

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

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

Рабочая программа дисциплины

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

для иностранных обучающихся 5 и 6 курсов,

направление подготовки (специальность)

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения

очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	9 з.е. / 324 ч.
в том числе:	
контактная работа	196 ч.
самостоятельная работа	128 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен / 11 семестр

Тверь, 2024

Разработчики:

- заведующий кафедрой госпитальной терапии и профессиональных болезней, д.м.н., профессор, Мазур Е.С.
- доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней, к.м.н., Орлов Ю.А.

Внешняя рецензия дана главным врачом ГБУЗ «ОКЛРЦ» А.Л. Старцевым

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней «26» февраля 2024 г. (протокол №3)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «07» июня 2024 г. (протокол № 6)

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 31.05.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. №988, с учетом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- 1) формирование и совершенствование навыков диагностики болезней на основе физикального, лабораторных и инструментальных методов исследования;
- 2) формирование и совершенствование навыков лечения терапевтической патологии;
- 3) совершенствование навыков диагностики и лечения неотложных состояний в терапии;
- 4) формирование и совершенствование навыков проведения реабилитационных мероприятий;
- 5) формирование и совершенствование навыка работы с научно-медицинской литературой, клиническими рекомендациями, нормативными документами и ресурсами Интернета, включая навыки подготовки реферативных сообщений и представления их своим коллегам.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения – Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины студент должен:
ПК-2 Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов	ИПК-2.1 Анализирует информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием	Знать: - методику осмотра и физикального обследования пациента; Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей), выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; Владеть навыками: - сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента;
	ИПК-2.2 Интерпретирует результаты	Знать: - методику осмотра и физикального обследования пациента

дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	физикального обследования пациентов различных возрастных групп (пальпация, перкуссия, аускультация)	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их результаты - выявлять факторы риска онкологических заболеваний <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	ИПК-2.3 Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи - интерпретировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования, а также консультаций пациентов врачами-специалистами <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
	ИПК-2.4 Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к

	<p>показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p>	<p>проведению исследований, правила интерпретации их результатов</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, а также на консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направления пациента на лабораторные, инструментальные обследования и консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
--	---	--

	<p>ИПК-2.5 Проводит дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить дифференциальную диагностику заболеваний <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными - установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
<p>ПК-3. Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.</p>	<p>ИПК-3.1 Составлять план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; порядок оказания паллиативной медицинской помощи <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план лечения заболевания пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с

		<p>учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составления плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
	<p>ИПК-3.2 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической

		<p>картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками - организации персонализированного лечения пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения
	<p>ИПК-3.3 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

		<p>медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
	<p>ИПК-3.4 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

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

Уровень подготовки, необходимый для успешного освоения программы по дисциплине «Госпитальная терапия», включает в себя следующие знания и навыки, полученные на предыдущих этапах обучения:

1) Физика, математика.

Разделы: физические основы инструментальных методов диагностики заболеваний внутренних органов.

2) Анатомия.

Разделы: нормальная анатомия дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной,

мочевыделительной и опорно-двигательной систем.

- 3) Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия.
Разделы: морфологический субстрат основных патологических процессов, таких как воспаление, ишемия, некроз, гипертрофия, атрофия, неопластический процесс и т.п. и наиболее распространенных заболеваний внутренних органов.
- 4) Нормальная физиология.
Разделы: нормальная физиология дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем.
- 5) Патофизиология, клиническая патофизиология.
Разделы: закономерности возникновения и развития заболеваний внутренних органов.
- 6) Микробиология, вирусология.
Разделы: возбудители заболеваний внутренних органов, механизмы иммунологической защиты организма, аллергические реакции, аутоиммунные процессы.
- 7) Фармакология.
Разделы: механизм действия, показания и противопоказания к назначению, дозировки и побочное действие лекарственных средств, используемых при лечении заболеваний внутренних органов.
- 8) Пропедевтика внутренних болезней.
Разделы: физикальное, лабораторные и инструментальные методы исследования больного, синдромология и нозология болезней.
- 9) Факультетская терапия.
Разделы: болезни внутренних органов (этиология, патогенез, типичная клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения, реабилитации и профилактики).

4. **Объём дисциплины** составляет 9 зачетных единиц, 324 академических часов, в том числе 196 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 101 час самостоятельной работы и 27 часов самостоятельной работы обучающихся на подготовку к экзамену.

5. Образовательные технологии

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

- 1) лекция-визуализация (ЛВ);
- 2) разборы клинических случаев (РКС);
- 3) тренинг мануальных навыков (МН);
- 4) курация больных с написанием кураторского листа (КЛ);
- 5) решение ситуационных задач (ЗС);
- 6) решение практикумов и лекций в Электронной образовательной среде университета (ЭОСУ);
- 7) участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК);
- 8) учебно-исследовательская работа (УИРС).

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по результатам изучения дисциплины проводится в виде экзамена в XI семестре.

Для оценки успеваемости при освоении дисциплины «Госпитальная терапия»

используется балльно-накопительная система. В используемой БНС интегральной оценкой объема и качества проделанной обучающимся учебной работы служит рейтинговая сумма, которая складывается из баллов, начисляемых за

- 1) работу, выполненную в ходе практических занятий,
- 2) выполнение заданий в тестовой форме, предлагаемых при чтении аудиторных лекций
- 3) выполнение заданий при самоподготовке к занятиям с использованием ЭОС.

Рейтинговая сумма, набранная обучающимся в течение трех семестров обучения на кафедре госпитальной терапии и профессиональных болезней, умножается на повышающий коэффициент, отражающий достижения обучающегося в научно-исследовательской работе и его участие профессиональных олимпиадах.

Итоговые сумма, набранные обучающимися, ранжируются в порядке их убывания. Итоговая академическая оценка работы обучающегося выставляется в зависимости от того места, которое обучающийся занял в ранжированном списке:

- 1) первые 10 % — отлично,
- 2) следующие 30 % — хорошо,
- 3) следующие 40 % — удовлетворительно,
- 4) последние 20 % — неудовлетворительно.

Положительная итоговая оценка освобождает обучающегося от необходимости прохождения первого этапа аттестации (решение заданий в тестовой форме). При согласии обучаемого с оценкой, определенной в соответствии с индивидуальной рейтинговой суммой, эта оценка в день проведения промежуточной аттестации в соответствии с расписанием экзаменов выставляется в экзаменационную ведомость и зачетную книжку. Обучающиеся, желающие улучшить свою оценку, могут принять участие во втором и третьем этапах аттестации.

Промежуточная аттестация проводится согласно расписанию аттестации в компьютерном классе университета в присутствии экзаменационной комиссии.

Для промежуточной аттестации используются специально подготовленные тесты и практикумы, расположенные в курсе «Промежуточная аттестация», закрытом для свободного доступа. На курс зачисляются обучающиеся, которые получили неудовлетворительную итоговую оценку по результатам БНС, а также обучающиеся, получившие положительную оценку, но выразившие желание улучшить ее при прохождении аттестации. Доступ к элементам курса открывается в соответствии с расписанием аттестации.

Первый этап промежуточной аттестации предусматривает выполнение теста, который формируется путем случайного выбора 50 вопросов по всем изученным темам. На выполнение теста отводится 50 минут.

Критерии оценки результатов тестирования следующие:

- 1) 100–95 % правильных ответов — отлично,
- 2) 94–85 % правильных ответов — хорошо,
- 3) 84–70 % правильных ответов — удовлетворительно.
- 4) менее 70 % правильных ответов — неудовлетворительно.

Обучающиеся, набравшие менее 70% правильных ответов, к следующим этапам не допускаются и подлежат переаттестации.

Второй (проверка практических навыков) и третий (проверка навыков лечебно-диагностической работы) этапы промежуточной аттестации проводятся одновременно

путем выполнения аттестационных практикумов. Номер практикума обучающийся случайным образом выбирает в день аттестации.

Каждый практикум включает три ситуационные задачи по разным разделам внутренних болезней, скопированные из тематических практикумов, используемых для самоподготовки к занятиям. Число заданий в практикуме может варьировать от 27 до 32. Время выполнения — 1 минута на 1 задание. Критерии оценки результатов выполнения практикума следующие:

- 1) 100–95 % правильных ответов — отлично,
- 2) 94–85 % правильных ответов — хорошо,
- 3) 84–70 % правильных ответов — удовлетворительно.
- 4) менее 70 % правильных ответов — неудовлетворительно.

Оценки за тестирование и выполнение практикума суммируются, на основании этого рассчитывается средняя итоговая оценка, которая выставляется в экзаменационную ведомость. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» идут на повторную аттестацию, а оценки «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» заносятся в зачетную книжку.

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Модуль 1. Кардиология

- 1) Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, особенности лечения пациентов пожилого и старческого возраста, диспансеризация.
- 2) ИБС. Стенокардия. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, особенности лечения пациентов пожилого и старческого возраста.
- 3) Острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, реабилитация
- 4) Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, особенности лечения пациентов пожилого и старческого возраста, диспансеризация.
- 5) Острая сердечная недостаточность (ОСН) при ОКС. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
- 6) Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
- 7) Пароксизмальные тахикардии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 8) Фибрилляция предсердий. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 9) Митральные пороки сердца. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 10) Аортальные пороки сердца. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 11) Врожденные пороки сердца. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

- 12) Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 13) Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.
- 14) Другие кардиомиопатии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.
- 15) Болезни перикарда. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 16) Расслаивающаяся аневризма аорты. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Модуль 2. Гастроэнтерология

- 1) Заболевания пищевода. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 2) Язвенная болезнь: диагностика, лечение, осложнения и их терапия. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 3) Н. Рylogi-ассоциированные заболевания. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 4) Симптоматические язвы. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 5) Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 6) Заболевания желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 7) Диагностика и лечение жировой болезни печени. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 8) Дифференциальный диагноз при желтухе, лечение хронического гепатита. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 9) Диагностика и лечение цирроза печени. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 10) Дифференциальный диагноз при диарее. Лечение синдрома раздраженного кишечника, неспецифического язвенного колита, болезни Крона. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 11) Дифференциальный диагноз при запоре. Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 12) Тактика терапевта при острой боли в животе. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 13) Дифференциальный диагноз при тошноте, рвоте. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 14) Диагностика, показания к лечению НР-ассоциированных заболеваний, схемы эрадикационной терапии, контроль эффективности и лечения. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 15) Диагностика и лечение хронического панкреатита. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

- 16) Дифференциальный диагноз при очаговых и диффузных поражениях печени. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 17) Алкогольное поражение печени. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 18) Аутоиммунные поражения печени, современный подход к диагностике и лечению. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 19) Цирроз печени. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 20) Дифференциальный диагноз при диарее, диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 21) Дифференциальный диагноз при мальдигестии и мальабсорбции. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Модуль 3. Пульмонология

- 1) Пневмонии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 2) Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

Модуль 4. Нефрология

- 1) Пиелонефриты. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 2) Хроническая болезнь почек (ХБП). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 3) Гломерулонефриты. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 4) Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 5) Дифференциальная диагностика при гематурии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 6) Диабетическая нефропатия. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 7) Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 8) Тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 9) Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 10) Диабетическая нефропатия и заместительная почечная терапия. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

Модуль 5. Ревматология

- 1) Остеоартроз и подагра. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 2) Ревматоидный и серонегативные артриты. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 3) Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 4) Системная склеродермия. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 5) Системные васкулиты. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

Модуль 6. Гематология

- 1) Анемии. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.
- 2) Миеломная болезнь. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

2. Учебно-тематический план

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции					Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные занятия, практические	практические занятия, клинические практические	экзамен/зачет				ПК-2	ПК-3					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.															
1.1.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.2.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.3.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.4.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.5.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.6.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.7.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС

															ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	
1.8.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.9.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.10.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.11.	2			-		2	2	4	+	+					ЛВ	Т
1.12.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.13.	2			-		2	2	4	+	+					ЛВ	Т
1.14.	2			-		2	2	4	+	+					ЛВ	Т
1.15.	2			-		2	2	4	+	+					ЛВ	Т
1.16.	2			-		2	2	4	+	+					ЛВ	Т
2.																
2.1.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.2.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.3.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.4.	-			5		5	1	6	+	+					РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ,	Т, Пр, ЗС

														ВК, УИРС	
2.5.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.6.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.7.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.8.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.9.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.10.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.11.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.12.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.13.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.14.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.15.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.16.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.17.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.18.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т

2.19.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.20.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
2.21.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
3.															
3.1.	–			5		5	1	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
3.2.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.															
4.1.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.2.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.3.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
4.4.	–			–		–	6	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.5.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
4.6.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
4.7.	–			–		–	6	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.8.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
4.9.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
4.10.	–			–		–	6	6	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС

5.															
5.1.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
5.2.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
5.3.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
5.4.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
5.5.	2			–		2	2	4	+	+				ЛВ	Т
6.															
6.1.	–			5		5	2	7	+	+				РКС, МН, КЛ, ЗС, ЭОСУ, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
6.2.	2			–		2	3	5	+	+				ЛВ	Т
Экзамен							27	27	+	+					Т, ЗС
ИТОГО:	46			150		196	128	324							

Список сокращений: лекция-визуализация (ЛВ), разборы клинических случаев (РКС), тренинг мануальных навыков (МН), курация больных с написанием кураторского листа (КЛ), решение ситуационных задач (ЗС), решение практикумов и лекций в Электронной образовательной среде университета (ЭОСУ), участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК), учебно-исследовательская работа (УИРС).

Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач.

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

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости служат инструментом оценки качества подготовки обучающихся к практическим занятиям и к предстоящей промежуточной аттестации в форме сессионного экзамена.

Профессиональная компетенция 2 (ПК-2)

Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»:

Дополните

1. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ ____ СТЕПЕНИ

Эталон ответа: 2 (II или второй)

2. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 185/95 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ ____ СТЕПЕНИ

Эталон ответа: 2 (III или третьей)

Выберите один или несколько правильных ответов

3. ДИАГНОЗ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ, ЕСЛИ АГ ПОЯВИЛАСЬ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 30 лет*
- 2) 30–45 лет
- 3) 45–60 лет
- 4) после 60 лет*

4. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) патология надпочечников
- 2) патология почек*
- 3) атеросклероз почечных артерий
- 4) коарктация аорты

5. О РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АГ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ

- 1) протеинурия*
- 2) микрогематурия*
- 3) гипокалиемия
- 4) изогипостенурия*

6. О ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АГ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ
 - 1) протеинурия
 - 2) выраженное различие размеров почек*
 - 3) кризовое течение заболевания
 - 4) центральный тип ожирения

7. О ГЕСТАЦИОННОЙ АГ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ
 - 1) выявление артериальной гипертензии до 20-й недели беременности
 - 2) выявление артериальной гипертензии после 20-й недели беременности*
 - 3) протеинурия
 - 4) замедление развития плода

Профессиональная компетенция 3 (ПК-3)

Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.

Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»:

Дополните

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЭЛА СТАРТОВАЯ ДОЗА АПИКСАБАНА РАВНА ____ В ДЕНЬ
Эталон ответа: 10 мг два раза в день.

2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЭЛА ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА РИВАРОКСАБАНА РАВНА ____ В ДЕНЬ
Эталон ответа: 5 мг два раза в день.

Выберите один или несколько правильных ответов

3. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) ацетилсалициловую кислоту*
 - 2) гепарин
 - 3) клопидогрел*
 - 4) варфарин

4. ПРИ ОКС ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ СЛУЖИТ
 - 1) шок или систолическое АД ниже 90 мм рт. ст.*
 - 2) острая левожелудочковая недостаточность*
 - 3) артериальная гипертензия
 - 4) ЧСС менее 50 в 1 мин*

5. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ОКС
 - 1) с подъемом сегмента ST*

- 2) без подъема сегмента ST
 - 3) возникшем не более, чем 6 часов назад
 - 4) возникшем не более, чем 12 часов назад*
6. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖИТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ
- 1) месяц*
 - 2) 3 месяца
 - 3) 6 месяцев
 - 4) год
7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ НИТРАТОВ ПРИ ОКС СЛУЖИТ
- 1) систолическое АД менее 90 мм рт. ст.*
 - 2) острая левожелудочковая недостаточность
 - 3) ЧСС более 100 в 1 мин*
 - 4) ЧСС менее 50 в 1 мин*
6. БОЛЬНЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПОКАЗАН В ТЕЧЕНИЕ
- 1) 12–24 часов*
 - 2) 2 суток
 - 3) 3 суток
 - 4) 4–7 суток

Критерии оценки заданий в тестовой форме:

- 1) 5 баллов — 91% и более заданий;
- 2) 4 балла — 81-90% заданий;
- 3) 3 балла — 71-80% заданий.

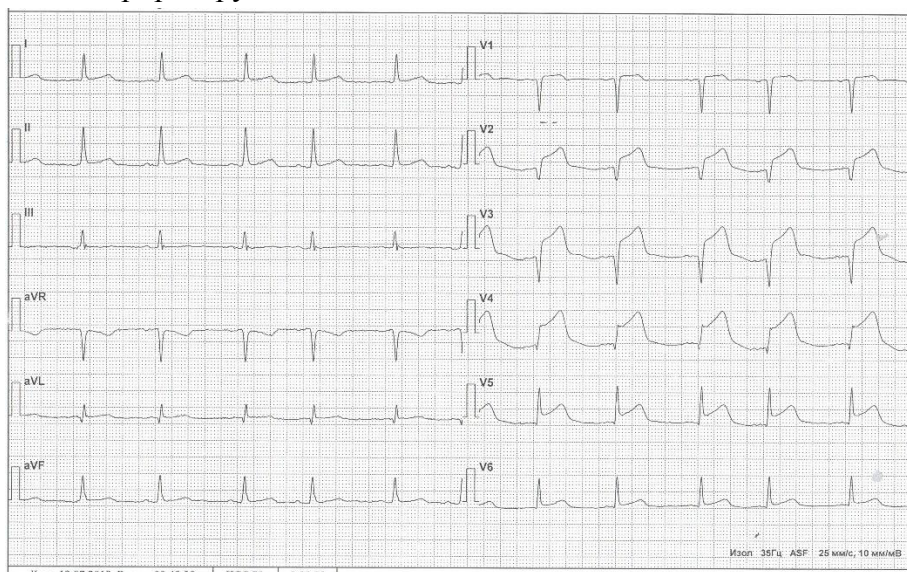
Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

- 1) сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента;
- 2) проведение полного физикального обследования пациента
- 3) формулирование предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 4) проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными
- 5) установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
- 6) составление плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 7) назначение лекарственных препаратов с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской

- помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 8) назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 9) оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

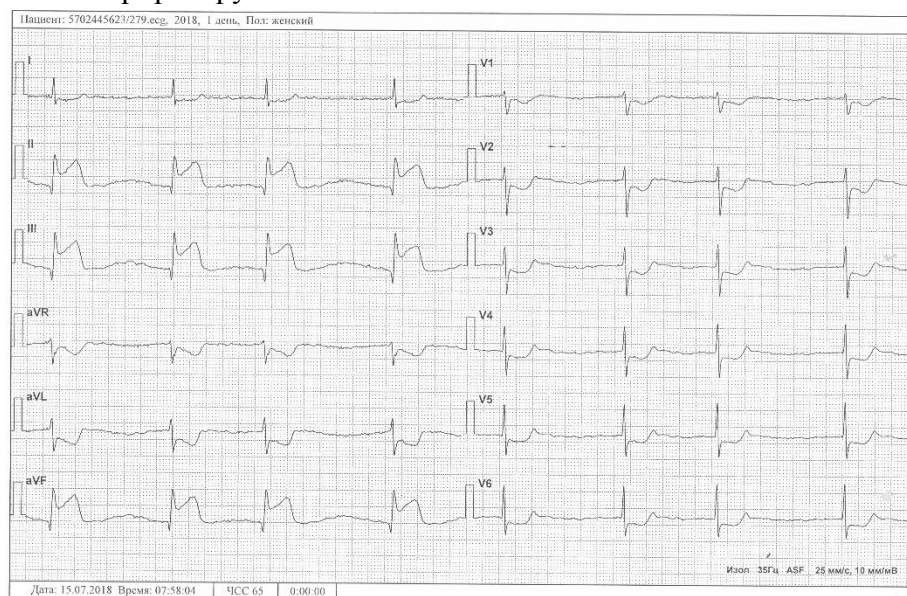
Примеры практических навыков для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Уметь»:

1. Интерпретируйте ЭКГ:



Эталон ответа: Синусовый ритм с ЧСС 50 в минуту, элевация сегмента ST в V₂-V₅, QS V₂-V₃. Заключение: Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней локализации.

2. Интерпретируйте ЭКГ:



Эталон ответа: Фибрилляция предсердий с ЧСС 42-50 в минуту, элевация сегмента ST во II, III, aVF, реципрокная депрессия сегмента ST в V₂-V₆, I, aVL.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

- 1) отлично — студент дал четкую и исчерпывающую информацию по всем пунктам представленного выше плана;
- 2) хорошо — студент дал полную информацию по всем пунктам плана, но допускал отступления от него, отвлекаясь на второстепенные детали;
- 3) удовлетворительно — ординатор смог дать полную информацию по всем пунктам плана только с помощью наводящих вопросов и подсказок преподавателя;
- 4) неудовлетворительно — студент не смог дать информацию по всем пунктам плана или дал ее с ошибками, а также не смог ответить на наводящие вопросы преподавателя.

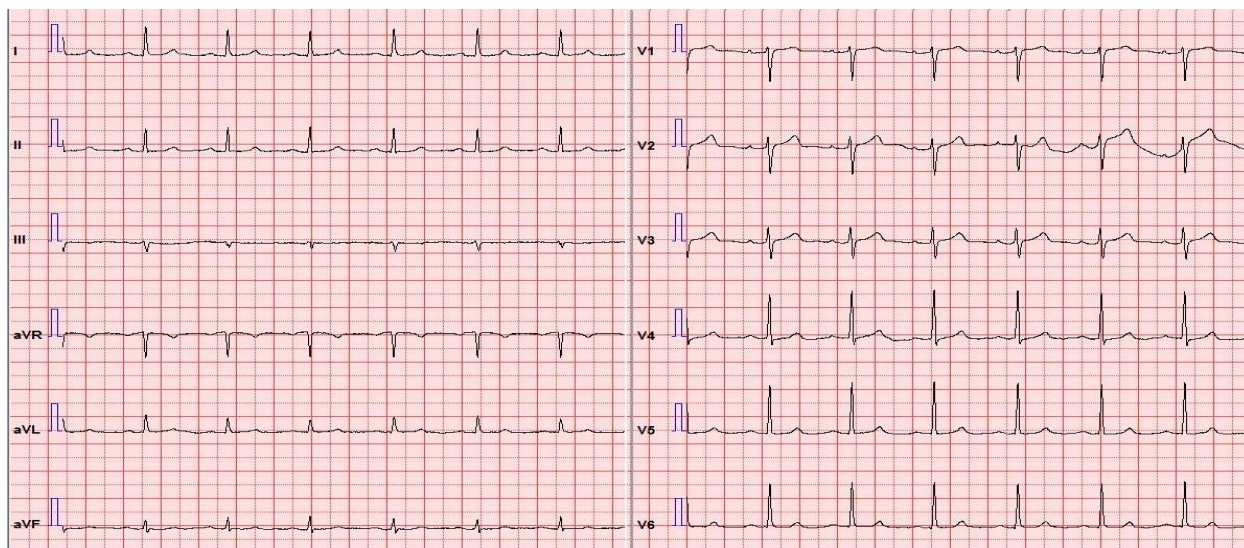
Типовые ситуационные задачи для оценивания результатов сформированности ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь» и «Владеть»:

Ситуационная задача №3

1

Мужчина 52 лет обратился к участковому терапевту, поскольку неделю назад при плановом медицинском обследовании было выявлено повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Жалоб не предъявляет, хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез не отягощен. Рост 180 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин. АД 145/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Почки и селезенка не пальпируются.

2



Общий анализ мочи		Биохимическое исследование крови	
Цвет	соломенно-желтый	Креатинин	88 мкмоль/л
Прозрачность	прозрачная	Глюкоза	5,1 ммоль/л
Относительная плотность	1022	Общий холестерин	7,2 ммоль/л
Реакция	кислая	Холестерин ЛПНП	5,2 ммоль/л
Белок	нет	Холестерин ЛПВП	0,8 ммоль/л
Эпителий плоский	0–1 в поле зрения	Триглицериды	2,6 ммоль/л
Лейкоциты	0–2 в поле зрения		
Эритроциты	0–1 в поле зрения		
Цилиндры	нет		
Бактерии	нет		

3

Эхокардиографическое исследование

Аорта — диаметр 3,4 см. АК трехстворчатый, раскрытие 1,9 см, кровоток 1,3 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,0 см, ТЗС 1,0 см, КДР 4,7 см, ИММЛЖ 111 г/м², ФВ 63 %. Диастолическая функция в норме. МК не изменен, кровоток 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,8 см, объем 49 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 27 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/сек, регургитация 1 степени. ПЖ 2,5 см. ТК не изменен, скорость кровотока 0,6 м/сек, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,5 см, объем 44 мл. НПВ на выдохе 1,8 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена.

4

Суточное мониторирование АД

Средний уровень САД днем	145 мм рт. ст.
Средний уровень САД ночью	118 мм рт. ст.
Ночное снижение САД	19 %
Средний уровень ДАД днем	92 мм рт. ст.
Средний уровень ДАД ночью	75 мм рт. ст.
Ночное снижение ДАД	18 %

Ультразвуковое исследование почек

Почки расположены обычно, размеры правой почки 117×50 мм, левой 115×52 мм. Границы почек четкие, контуры ровные. Эхогенность паренхимы нормальная, толщина 18 мм, эхоструктура обычная. Расширения лоханок и чашечек не отмечается. Мочеточники не визуализируются. Эхопозитивных структур нет.

5

Диагноз и лечение

6

Через 3 месяца жалоб нет, рекомендации и назначения соблюдает. АД 140/90 мм рт. ст. Общий холестерин ХС 5,0 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,2 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,0 ммоль/л, триглицериды 1,7 ммоль/л, АСТ 1,7 мккатал/л, АЛТ 1,6 мккатал/л.

Эталон ответа:

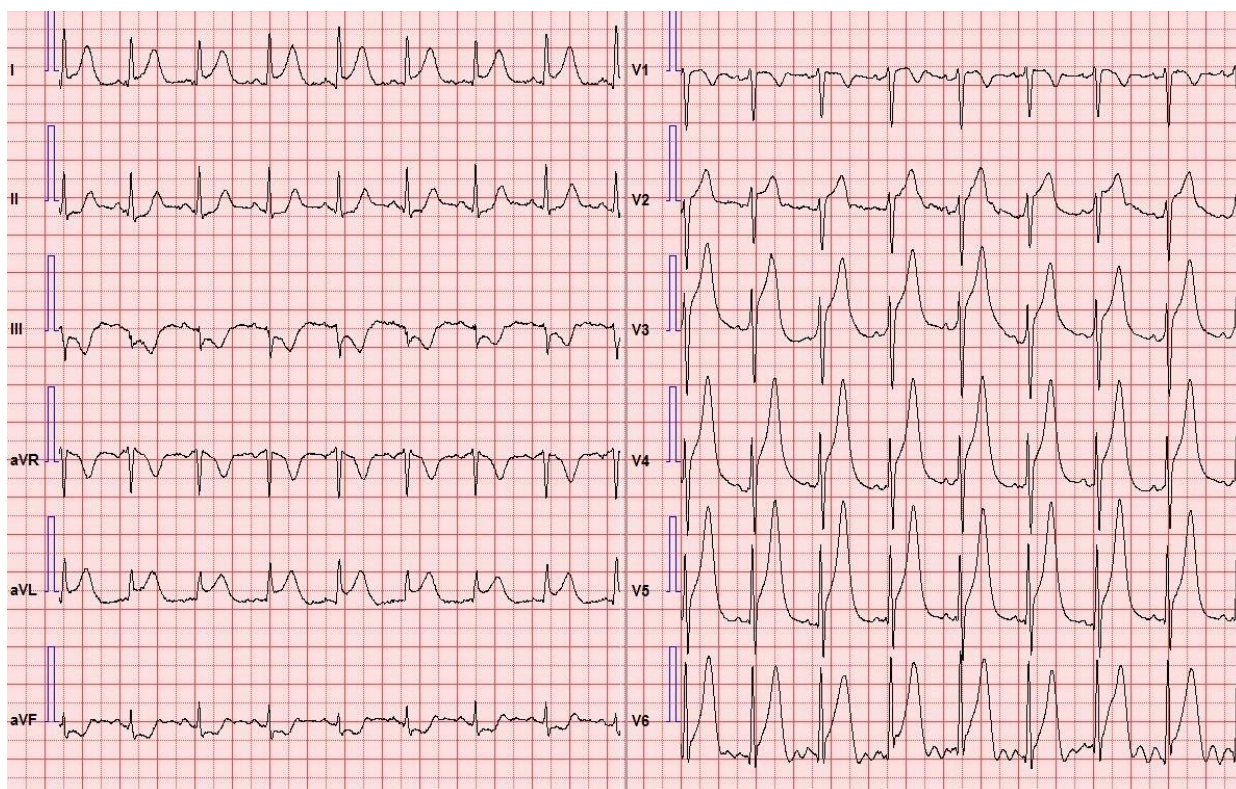
- 1) ГБ (нет признаков вторичной АГ), АГ 1 степени (139 <САД <160; 89 <ДАД <100), низкий риск ССО (АГ 1 степени без ФР, ПОМ и АКС). Для выявления ФР требуется

- исследования липидов и глюкозы крови, для оценки состояния органов мишеней — ЭКГ, общий анализ мочи и определение креатинина крови.
- 2) ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное направление ЭОС — нет ПОМ. Анализ мочи: норма — нет данных за заболевание почек. Креатинин: норма — нет данных за поражение почек; глюкоза крови: норма; липиды: ХС >5,0; ХС ЛПНП >3,0; ХС ЛПВП <1,0; ТГ >1,7 — дислипидемия.
 - 3) ЭхоКГ: — размеры полостей сердца в пределах нормы, их функциональное состояние не изменено, нет ПОМ, новой диагностически значимой информации не получено.
 - 4) СМАД: средний уровень АД не позволяет ни исключить, ни подтвердить наличие АГ, что свидетельствует о необходимости наблюдения за пациентом. УЗИ почек: норма — новой информации не получено.
 - 5) ГБ I стадии (нет ПОМ и АКС), АГ 1 степени, дислипидемия, умеренный риск ССО (АГ 1 степени и 1 ФР). Умеренный риск ССО позволяет на 3 месяца воздержаться от немедленного начала медикаментозной антигипертензивной терапии. Рекомендуется снизить потребление поваренной соли и животных жиров, увеличить физическую активность, нормализовать режим работы и отдыха. Дислипидемия служит показанием к назначению статинов (например, розувастатин 10 мг в сутки).
 - 6) Без медикаментозного лечения целевое АД не достигнуто. Показана гипотензивная терапия. Выбор препаратов не ограничен, но предпочтительны ИАПФ и/или антагонисты кальция, например, периндоприл и/или амлодипин в стартовой дозе (половина средней терапевтической дозы) 2,5 мг 1 раз в день. Терапия статинами эффективна. Уровень трансаминаз позволяет продолжить лечение.

Ситуационная задача №15

1

Мужчина 48 лет вызвал СМП. Жалуется на давящую загрудинную боль, которая появилась около получаса назад без видимой причины. Хронические заболевания и профессиональные вредности отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Рост 180 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.



2

Через 110 мин после первого медицинского контакта выполнена селективная полипроекционная ангиография ЛКА и ПКА, на которой отмечается левый тип кровоснабжения миокарда, окклюзия средней трети ПМЖВ (Rentrop 0). Ствол и ОВ ЛКА и ПКА проходимы, без гемодинамически значимых стенозов. Произведена предилатация в области окклюзии ПМЖВ ЛКА однократным раздуванием баллона до 12 Атм. Получен антеградный кровоток. В область остаточного стеноза установлен коронарный стент с лекарственным покрытием. На контрольных ангиограммах стент раскрыт, стоит в оптимальной позиции, признаков дистальной эмболии нет, кровотока TIMI 3.

Состояние после ЧКВ

Жалоб нет. Дыхание везикулярное, 12 в 1 мин. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

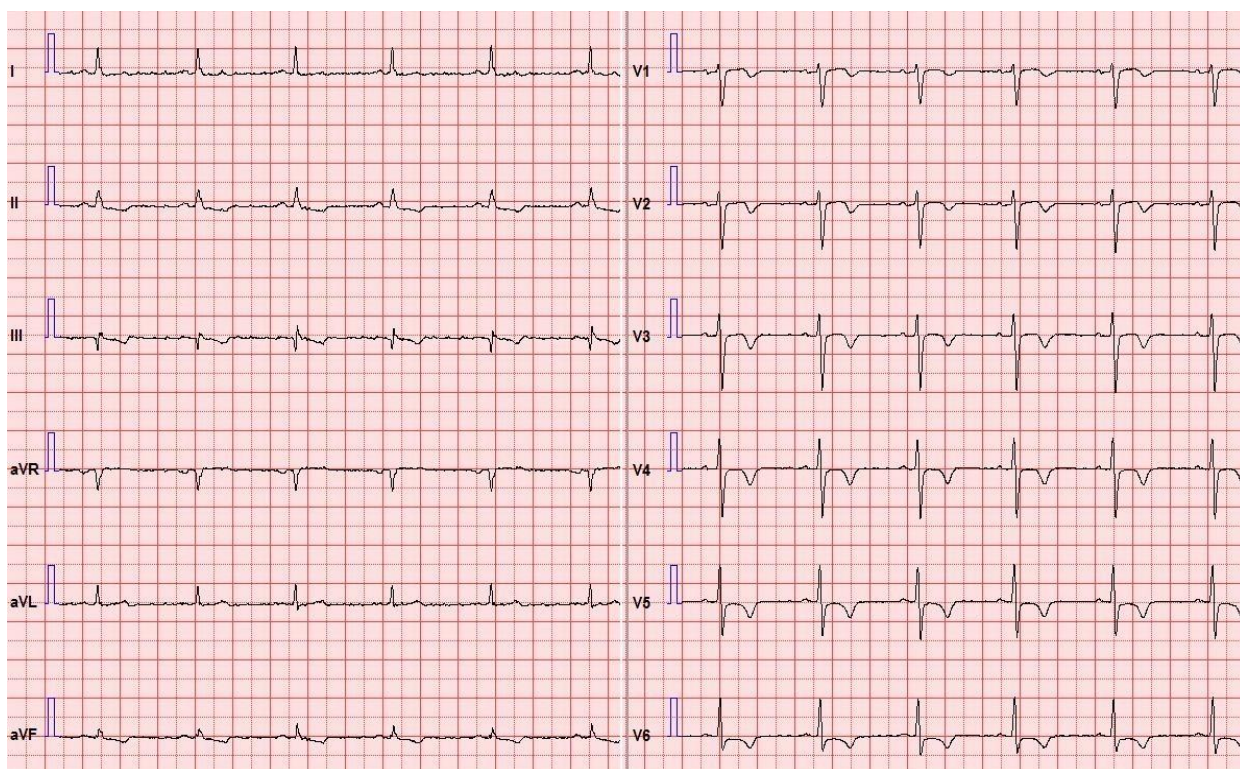
Высокочувствительный тропонин I (URL = 0,017 нг/мл)

При поступлении — 1,31 нг/мл

Через 3 часа — 4,24 нг/мл

Протокол эхокардиографического исследования

Аорта 3,5 см. АК трехстворчатый, раскрытие 2,0 см, кровоток 1,4 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,05 см, ТЗС 1,0 см, КДР 4,9 см, ФВ 51 %, диастолическая дисфункция 1 степени. Нарушения локальной сократимости: гипокинезия в области переднего, перегородочного и бокового апикальных, переднего медиального сегментов. МК не изменен, кровоток 0,81 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,9 см, объем 50 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,7 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,7 см, объем 40 мл. НПВ на выдохе 1,7 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена



3

Диагноз и лечение

Эталон ответа:

- 1) ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST в отведениях от передней и боковой стенок (ангинозный статус, на ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное направление ЭОС, трансмуральная ишемия миокарда передней и боковой стенок левого желудочка). Нитроглицерин 0,5 мг под язык до 3 раз с интервалом 5 мин, если сохраняются боли — морфин до 10 мг внутривенно дробно, нагрузочная доза АСК (250 мг) и клопидогрела (300 мг) внутрь, гепарин 4000 Ед или эноксапарин 30 мг внутривенно, короткодействующий бета-адреноблокатор, например, анаприлин 20–40 мг внутрь. Если возможно в течение 2 часов выполнить первичное ЧКВ, то экстренная госпитализация в ЛПУ, где такие вмешательства проводятся, в противном случае — тромболизис и экстренная госпитализация.
- 2) КАГ: выявлена острая окклюзия инфаркт-связанной артерии (ПМЖВ). Проведено ее стентирование, достигнут кровоток TIMI 3. ВЧ-тропонин: при поступлении превышает норму, через 3 часа возрастает более чем на 20 % — инфаркт миокарда. ЭхоКГ: Нарушения локальной сократимости в передней стенке, небольшое снижение ФВ левого желудочка и его диастолическая дисфункция 1 степени — передний инфаркт миокарда. ЭКГ: подострая стадия субэндокардиального переднебокового инфаркта миокарда.
- 3) ИБС. Субэндокардиальный переднебоковой инфаркт миокарда. Первичное ЧКВ с имплантацией стента с лекарственным покрытием в ПМЖВ. ДАТ (в течение года): АСК 100 мг 1 раз в день и, предпочтительно, тикагрелор: нагрузочная доза 180 мг (независимо от предшествующей дозы клопидогрела), далее — 90 мг 2 раза в день, а при невозможности — клопидогрел 75 мг 1 раз в день; гастропротекция: пантопразол или омепразол 20 мг 2 раза; бета-адреноблокатор, например, бисопролол 5 мг 1 раз в день; статины в высокой дозе (например, аторвастатин 40 мг 1 раз в день).

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Промежуточная аттестация по результатам изучения дисциплины проводится в виде экзамена.

Для оценки успеваемости при освоении дисциплины «Госпитальная терапия» используется балльно-накопительная система. В используемой БНС интегральной оценкой объема и качества проделанной обучающимся учебной работы служит рейтинговая сумма, которая складывается из баллов, начисляемых за

- 1) работу, выполненную в ходе практических занятий,
- 2) выполнение заданий в тестовой форме, предлагаемых при чтении аудиторных лекций
- 3) выполнение заданий при самоподготовке к занятиям с использованием ЭОС.

Рейтинговая сумма, набранная обучающимся в течение трех семестров обучения на кафедре госпитальной терапии и профессиональных болезней, умножается на повышающий коэффициент, отражающий достижения обучающегося в научно-исследовательской работе и его участие профессиональных олимпиадах.

Итоговая сумма, набранная обучающимися, ранжируются в порядке их убывания. Итоговая академическая оценка работы обучающегося выставляется в зависимости от того места, которое обучающийся занял в ранжированном списке:

- 1) первые 10 % — отлично,
- 2) следующие 30 % — хорошо,
- 3) следующие 40 % — удовлетворительно,
- 4) последние 20 % — неудовлетворительно.

Положительная итоговая оценка освобождает обучающегося от необходимости прохождения первого этапа аттестации (решение заданий в тестовой форме). При согласии обучающегося с оценкой, определенной в соответствии с индивидуальной рейтинговой суммой, эта оценка в день проведения промежуточной аттестации в соответствии с расписанием экзаменов выставляется в экзаменационную ведомость и зачетную книжку. Обучающиеся, желающие улучшить свою оценку, могут принять участие во втором и третьем этапах аттестации.

Промежуточная аттестация проводится согласно расписанию аттестации в компьютерном классе университета в присутствии экзаменационной комиссии.

Первый этап промежуточной аттестации предусматривает выполнение теста, который формируется путем случайного выбора 50 вопросов по всем изученным темам. На выполнение теста отводится 50 минут.

Критерии оценки результатов тестирования, следующие:

- 1) 100–95 % правильных ответов — отлично,
- 2) 94–85 % правильных ответов — хорошо,
- 3) 84–70 % правильных ответов — удовлетворительно.
- 4) менее 70 % правильных ответов — неудовлетворительно.

Обучающиеся, набравшие менее 70% правильных ответов, к следующим этапам не допускаются и подлежат переаттестации.

Второй (проверка практических навыков) и третий (проверка навыков лечебно-диагностической работы) этапы промежуточной аттестации проводятся одновременно путем выполнения аттестационных практикумов. Номер практикума обучающийся случайным образом выбирает в день аттестации.

Каждый практикум включает три ситуационные задачи по разным разделам

внутренних болезней, скопированные из тематических практикумов, используемых для самоподготовки к занятиям. Число заданий в практикуме может варьировать от 27 до 32. Время выполнения — 1 минута на 1 задание. Критерии оценки результатов выполнения практикума следующие:

- 1) 100–95 % правильных ответов — отлично,
- 2) 94–85 % правильных ответов — хорошо,
- 3) 84–70 % правильных ответов — удовлетворительно.
- 4) менее 70 % правильных ответов — неудовлетворительно.

Оценки за тестирование и выполнение практикума суммируются, на основании этого рассчитывается средняя итоговая оценка, которая выставляется в экзаменационную ведомость. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» идут на повторную аттестацию, а оценки «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» заносятся в зачетную книжку.

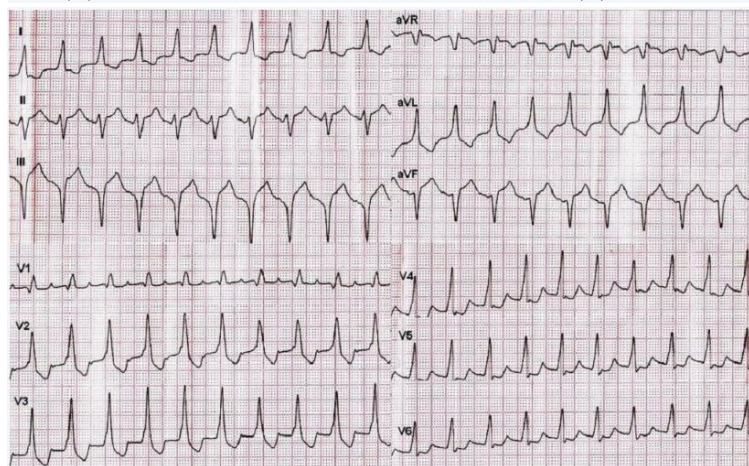
Типовые задания в тестовой форме для оценивания результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ВЕНОЗНЫЙ ЗАСТОЙ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1) отеками голеней и стоп*
- 2) набуханием шейных вен*
- 3) увеличением печени*
- 4) одышкой

2. ПРЕДСТАВЛЕННАЯ ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ



- 1) АВУРТ
- 2) ПТШК*
- 3) ПОРТ
- 4) синусовую тахикардию
- 5) предсердную тахикардию
- 6) ПАРТ
- 7) желудочковую тахикардию
- 8) ПНЖТ

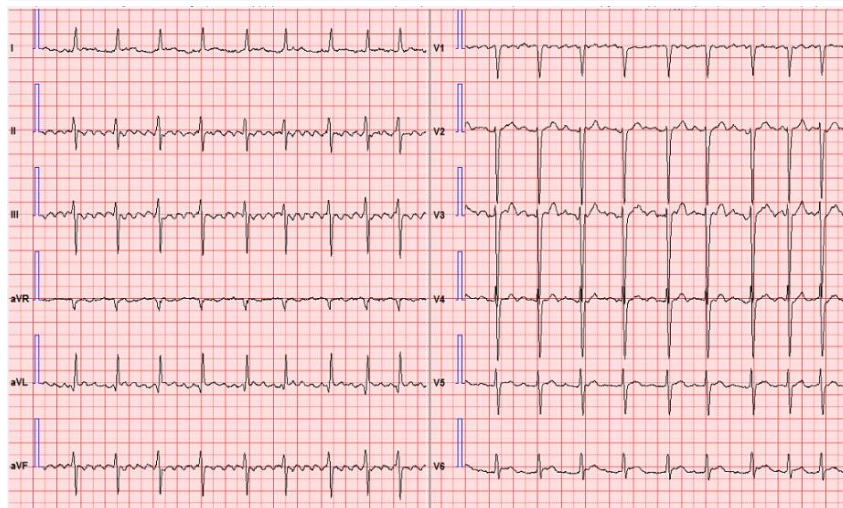
Типовые задания в тестовой форме для оценивания результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»

1. Пациент с постоянной формой фибрилляции предсердий, принимавший ривароксабан по 20 мг 1 раз в день, перенес инфаркт миокарда. К терапии были добавлены АСК 100 мг в день и клопидогрел 75 мг в день. Риск кровотечения по шкале HAS-BLAD оценивается как низкий.

ДЛЯ ПЕРЕХОДА НА ДВОЙНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ

- 1) через 1 месяц
- 2) ривароксабан
- 3) через 6 месяцев*
- 4) АСК*

2. Женщина 44 лет жалуется на ощущение сердцебиения, возникающее при небольшой физической нагрузке. В день обращения зарегистрирована ЭКГ:



При эхокардиографическом исследовании выявлен умеренный митральный стеноз. В ТАКОЙ СИТУАЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1) может быть назначена
- 2) должна быть назначена*
- 3) не требуется

Типовые ситуационные задачи в тестовой форме в ЭОС для оценивания результатов сформированности ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь» и «Владеть»:

::01::Ситуационная задача № 1

Мужчина, 68 лет, жалуется на слабость, одышку при ранее переносимых физических нагрузках, учащенное сердцебиение. В анамнезе хронические запоры. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, поперечная исчерченность ногтей, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 95 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум.

В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

=железодефицитной

~железоперераспределительной

~В12-дефицитной

~нефрогенной
} АНЕМИИ

::02:: Выполнен клинический анализ крови

Рисунок 1

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

~%33.333%гипохромную
~%33.333%гипорегенераторную
~33.333%средней тяжести
~%-16.666%нормохромную
~%-16.666%гиперхромную
~%-16.666%норморегенераторную
~%-16.666%гиперрегенераторную
~%-16.666%легкой степени
~%-16.666%тяжелой степени
} АНЕМИЮ

::03::

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ СОГЛАСУЮТСЯ С
ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ДИАГНОЗОМ {TRUE}

::04::Выполнен биохимический анализ крови

Сывороточное железо — 7 ммоль/л (норма: >11,6 ммоль/л), ОЖСС — 91 мкмоль/л (норма: 44–76 мкмоль/л), ферритин — 5 мкг/л (норма: 20–250 мкг/л), трансферрин — 1 г/л (норма: 2–4 г/л), цианокобаламин — 210 пмоль/л (норма: 200–600 пмоль/л).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

⇒железодефицитную
~железоперераспределительную
~В12-дефицитную
~апластическую
~гемолитическую
} АНЕМИЮ

::05::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ
ПРЕПАРАТОМ {

~%50%железа
~%-25%цианокобаламина
~%-25%фолиевой кислоты
~%-25% 100-150
~% 50% 200-300
~%-25% 400-500
} МГ В СУТКИ

::06::

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ {

~%-33.333%УЗИ органов брюшной полости
~%33.333%анализ кала на скрытую кровь
~%33.333%ирригоскопию
~%-33.333%консультацию хирурга
~%-33.333%консультацию гематолога
~%33.333%консультацию гастроэнтеролога}

::07::Ситуационная задача № 2

Больная, 50 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение по поводу обострения хронического двухстороннего пиелонефрита. Выполнен клинический анализ крови.

Рисунок № 2

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПОЗВОЛЯЮТ
ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

~%33.333%нормохромную
~%33.333%гипорегенераторную
~%33.333%тяжелой степени
~%-16.666%гипохромную
~%-16.666%гиперхромную
~%-16.666%норморегенераторную
~%-16.666%гиперрегенераторную
~%-16.666%легкой степени
~%-16.666%средней степени
} АНЕМИЮ

::08::Выполнен биохимический анализ крови

Сывороточное железо — 9 ммоль/л (норма: >11,6 ммоль/л), ОЖСС — 37 мкмоль/л (норма: 44–76 мкмоль/л), ферритин — 290 мкг/л (норма: 20–250 мкг/л), трансферрин — 7 г/л (норма: 2–4 г/л), цианокобаламин — 280 пмоль/л (норма: 200–600 пмоль/л).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

~железодефицитную
=железоперераспределительную
~В12-дефицитную
~апластическую
~гемолитическую
} АНЕМИЮ

::09::

ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ НЕФРОГЕННОГО ХАРАКТЕРА АНЕМИИ НЕОБХОДИМО
ОЦЕНИТЬ {

~эритропоэтин
~мочевину
~миелограмму
=скорость клубочковой фильтрации
~насыщение трансферрина железом}

::10::

ПРИЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ {

- ~%50%препараты железа
- ~%-50%антибиотики
- ~%-50%уросептики
- ~%50%препараты эритропоэтина}

::11::

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА МОГУТ УСИЛИВАТЬ ТЯЖЕСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА {TRUE}

::20::Ситуационная задача № 4

Больной 75 лет, наблюдающийся с диагнозом постинфарктный кардиосклероз, ежедневно принимающий ацетилсалициловую кислоту 100 мг, бисопролол 5 мг и аторвастатин 20 мг обратился к терапевту с жалобами на учащение ангинозных болей в течение последних двух месяцев.

В ОПИСАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

- =прогрессирующей стенокардии
- ~инфаркте миокарда
- ~перикардите
- ~миокардите}

::21::

Больному запланировано проведение коронароангиографии. В рамках стандартного обследования перед предстоящей операцией выполнена ЭГДС, по данным которой выявлены множественные эрозии в антральном отделе желудка.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ПРИЗНАК {

- ~гастриномы
- =НПВП-гастропатии
- ~хронического гастрита В типа
- ~хронического гастрита А типа
- ~хронического гастрита С типа}

::22::

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА СТАЛ ПРИЕМ {

- =ацетилсалициловой кислоты
- ~бисопролола
- ~аторвастатина}

::23::Выполнен клинический анализ крови

Рисунок № 4

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

- ~%33.333%гипохромную
- ~%33.333%средней тяжести
- ~%33.333%норморгенераторную
- ~%-16.666%нормохромную

~%-16.666%гиперхромную
~%-16.666%гипорегенераторную
~%-16.666%гиперрегенераторную
~%-16.666%легкой степени
~%-16.666%тяжелой степени} АНЕМИЮ

::24::

С УЧЕТОМ ДАННЫХ АНАМНЕЗА И ПРОВЕДЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ {

=железодефицитной
~железоперераспределительной
~В12-дефицитной
~апластической
~гемолитической
~фолиеводефицитной}

::25::

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ АНАЛИЗ КРОВИ НА {

~%33.333%сывороточное железо
~%33.333%ОЖСС
~%33.333%трансферрин
~%-33.333%фолиевую кислоту
~%-33.333%метилмалоновую кислоту
~%-33.333%цианокобаламин}

::26::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ {

~%50%железа
~%-20%цианокобаламина
~%-20%фолиевой кислоты
~%-20%1000 мкг 3 дня, затем 500 мкг
~%-20%500 мкг
~%50%200-300 мг
~%-20%15 мг} В СУТКИ

Эталон ответа: Правильные ответы помечены знаками “=” и “~” с положительными процентами.

Критерии оценок:

- 1) при правильном ответе на 90% и более вопросов выставляется оценка «отлично»,
- 2) при правильном ответе на 80-89% — оценка «хорошо»,
- 3) при правильном ответе на 70-79% — оценка удовлетворительно,
- 4) при правильном ответе менее чем на 70% вопросов — оценка «неудовлетворительно».

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. **Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**
 - а) **Основная литература:**

Внутренние болезни : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 764 с. - Текст: непосредственный
 - б) **Дополнительная литература:**
 - 1) Артериальная гипертензия : учебное пособие / Е.С. Мазур, О.Б. Поселюгина, Тверской гос. мед. ун-т. - Тверь [б. и.], 2018. - 28 с. - Текст: электронный
 - 2) Пневмонии : учебное пособие / Тверской гос. мед. ун-т; сост. Е.С. Мазур, И.Ю. Колесникова. - Тверь: [б. и.], 2018. - 19 с. - Текст: электронный
 - 3) Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких : учебное пособие / Тверской гос. мед. ун-т; сост. Е.С. Мазур, И.Ю. Колесникова. - Тверь: [б. и.], 2018. - 29 с. - Текст: электронный
 - 4) Инфекционный эндокардит : учебное пособие для студентов, обучающихся по программе "Лечебное дело" / В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю.А. Орлов, Л. С. Жухоров, Н. С. Кузнецова, Тверской государственный медицинский университет. - Тверь: [б. и.], 2019. - 26 с. - Текст: электронный.
 - 5) Приобретенные пороки сердца : учебное пособие для студентов, обучающихся по программе «Лечебное дело» / В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю.А. Орлов, Л. С. Жухоров, Н. С. Кузнецова, Тверской государственный медицинский университет. - Тверь: [б. и.], 2019. - 34 с. - Текст: электронный.
 - 6) Инфаркт миокарда : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур, Ю.А. Орлов. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 36 с. – Текст: электронный.
 - 7) Стенокардия : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 28 с. - Текст: электронный.
 - 8) Хроническая сердечная недостаточность : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 26 с. - Текст: электронный.
 - 9) Тромбоэмболия легочной артерии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 26 с. - Текст: электронный.
 - 10) Острая сердечная недостаточность : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, Ю.А. Орлов, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 33 с. - Текст: электронный.
 - 11) Фибрилляция предсердий : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В.

Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 35 с. - Текст: электронный.

- 12) Орлов Ю.А., Комаров И.И. Анемия в терапевтической практике // учебно-методическое пособие для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». - Тверь, 2021 г. - Текст: электронный.

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

- 1) Ситуационные задачи для аудиторных занятий по госпитальной терапии : задачник / Е. С. Мазур, И. Ю. Колесникова, О. Б. Поселюгина [и др.] ; под общ. ред. Е. С. Мазура. - Тверь : Ред-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2022. - 441 с. - Текст: непосредственный

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

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

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

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

4.1 Перечень лицензионного программного обеспечения:

- 1) Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
- 2) ABBYY FineReader 11.0
- 3) Карельская Медицинская информационная система К-МИС
- 4) Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
- 5) Программное обеспечение «Среда электронного обучения ЗКЛ»
- 6) Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
- 7) Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного

интеллекта «Руконтекст»

8) Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

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

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины 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 студента при освоении дисциплины «Госпитальная терапия» может осуществляться по трем направлениям: подготовка реферата, представление клинического случая и сообщение результатов учебно-исследовательской работы (УИРС). Тема реферата выбирается в соответствии с профилем дисциплины, согласуется с курирующим преподавателем и может представлять собой углубленный анализ тем, изучаемых на лекциях, или посвящаться редкой терапевтической патологии.

При подготовке реферата студент должен провести анализ современной литературы, посвященной изучаемой теме, систематизировать полученные данные и подготовить реферат. В структуре реферата необходимо четко выделить разделы: актуальность, раздел с изложением данных проанализированной литературы, заключение и список использованной литературы (в том числе электронные ресурсы). Краткое изложение реферата должно быть представлено в виде доклада с презентацией на заседаниях кружка СНО кафедры. Лучшие доклады могут быть представлены на итоговом заседании кружка СНО, а также направлены на терапевтическую секцию итогового заседания СНО ТГМУ.

Тема учебно-исследовательской работы выбирается курирующим преподавателем с учетом научных предпочтений студента по одному из основных направлений научно-исследовательской работы кафедры: проблемы гастроэнтерологии, нефрологии и кардиологии. Учебно-исследовательская работа включает в себя несколько этапов: анализ литературы по изучаемой проблеме, составление дизайна исследования совместно с преподавателем, сбор данных студентом, анализ полученных данных и оформление результатов в виде тезисов в ежегодный сборник университета, а также в виде презентации для доклада на текущем и итоговом заседании кружка СНО кафедры. Лучшие доклады отправляются на итоговую конференцию СНО ТГМУ.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 3

Профессиональная компетенция 2

(Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем)

Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»:

Дополните

1. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ ____ СТЕПЕНИ
Эталон ответа: 2 (II или второй)
2. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 185/95 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ ____ СТЕПЕНИ
Эталон ответа: 2 (III или третьей)
3. В ОТЛИЧИИ ОТ В12-ДЕФИЦИТА ДЛЯ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ____ СИСТЕМЫ
Эталон ответа: нервной
4. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ НЕЛЬЗЯ ОТЛИЧИТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ ОТ
Эталон ответа: железопересредительной
5. УКАЖИТЕ БИОХИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ВИТАМИНА В12
Эталон ответа: кобаламин

Выберите один или несколько правильных ответов

3. ОГИБАЮЩАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ
 - 1) переднюю стенку левого желудочка
 - 2) боковую стенку левого желудочка*
 - 3) нижнюю стенку левого желудочка*
 - 4) правый желудочек
4. ПЕРЕДНЯЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ
 - 1) переднюю часть межжелудочковой перегородки*
 - 2) заднюю часть межжелудочковой перегородки
 - 3) верхушку левого желудочка*
 - 4) переднюю стенку левого желудочка*

5. ПРАВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ
- 1) нижнюю стенку левого желудочка*
 - 2) переднюю часть межжелудочковой перегородки
 - 3) заднюю часть межжелудочковой перегородки*
 - 4) правый желудочек*
6. ПРИЧИНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) сужение коронарной артерии атеросклеротической бляшкой*
 - 2) спазм коронарной артерии
 - 3) тромбоз коронарной артерии
 - 4) тяжелый аортальный стеноз*
7. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) типичной стенокардией*
 - 2) атипичной стенокардией
 - 3) кардиалгией
 - 4) ангинозным статусом
8. ГИПОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) ангулярного стоматита*
 - 2) бледности
 - 3) усиленного сердцебиения
 - 4) шума в ушах
 - 5) головной боли
 - 6) слабости
9. У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта*
 - 2) кровопотеря через мочевой тракт
 - 3) вегетарианская или веганская диета
 - 4) недостаточность поджелудочной железы
 - 5) гемосидероз легких
10. РЕТИКУЛОЦИТАРНЫЙ КРИЗ - ЭТО ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА РЕТИКУЛОЦИТОВ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА
- 1) 20-25%*
 - 2) 5-10%
 - 3) 19-15%
 - 4) 40-45%
11. К ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

- 1) изменения ногтей*
- 2) изменения обоняния*
- 3) снижение аппетита
- 4) систолический шум

12. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) плохую переносимость физических нагрузок*
- 2) бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек*
- 3) гипотонию
- 4) изменения вкуса

13. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ НЕЛЬЗЯ ОТЛИЧИТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ ОТ

- 1) железопересределяющей*
- 2) В12-дефицитной
- 3) гемолитической
- 4) апластической

14. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ

- 1) ферритина в крови
- 2) трансферрина сыворотки крови
- 3) антител к тканевой трансглутаминазе*
- 4) железа сыворотки крови

15. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ, ВЫПОЛНЕННОМ НА АВТОМАТИЧЕСКОМ АНАЛИЗАТОРЕ, АНАЛОГОМ ЦВЕТОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) MCH*
- 2) MCV
- 3) RDW
- 4) Ht

16. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НА УРОВНЕ

- 1) 120-140 г/л*
- 2) 130-160 г/л
- 3) 100-110 г/л
- 4) 110-115 г/л

17. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НА УРОВНЕ

- 1) 120-140 г/л
- 2) 130-160 г/л*
- 3) 100-110 г/л
- 4) 110-115 г/л

Профессиональная компетенция 3

(Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом)

Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»:

Дополните

1. ЕСЛИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРВИЧНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ТО НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА РАВНА ____ МГ
Эталон ответа: 600 или шестьсот
2. ЕСЛИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПЛАНИРУЕТСЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ТО НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА РАВНА ____ МГ
Эталон ответа: 300 или триста
3. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОКС СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ
Эталон ответа: 250 или двести пятьдесят
4. ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ ____ ЕД
Эталон ответа: 4000 или 4 тысячи или 4 ТЫСЯЧИ или 4 тыс или 4 ТЫС или 4 тыс. или 4 ТЫС. или четыре тысячи или ЧЕТЫРЕ ТЫСЯЧИ
5. ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ ____ ЕД
Эталон ответа: 5000 или 5 тысяч или 5 ТЫСЯЧ или 5 тыс или 5 ТЫС или 5 тыс. или 5 ТЫС. или пять тысяч или ПЯТЬ ТЫСЯЧ
6. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ, КАК МИНИМУМ, ____ МЕСЯЦА
Эталон ответа: 3 или три
7. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ ____ МЕСЯЦЕВ
Эталон ответа: 6 или шесть

Выберите один или несколько правильных ответов

8. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 120 мг*
 - 2) 100 мг
 - 3) 110 мг
 - 4) 130 мг
9. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 60 мг*
 - 2) 70 мг
 - 3) 80 мг
 - 4) 90 мг
10. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОТСУТСТВИЯ
- 1) пигментации десен и зубов
 - 2) риска передозировки
 - 3) взаимодействия с другими лекарственными средствами
 - 4) гастропротективного действия*
11. НАЗНАЧЕНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ
- 1) желания пациента*
 - 2) неэффективности пероральных препаратов железа
 - 3) плохой переносимости пероральных препаратов железа
 - 4) противопоказаниях к применению пероральных препаратов железа
12. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) расстройств всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника*
 - 2) воспалительных заболеваний кишечника*
 - 3) синдрома мальабсорбции*
 - 4) ХБП в преддиализном и диализном периодах*
 - 5) гипертрофического гастрита
13. ВНУТРИВЕННЫЕ ИНФУЗИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА СОПРЯЖЕНЫ С ОПАСНОСТЬЮ
- 1) токсических реакций*
 - 2) тромбозов
 - 3) тромбоцитопении
 - 4) артериальных тромбозов
14. ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СВЯЗИ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ
- 1) гемосидероза*
 - 2) абсцессов*

- 3) миосаркомы*
- 4) красного плоского лишая

15. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ВОЗРАСТАЕТ ЧЕРЕЗ ___ НЕДЕЛИ {

- 1) 1-1,5
- 2) 2,5-3*
- 3) 1,5-2
- 4) 3,5-4

16. ЕЖЕДНЕВНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В ЖЕЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО ___ МГ

- 1) 1-2*
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8

17. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ретикулоцитарная реакция*
- 2) повышение концентрации гемоглобина*
- 3) исчезновение клинических проявлений*
- 4) преодоление тканевой сидеропении*
- 5) исчезновение сфероцитоза

18. ОСНОВНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ __ ЭРИТРОПОЭЗ В КОСТНОМ МОЗГЕ И __, __ АНЕМИЯ

- 1) эритробластический
- 2) мегалобластический*
- 3) гипохронная
- 4) нормохронная
- 5) гиперхромная*
- 6) микроцитарная
- 7) нормоцитарная
- 8) макроцитарная*

19. К ПРИЧИНАМ НАРУШЕНИЯМ ВСАСЫВАНИЯ ФОЛАТОВ В КИШЕЧНИКЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ

- 1) резекции тощей кишки
- 2) дивертикулеза*
- 3) хронических энтеритов
- 4) амилоидоза
- 5) склеродермии
- 6) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки*
- 7) хронического алкоголизма

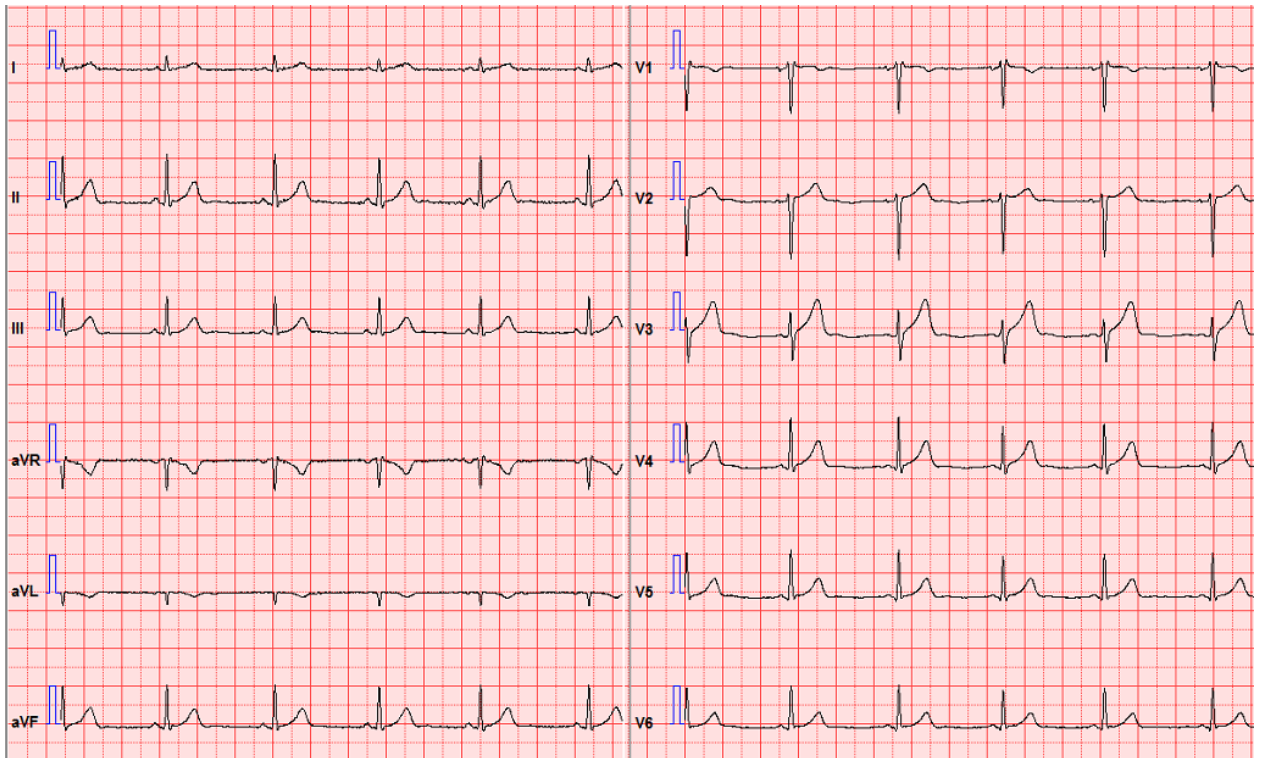
20. В ОТЛИЧИИ ОТ В12-ДЕФИЦИТА ДЛЯ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ___ СИСТЕМЫ
- 1) пищеварительной
 - 2) нервной*
 - 3) иммунной
 - 4) сердечно-сосудистой
21. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРОВОДЯТ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОМЕ
- 1) В12-дефицитной анемии
 - 2) гемолитическими анемиями
 - 3) острым эритромиелозом
 - 4) заболеваниями печени с гиперспленизмом
 - 5) рефрактерной анемией с избытком бластов
 - 6) железодефицитной анемии*
22. ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СЛУЖИТ СНИЖЕНИЕ ФОЛАТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МЕНЕЕ ___ МГ/Л
- 1) 4*
 - 2) 5
 - 3) 6
 - 4) 7
 - 5) 8
23. ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ И ДЕТЯМ СТАРШЕ 1 ГОДА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИЕМ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ДОЗЕ ___ МГ В СУТКИ
- 1) 1-5*
 - 2) 5-10
 - 3) 10-15
 - 4) 15-20
24. В СЛУЧАЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ ДОЗУ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИТЬ ДО ___ МГ/СУТКИ
- 1) 5-15*
 - 2) 15-20
 - 3) 20-25
 - 4) 25-30
25. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ РЕТИКУЛОЦИТАРНОГО КРИЗА НА ___ ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ
- 3-5*
 - 7-10
 - 11-15
 - 16-19

26. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЗАНИМАЕТ НЕ МЕНЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ
- 1) 4*
 - 2) 5
 - 3) 6
 - 4) 7
 - 5) 8
27. ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ И ДЕТЯМ СТАРШЕ 1 ГОДА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИЕМ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ДОЗЕ ___ МГ В СУТКИ
- 1) 1-5*
 - 2) 5-10
 - 3) 10-15
 - 4) 15-20
28. В СЛУЧАЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ ДОЗУ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИТЬ ДО ___ МГ/СУТКИ
- 1) 5-15*
 - 2) 15-20
 - 3) 20-25
 - 4) 25-30
29. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ РЕТИКУЛОЦИТАРНОГО КРИЗА НА ___ ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ
- 1) 3-5*
 - 2) 7-10
 - 3) 11-15
 - 4) 16-19
30. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЗАНИМАЕТ НЕ МЕНЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ
- 1) 4*
 - 2) 5
 - 3) 6
 - 4) 7
 - 5) 8

2) Типовые задания в ЭОС для оценивания результатов сформированности компетенции ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь» и «Владеть»

::01::Ситуационная задача № 1

Мужчина 47 лет жалуется на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по нескольку раз в день. Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились. При объективном исследовании пульс 72 в 1 мин, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст.



ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ {

- =холтеровское мониторирование
- ~пробу с физической нагрузкой
- ~эхокардиографическое исследование
- ~определение уровня ТТГ}

::02::При холтеровском мониторировании зарегистрировано 14 эпизодов аритмии, продолжительностью от 30 секунд до 9 мин.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

- ~%50%пароксизмальную
- ~%-20%персистирующую
- ~%-20%устойчивую
- ~%-20%неустойчивую
- ~%-20%желудочковую тахикардию
- ~%-20%наджелудочковую тахикардию
- ~%50%фибрилляцию предсердий}

::03::Биохимическое исследование крови

Холестерин общий - 4,5 ммоль/л

Глюкоза капиллярная - 5,1 ммоль/л

Креатинин - 97 мкмоль/л

Калий - 4,0 ммоль/л

АСТ - 1,2 мккат/л

АЛТ - 1,3 мккат/л

ТТГ - 1,8 мМЕ/л

Т4 свободный - 15 пкмоль/л

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ {

=щитовидной железы

~миокарда

~коронарных сосудов

~вегетативной нервной системы} КАК ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ АРИТМИИ

::04::Эхокардиографическое исследование

Диаметр аорты 3,2 см. Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,9 см, кровотока 1,4 м/с, регургитации нет. ТМЖП 0,9 см, ТЗС 0,9 см, КДР 4,8 см, ФВ 63 %, диастолическая функция не нарушена. МК не изменен, кровоток 1,0 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,8 см, объем 40 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 25 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени, Размер ПЖ 2,2 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,4 см, объем 35 мл. НПВ на выдохе 1,6 см, на вдохе 0,6 см. Полость перикарда не изменена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

~%-50%клапанную ФВ

~%50%идиопатическую ФП

~%-50%требующую

~%50%не требующую} НАЗНАЧЕНИЯ АКТ

::05::ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН {

~%50%пропафенон 150 мг 3 раза

~%50%соталол 80 мг 2 раза

~%-20%амиодарон 200 мг 1 раз

~%-20%бисопролол 5 мг 1 раз

~%-20%верапамил 40 мг 2 раза

~%-20%дигоксин 0,25 мг 1 раз

~%-20%ривароксабан 20 мг 1 раз} В ДЕНЬ

::06::На фоне проводимого лечения пациент не отмечает заметного улучшения самочувствия, что дает основания для рассмотрения вопроса о проведении РЧА.

ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К РЧА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ {

=любые пероральные антикоагулянты

~АСК или клопидогрел

~варфарин

~низкомолекулярные гепарины

~двойную антитромбоцитарную терапию}

::07::ПОСЛЕ РЧА АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ {

~%-33.333%любому пациенту

- ~%50%данному пациенту
- ~%-33.333%следует отменить
- ~%50%следует продолжать не менее 3 месяцев
- ~%-33.333%следует продолжать пожизненно}

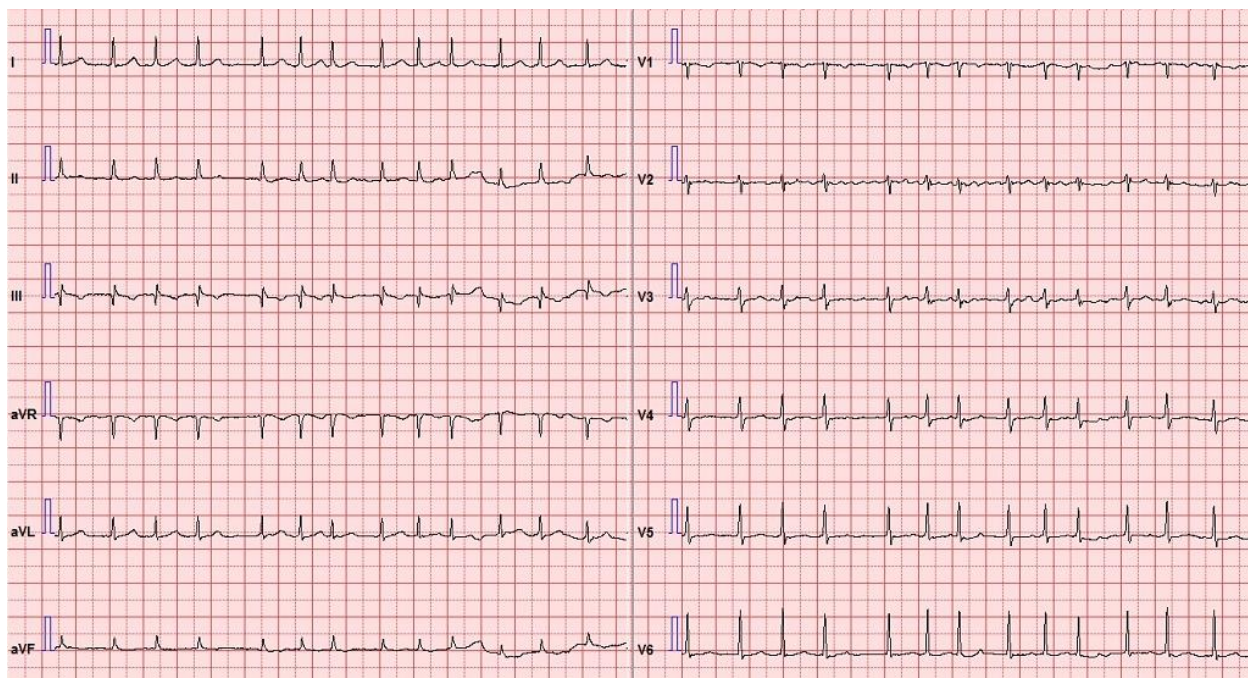
::08::Ситуационная задача № 21

Женщина 67 лет на протяжении недели отмечает одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость. В анамнезе АГ, медикаментозно скорректированная до нормотонии (периндоприл 5 мг 1 раз в день, индапамид 1,25 мг 1 раз в день). Объективно: повышенного питания, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, 14 в 1 мин. Тоны аритмичны, ЧСС 112 в 1 мин, пульс 96 в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ {

- ~%-20%экстрасистолию
- ~%-20%атриовентрикулярную блокаду
- ~%50%фибрилляцию предсердий
- ~%-20%пароксизмальную тахикардию
- ~%-20%провести холтеровское мониторирование
- ~%-20%выполнить эхокардиографическое исследование
- ~%50%зарегистрировать ЭКГ}

::09::



НА ЭКГ {

- ~%-25%синусовый ритм
- ~%33.333%фибрилляция предсердий
- ~%-25%предсердная экстрасистолия
- ~%33.333%признаки гипертрофии
- ~%-25%признаки ишемии
- ~%33.333%левого желудочка

~%-25%правого желудочка}

::10::ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧСС МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ {

~%-33.333%амиодарон 200 мг 3 раза
~%50%бисопролол 5 мг 1 раз
~%50%дигоксин 0,5 мг 1 раз
~%-33.333%пропафенон 150 мг 3 раза
~%-33.333%соталол 80 мг 2 раза} В ДЕНЬ

::11::ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ {

~%50%апиксабан 5 мг 2 раза
~%-20%апиксабан 10 мг 2 раза
~%-20%АСК 100 мг и клопидогрел 75 мг 1 раз
~%-20%АСК 100 мг и клопидогрел 75 мг 1 раз
~%-20%варфарин 5 мг 1 раз
~%50%ривароксабан 20 мг 1 раз
~%-20%ривароксабан 15 мг 2 раза} В ДЕНЬ

::12::Через 3 недели сохраняется быстрая утомляемость и ощущение перебоев сердцебиения. ЧСС 84 в 1 мин, пульс 76 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

В ТАКОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО {

=выполнить кардиоверсию
~увеличить дозу ранее назначенного пульсурежающего препарата
~добавить второй пульсурежающий препарат
~назначить седативную терапию}

::13::ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ {

=продолжать пожизненно
~прекратить
~продолжать не менее 4 недель
~продолжать не менее 3 месяцев}

::14::ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ {

~%50%пропафенон 150 мг 3 раза
~%50%соталол 80 мг 2 раза
~%-25%амиодарон 200 мг 3 раза
~%-25%бисопролол 5 мг 1 раз
~%-25%верапамил 40 мг 3 раза
~%-25%дигоксин 0,5 мг 1 раз} В ДЕНЬ

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
«Госпитальная терапия»

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебная комната №11 во вставке Университетской клиники	Стулья и парты на 16 человек, компьютер, широкоформатный монитор
2.	Учебная комната №12 во вставке Университетской клиники	Стулья и парты на 16 человек, компьютер, широкоформатный монитор
3.	Учебная комната №3-2 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
4.	Учебная комната №3-3 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
5.	Учебная комната №3-5 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
6.	Учебная комната №3-9 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
7.	Учебная комната в поликлинике ГБУЗ «ОКБ» г. Твери	Стулья на 16 человек
8.	Учебная комната №211 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
9.	Учебная комната №210 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
10.	Учебная комната №511 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
11.	Учебная комната №302 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 30 человек
12.	Компьютерный класс ГБОУ ВО ТГМУ	45 компьютеров
13.	Учебный центр практических навыков ГБОУ ВО ТГМУ	

*Специальные помещения — учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, клинических практических занятий, групповых консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

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

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов _____ курса,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

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 подготовки студентов к практическим занятиям

Основные положения

Цель и задача практических занятий

Практические занятия на кафедре госпитальной терапии призваны подготовить обучающихся к самостоятельной профессиональной деятельности, связанной с диагностикой и лечением широко распространенных заболеваний внутренних органов. В типичных случаях процесс диагностики и лечения внутренних болезней осуществляется по следующему плану:

- 1) Клиническое обследование
 - a. выяснение жалоб и анамнеза, объективное исследование пациента;
 - b. анализ собранной информации;
 - c. формулирование и обоснование предварительного диагноза.
- 2) Дополнительное обследование
 - a. назначение лабораторных и инструментальных исследований, результаты которых
 - b. позволят подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз;
 - c. интерпретация результатов дополнительных исследований;
 - d. формулирование и обоснование клинического диагноза.
- 3) Назначение лечения
 - a. назначение стартовой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по
 - b. лечению диагностированного заболевания;
- 4) Оценка эффективности и коррекция лечения
 - a. проведение исследований, позволяющих оценить эффективность проводимого
 - b. лечения;
 - c. принятие решения о продолжении, коррекции или завершении лечения.

Цель практических занятий на кафедре госпитальной терапии — выработать у обучающихся устойчивые навыки эффективной реализации указанного плана в различных клинических ситуациях, возникающих при заболеваниях внутренних органов.

Каждый из представленных выше этапов лечебно-диагностического процесса включает в себя сбор информации, ее анализ и вытекающее из результатов анализа решение (табл. 1).

Таблица 1. Характеристика этапов лечебно-диагностического процесса

Этап	Источник информации	Задача анализа	Выводы / Решение
Клиническое обследование	Беседа с пациентом, объективные исследования	Выявить наиболее вероятную причину обращения пациента за медицинской помощью	Причиной обращения за медицинской помощью служит предварительный диагноз
Дополнительное	Лабораторные и	Выявить	Пациенту нужна

обследование	инструментальные исследования	имеющиеся у пациента заболевания	помощь, поскольку у него клинический диагноз
Назначение лечения	Клинический диагноз, клинические рекомендации	Определить оптимальную схему лечения данного пациента	Начать лечение или направить пациента к специалисту
Оценка и коррекция лечения	Беседа с больным, контрольные исследования	Оценить эффективность проводимого лечения	Продолжить, изменить или завершить лечение

Таким образом, **задачей практических занятий** является формирование и закрепление навыков получения диагностически значимой информации, ее анализа и принятия обоснованных диагностических и терапевтических решений. При этом главной задачей практических занятий **на кафедре госпитальной терапии** служит формирование навыков анализа информации и принятия решений, поскольку формирование навыков получения диагностической информации осуществляется на более ранних этапах обучения. Однако закрепление навыков получения информации, в частности, навыков интерпретации результатов клинического и дополнительного обследования является важной задачей практических занятий на кафедре госпитальной терапии.

Методы формирования навыков лечебно-диагностической работы

«Классическими» методами формирования навыков лечебно-диагностической работы служат самостоятельная индивидуальная или групповая работа обучающихся с больными (**курация**) и совместный осмотр находящегося на лечении пациента с последующим анализом истории его заболевания («**разбор больного**»). При отсутствии на момент проведения занятия подходящего тематического пациента проводится разбор истории болезни ранее лечившегося больного (**разбор клинического случая**). Реальный или вымышленный клинический случай, специально подготовленный для разбора на практическом занятии, называется **ситуационной задачей**.

Курация больных, разбор больного или клинического случая и решение ситуационных задач относятся к так называемым кейс-методам обучения (от англ. *case* — случай), призванным подготовить обучающегося к самостоятельному решению задач в сфере его будущей профессиональной деятельности. Ниже представлена оценка эффективности перечисленных кейс-методов в формировании различных лечебно-диагностических навыков (табл. 2).

Таблица 2. Оценка эффективности кейс-методов формирования лечебно-диагностических навыков

Навык	Курация	Разбор больных	Разбор случаев
беседы с больным	+	±	–
объективного исследования	+	±	–
обоснования предварительного диагноза	–	+	+

составления плана обследования	–	+	+
интерпретации результатов исследований	±	+	+
обоснования клинического диагноза	+	+	+
назначения лечения	–	+	+
оценки эффективности лечения	+	+	+
оформления медицинской документации	+	±	±

+ метод эффективен, ± метод малоэффективен, – метод неэффективен

Таким образом, разбор клинических случаев (решение ситуационных задач) позволяет эффективно формировать все лечебно-диагностические навыки, за исключением навыков беседы с больным и объективного исследования, которые, как отмечалось выше, должны быть сформированы на предыдущих этапах обучения. Учитывая ограниченные возможности доступа обучающихся к больным, разбор клинических случаев и решение ситуационных задач следует считать основной формой учебной работы на практических занятиях по дисциплине «Госпитальная терапия».

Тематика и структура ситуационных задач

Сотрудниками кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней подготовлено 185 ситуационных задач для практических занятий по 37 темам, распределенные по 12 сборникам (табл. 3). Сборники ситуационных задач в pdf-формате размещены в разделах курса «Госпитальная терапия» Электронной образовательной системы университета и на странице кафедры госпитальной терапии сайта Тверского ГМУ.

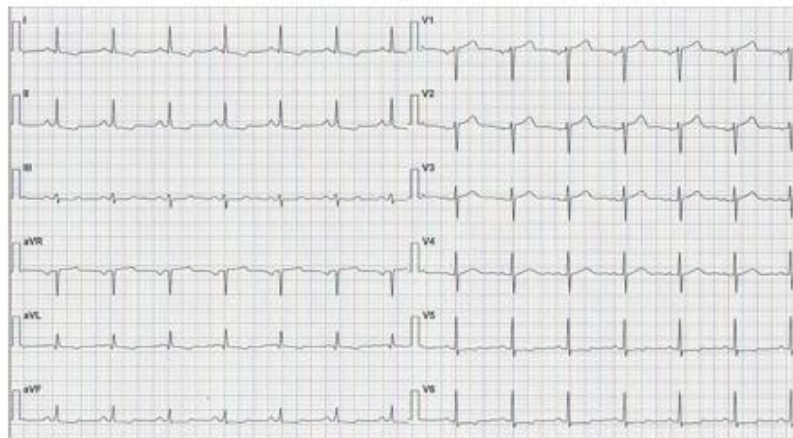
Каждая задача представляет собой описание клинического случая от момента обращения пациента за медицинской помощью до наступления исхода заболевания. Задачи разделены на пронумерованные фрагменты, содержащие либо информацию о пациенте (жалобы и анамнез, результаты исследований, изменение состояния на фоне лечения), либо указание на содержание ожидаемого от обучающегося ответа (рис. 1).

Задача 62

1

Женщина 22 лет направлена к терапевту для профилактического обследования в связи с беременностью сроком 8 недель. Жалоб не предъявляет. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Рост 157 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, систолический шум вдоль левого края грудины и в межлопаточной области. Пульс 85 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

2



Протокол эхокардиографического исследования

Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 4,0 см, дуги 3,7 см. В нисходящем отделе грудной аорты чуть ниже устья левой подключичной артерии выявляется сужение до 8 мм протяженностью 12 мм. Максимальный градиент давления в месте сужения 43 мм рт. ст., средний 24 мм рт. ст. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,9 см, кровоток 1,5 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,32 см, ТЗС 1,26 см, индекс ММЛЖ 117 г, КДР 4,5 см, ФВ 62 %, диастолическая дисфункция 1 степени. МК не изменен, кровоток 0,87 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,8 см, объем 47 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровотока на клапане ЛА 0,9 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,5 см. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,75 см, объем 47 мл. Диаметр НПВ на выдохе 1,7 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена.

3

Лечение

Рисунок 1. Страница из сборника ситуационных задач

Представленная на рисунке ситуационная задача содержит три фрагмента, в первом из которых дано описание клинической ситуации, во втором представлены результаты электрокардиографического и эхокардиографического исследований, в третьем указано на необходимость составить план лечения пациентки.

Фрагменты задачи с информацией о пациенте и результатах проведенных исследований не содержат указаний на характер ожидаемого от обучающегося ответа. В этом случае обучающийся должен **оценить клиническое значение** представленной информации и **принять** на ее основе обоснованное **клиническое решение**.

Порядок коллективного решения задачи

Ситуационная задача разделена на фрагменты, каждый из которых предназначен для обсуждения с одним из обучающихся. Результаты обсуждения (ответ обучающегося) оцениваются по двухбалльной шкале: зачтено (1 балл) или не зачтено (0 баллов). Таким образом, общее число баллов, полученных всеми обучающимися на одном занятии, примерно равно числу фрагментов в решенных на этом занятии задачах.

При этом, согласно принципам кейс-метода, решение задачи должно быть коллективным, причем каждый член коллектива должен участвовать в обсуждении каждого этапа решения. С другой стороны, аудиторное занятие не должно превратиться в

несанкционированный митинг, а каждый участник обсуждения должен получить адекватную оценку своего индивидуального вклада в коллективное решение задачи.

Для выполнения таких внутренне противоречивых требований рекомендуется следующий порядок коллективного решения ситуационных задач.

Преподавать случайным образом (то есть не в том порядке, в каком обучающиеся стоят в списке группы) выбирает **спикера** (от англ. *Speaker* — говорящий), с которым будет обсуждаться очередной фрагмент ситуационной задачи. Остальные члены группы автоматически становятся **слушателями**, задача которых — следить за дискуссией между преподавателем и спикером и быть готовыми в любой момент принять в ней участие. Необходимость привлечения к дискуссии дополнительных участников — **оппонентов** (от лат. *opponens* — противопоставляющий) возникает, если спикер дает неверный, неточный или неполный ответ на вопрос преподавателя. В этом случае преподаватель предоставляет слово одному из слушателей, который становится оппонентом и уточняет, дополняет или исправляет ответ спикера.

Таким образом, в решении каждого фрагмента ситуационной задачи обучающиеся участвуют в роли спикера, оппонента или слушателя. При переходе к следующему фрагменту задачи преподаватель перераспределяет роли по своему усмотрению.

Порядок проведения дискуссии и распределения баллов

В ходе обсуждения любого фрагмента ситуационной задачи необходимо проанализировать вновь представленную и/или ранее полученную информацию о пациенте, сделать на ее основе определенные клинические выводы и принять конкретные клинические решения. Хорошо подготовленный спикер может сделать это без помощи преподавателя и оппонентов. Например, ознакомившись с первым фрагментом задачи 62 (рис. 1) спикер может произнести следующий монолог:

«У пациентки уровень АД превышает 130/89 мм рт. ст., что у беременных расценивается как умеренная АГ. Причиной повышения АД может быть гипертензивная реакция на процедуру измерения АД, беременность (гестационная гипертензия) или заболевание, существовавшее до беременности. Срок беременности не превышает 20 недель, что позволяет исключить связь АГ с беременностью. Молодой возраст пациентки не позволяет думать о гипертонической болезни. Таким образом, АГ следует считать симптоматической и искать причину ее развития. Чаще всего, причиной симптоматической АГ служит заболевание почек, однако у пациентки выслушивается систолический шум по левому краю грудины с иррадиацией в межлопаточное пространство. Такой шум может отмечаться при одном из врожденных пороков сердца, а именно, при коарктации аорты, важнейшим проявлением которой служит АГ. Таким образом, предварительный диагноз в данном случае можно сформулировать как ВПС, коарктация аорты, умеренная АГ, беременность 8 недель. Для подтверждения диагноза надо в ходе осмотра измерить АД на ногах и назначить эхокардиографическое исследование. Подтверждением предположения о коарктации аорты будет уровень АД на ногах на 10–20 мм рт. ст. ниже, чем на руках. Эхокардиографическое исследование позволит выявить сужение аорты, обычно, на несколько сантиметров ниже места отхождения левой подключичной артерии».

Очевидно, что в такой ситуации дискуссия не требуется, а сам ответ бесспорно заслуживает оценки «зачтено» (1 балл). Не менее очевидно, что такие ответы являются не правилом, а достаточно редким исключением. Как правило, обсуждение ситуации превращается в диалог, в котором преподаватель задает вопросы, а спикер и оппоненты на

них отвечают. Преподаватель должен сформулировать свои вопросы в такой последовательности и такой форме, чтобы ответы на них сложились в идеальный анализ обсуждаемой ситуации, образец которого был представлен выше.

Вопросы следует формулировать так, чтобы ответы на них позволяли судить не столько о наличии у обучающегося соответствующих знаний и практических навыков, сколько о его умении **анализировать информацию**, делать на ее основе **правильные выводы** и принимать **обоснованные решения**. Иначе говоря, вопросы, как правило, должны содержать формулировки типа «что означает ...», «о чем свидетельствует ...», «какие выводы ...», «что следует ...», «зачем требуется ...», «почему необходимо ...» и так далее. Например, при обсуждении первого фрагмента рассматриваемой ситуационной задачи (рис. 1), первым вопросом может быть: «О чем свидетельствуют результаты измерения АД?»

Кроме того, вопросы должны быть достаточно **конкретными**, чтобы ответы на них можно было однозначно расценить как **верные** или **неверные**. Если спикер неверно отвечает на вопрос, возможность ответить на него предоставляется оппонентам. При невозможности получить правильный ответ от обучающихся, преподаватель отвечает на него сам.

Если спикер в ходе дискуссии верно ответил на большинство вопросов, то за свою работу он получает 1 балл, в противном случае — 0 баллов. Однако у него сохраняется возможность получения баллов за активное участие в дискуссии в роли оппонента.

Критерием активного участия оппонента в дискуссии является правильный ответ не менее, чем на пять вопросов, на которые не смог ответить спикер. При этом не имеет значения, относились ли эти вопросы к одному фрагменту задачи, к разным ее фрагментам или к разным задачам, решенным в ходе занятия.

Методические рекомендации по оформлению кураторского листа

Введение

Приступая к занятиям на кафедре госпитальной терапии, обучающийся должен иметь навык написания академической истории болезни, включающей в себя изложение жалоб пациента, истории заболевания и жизни, результатов объективного, лабораторного и инструментального обследования. Этот навык формируют клинические кафедры «средних» курсов: пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии, факультетской терапии и хирургии. Задача кафедры госпитальной терапии — подготовить обучающегося к самостоятельной практической работе, что подразумевает наличие навыков клинического мышления, в частности, навыков обоснования диагноза, оценки эффективности и коррекции проводимого лечения. Поэтому кураторский лист на кафедре госпитальной терапии представляет собой не аналог академической истории болезни, а развернутое обоснование клинического диагноза и его осложнений.

Содержание и оформление кураторского листа

Куратор: студент ... группы ...

Пациент: ... пол возраст ... лет

В целях предотвращения несанкционированного распространения конфиденциальной информации категорически запрещается указывать фамилию и имя пациента. Для идентификации пациента используются первые буквы его фамилии, имени и отчества. Так,

Кузнецов Николай Иванович должен быть обозначен как КНИ.

Диагноз на момент курации

Основное заболевание: ...

Осложнения: ...

Сопутствующие заболевания: ...

Жалобы

В этом разделе описываются жалобы, которые связаны с основным заболеванием или его осложнениями. В случае плановой госпитализации указываются жалобы при поступлении в стационар, в случае экстренной госпитализации — жалобы при появлении острого заболевания. Каждую жалобу следует клинически интерпретировать. Анамнез Указываются те детали анамнеза, которые подтверждают основной диагноз или его осложнения. Факторы риска Указываются факторы риска основного заболевания. Объективные исследования Указываются только те изменения, которые связаны с основным заболеванием или его осложнениями.

Результаты обследования

Приводятся результаты исследований, подтверждающих основной диагноз или его осложнения.

Дифференциальный диагноз

Указывается с какими заболеваниями и почему необходимо проводить дифференциальную диагностику. Если на момент курации такой необходимости нет, то указывается с какими заболеваниями и почему следовало проводить дифференциальную диагностику на момент поступления (при хроническом заболевании) или при появлении первых симптомов (при остром заболевании). В этих случаях следует привести результаты исследований, позволивших отклонить конкурирующие диагнозы.

Дополнительное обследование

Указываются исследования, которые необходимы для проведения дифференциальной диагностики, обоснования или уточнения основного диагноза, оценки прогноза. Для каждого планируемого исследования надо указать, с какой целью оно проводится и какие результаты ожидаются.

Проведенное лечение и его эффективность

При хроническом заболевании указывается лечение, которое проводилось с момента поступления, при остром — с момента его возникновения. Приводятся факты, свидетельствующие о эффективности или неэффективности терапии.

Планируемое лечение

Составляется план дальнейшего немедикаментозного, медикаментозного (с указанием конкретных препаратов и дозировок) и оперативного лечения (с указанием планируемого вмешательства).

ПРИМЕР

Пациент КНИ пол мужской возраст 65 лет

Основной диагноз: ИБС.

Стенокардия напряжения III ФК.

Жалобы

Госпитализирован с жалобами на загрудинные боли, которые возникают при ходьбе на дистанцию до 100 м и проходят через несколько минут после приема нитроглицерина. Это — типичная стенокардия напряжения, которая, с учетом пола и возраста пациента, скорее всего связана с ИБС, то есть со стенозирующим коронарным атеросклерозом. Уровень нагрузки, вызывающей приступ стенокардии, соответствует III ФК.

Анамнез

Приступы стенокардии беспокоят на протяжении года, резкого снижения толерантности к нагрузкам не отмечает, что указывает на стабильное течение заболевания.

Факторы риска

Мужской пол

Возраст более 55 лет

Гиперхолестеринемия: общий холестерин 6,2 ммоль/л

До появления приступов стенокардии курил на протяжении 45 лет.

Объективное исследование

Признаков основного заболевания нет.

Результаты обследования

Стресс-ЭхоКГ: при пороговой нагрузке 75 Вт появились загрудинные боли, депрессия ST до 2 мм в отведениях V3–V6 и нарушение локальной сократимости во всех апикальных сегментах левого желудочка. Это указывает на наличие транзиторной ишемии миокарда, соответствующей III ФК хронической коронарной недостаточности и свидетельствует о высоком риске летального исхода, что служит показанием к проведению КАГ.

КАГ: стеноз 85% средней трети ПМЖВ левой коронарной артерии.

Дифференциальный диагноз

На момент госпитализации существовала небольшая вероятность того, что стенокардия связана не с коронарным атеросклерозом, а с аортальным пороком или гипертрофической кардиомиопатией. Результаты ЭхоКГ исключили такую возможность, а результаты КАГ подтвердили наличие стенозирующего атеросклероза коронарных артерий.

Дополнительное обследование

Стресс-ЭхоКГ для оценки эффективности лечения. Ожидается, что признаков транзиторной ишемии не будет выявлено.

Проведенное лечение и его эффективность

Проведено стентирование ПМЖВ стентом с лекарственным покрытием. Отсутствие приступов стенокардии при бытовых нагрузках позволяет думать об эффективности

лечения.

Планируемое лечение

- 1) Аспирин 100 мг 1 раз в день (пожизненно)
- 2) Клопидогрел 75 мг 1 раз в день (в течение года)
- 3) Розувастатин 40 мг 1 раз в день (пожизненно)
- 4) Пантопразол 40 мг 2 раза в день