

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

Кафедра факультетской терапии

Рабочая программа дисциплины
Факультетская терапия

для обучающихся 4 курса

направление подготовки (специальность)
31.05.02 Педиатрия

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	140 ч.
самостоятельная работа	76 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Зачет с оценкой / 8 семестр

Тверь, 2024

Разработчики: доцент кафедры факультетской терапии, к.м.н., доцент Школовой С.В., заведующий кафедрой факультетской терапии д.м.н., профессор Г.С. Джулай.

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

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии «16» мая 2025 г. (протокол № 9)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «22» мая 2025 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2025 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.02 **Педиатрия**, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12 августа 2020 г. № 965, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения дисциплины являются:

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

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-4- Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.	Знает: -медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. Умеет: применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях. Владеет навыками: применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях.
	ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.	Знает: - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у пациентов; - методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов; применять методы осмотра и физикального обследования и интерпретировать их результаты; составлять план проведения дополнительных лабораторных

		и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов у пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеет навыками: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей); осмотра и физикального обследования детей и взрослых; использования дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей- врачей-специалистов у пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
	ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины	Знает: методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Умеет: интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов; формулировать диагноз Владеет навыками: интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных исследований; формулирования диагнозов заболеваний.
ОПК-7. Способен назначать лечение	ИОПК-7.1 Умеет применять	Знает: - методы медикаментозного и

и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; -группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению Умеет: разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; Владеет навыками: назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях; Знает: совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Умеет: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеет навыками: осуществления контроля эффективности и безопасности лечения.
--	---	--

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

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

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

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

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

Дисциплина «Факультетская терапия» является клинической; для ее освоения необходима актуализация компетенций, сформированных в процессе изучения следующих дисциплин и практик:

Из гуманитарного, социального и экономического цикла:

- Философия,
- Медицинская этика,

- Правоведение,
- Психология и дефектология.

Из математического, естественнонаучного и медико-биологического цикла:

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

Из профессионального цикла:

- Гигиена,
- Пропедевтика внутренних болезней.

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

- Из профессионального цикла – госпитальная терапия.
- Из учебной и производственной практики – клиническая практика терапевтического профиля.

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

5. Образовательные технологии

При реализации различных видов учебной работы используются следующие образовательные технологии:

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

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

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

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине осуществляется в виде дифференцированного зачета в VIII семестре.

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Раздел 1. Введение в дисциплину «Факультетская терапия»

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

Раздел 2. Болезни органов дыхания.

Тема 2.1. Пневмонии.

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

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

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

Тема 2.3. Бронхиальная астма.

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

Тема 2.4. Нагноительные заболевания легких.

Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс и гангрена легких. Определение заболеваний. Классификация. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.

Раздел 3. Болезни сердечно-сосудистой системы.

Тема 3.1. Гипертоническая болезнь.

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

Тема 3.2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.

Определение ИБС. Эпидемиология. Социальная значимость атеросклероза и связанных с ним заболеваний. Классификация ИБС. Факторы риска.

Стенокардия. Классификация. Стабильная и нестабильная стенокардия. Патогенез и патоморфология. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения. Тактика врача при возникновении приступа стенокардии у пациента. Неотложные состояния при стенокардии – понятие об остром коронарном синдроме.

Тема 3.3. Инфаркт миокарда.

Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Варианты клинического течения (ангинозный, астматический, абдоминальный, церебральный, аритмический, атипичный). Принципы диагностики и критерии диагноза острого инфаркта миокарда. Электрокардиографические признаки. Определение локализации и распространенности

инфаркта миокарда. Осложнения. Острая сердечная недостаточность – кардиогенный шок, отек легких. Исходы. Лечение. Методы профилактики.

Тема 3.4. Ревматизм. Ревматические пороки сердца.

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

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

Тема 3.5. Инфекционный эндокардит.

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

Тема 3.6. Хроническая сердечная недостаточность.

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

Раздел 4. Болезни органов пищеварения.

Тема 4.1. Хронический гастрит.

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

Тема 4.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

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

Тема 4.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

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

Тема 4.4. Хронические гепатиты. Циррозы печени.

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

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

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

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

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

Тема 4.6 Панкреатиты.

Острый панкреатит. Этиология. Патогенез. Особенности клиники, дифференциально-диагностические отличия от других причин синдрома острого живота. Неотложная консервативная терапия. Клиническая фармакология антиферментных

препаратов: механизм действия, фармакодинамика, основные представители, показания, способы применения.

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

Раздел 5. Болезни почек.

Тема 5.1. Пиелонефриты.

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

Тема 5.2. Гломерулонефриты.

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

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

Тема 5.3. Острая и хроническая почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек.

Определения. Классификации. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Понятие о гемодиализе и перитонеальном диализе. Методы профилактики. Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение. Классификация.

Раздел 6. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.

Тема 6.1. Остеоартроз, подагра.

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

Тема 6.2. Ревматоидный артрит.

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

Тема 6.3. Системные заболевания соединительной ткани (Рубежный контроль по разделу).

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

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

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

Раздел 7. Болезни системы крови.

Тема 7.1. Анемии.

Определение. Классификация. *Железодефицитная анемия.* Этиология. Патогенез. Понятие об обмене железа в организме. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики. *B₁₂-дефицитная анемия.* Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы

профилактики. *Гемолитическая анемия*. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики.

Тема 7.2. Гемобластозы (Рубежный контроль по разделу).

Определение. Классификация.

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

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

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

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

9. Экзамен (VIII семестр)

IV. Учебно-тематический план

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контакт- ную работу	Самостоя- тельная 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	практические занятия, клинические практ. занятия	экзамен/зачет				ОПК-4	ОПК-7		
1. Введение в дисциплину	2			2		2	х		Л	
2.Болезни органов дыхания.										
2.1. Пневмонии.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ,
2.2. Острый и хронич. бронхит. Хронич. обструктивная болезнь легких.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
2.3. Бронх. астма. Рубежный контроль по разделу	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т,С, ПР,СЗ,КЛ
2.4 Нагноительные заболевания легких.	2			2	1	3	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
3. Болезни сердечно-сосудистой системы										
3.1. Гипертонич. болезнь.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
3.2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
3.3. Инфаркт миокарда.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ

3.4. Ревматизм. Ревматич. пороки сердца.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
3.5. Инфекционный эндокардит.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
3.6. Хроническая сердечная недостаточность. Рубежный контроль по разделу	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т,С, ПР,СЗ,КЛ
4. Болезни органов пищеварения										
4.1. Хронический гастрит.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
4.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
4.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
4.4. Хронические гепатиты. Циррозы печени.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
4.5. Желчнокаменная болезнь. Хронич. холецистит. Дискинезия желчных путей. Рубежный контроль по разделу	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
4.6 Панкреатиты Рубежный контроль по разделу	2			2	2	4	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т,С, ПР,СЗ,КЛ
5. Болезни почек.										
5.1. Хронический пиелонефрит.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, ПР,СЗ,КЛ
5.2. Гломерулонефриты. Рубежный контроль по разделу Рубежный контроль	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т, С, ПР,СЗ,КЛ

по разделу										
5.3. Острая и хроническая почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек.	2			2	2	4	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, Пр,СЗ,КЛ
6. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.										
6.1. Остеоартроз, подагра	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, Пр,СЗ,КЛ
6.2. Ревматоидный артрит.	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, Пр,СЗ,КЛ
6.3. Системные заболевания соединительной ткани. Рубежный контроль по разделу	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т,С, Пр,СЗ,КЛ
7. Болезни системы крови.										
7.1. Анемии.	2	4		6	2	8	х	х	Л,КС,Р, УИРС	С, Пр,СЗ,КЛ
7.2. Гемобластозы. Рубежный контроль по разделу	2	4		6	1	7	х	х	Л,КС,Р, УИРС	Т,С, Пр,СЗ,КЛ
8. Подготовка и написание истории болезни терапевтического больного (практические навыки курации больного).		6		6	4	10	х	х		ИБ
9. Дифференцированный зачет (VIII семестр)					36	36				
ИТОГО:	50	90	0	140	76	216				

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

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

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

В каждом вопросе необходимо указать один или несколько правильных ответов:

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

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

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

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

Эталон ответов:

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

Критерии оценки тестового контроля (текущего или рубежного):

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

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

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

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

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ГЭРБ.
2. Какова распространенность ГЭРБ в популяции?
3. Каковы основные причины ГЭРБ?
4. В чём заключаются механизмы развития ГЭРБ (патогенез заболевания)?
5. Приведите классификацию ГЭРБ.
6. Назовите принципы лечения ГЭРБ.

7. Каковы особенности лечения ГЭРБ в зависимости от её степени?
8. В чём заключается первичная и вторичная профилактика ГЭРБ?
9. Каков прогноз у больных с ГЭРБ?
10. Какова цель и принципы диспансерного наблюдения больных ГЭРБ?

Критерии оценки устного ответа:

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

Примеры типовых ситуационных задач:

Задача 1.

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

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа влажная. Над лёгкими везикулярное дыхание, несколько ослабленное в нижних отделах сзади, ЧД – 24 в 1 мин. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 в 1 мин. АД – 180/115 мм рт. ст. Живот увеличен в размере за счёт подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Отеков нет.

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

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).
2. С какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
3. Укажите типичные клинические проявления основного заболевания (выберите один или несколько правильных ответов):
 - 1) локализация болей в левой половине грудной клетки;
 - 2) локализация болей за грудиной;
 - 3) иррадиация в левую руку и под левую лопатку;
 - 4) иррадиация в правую руку и под правую лопатку;
 - 5) боль провоцируется физической и эмоциональной нагрузкой;
 - 6) боль возникает в ночное время, во время сна;
 - 7) длительность болевого приступа не менее часа;
 - 8) длительность болей в течение нескольких минут;
 - 9) эффективность нитратов;

- 10) неэффективность нитратов;
 - 11) имеются характерные изменения ЭКГ;
 - 12) изменения ЭКГ отсутствуют и появляются только во время болевого приступа.
4. Назовите меры неотложной помощи и дальнейшее лечение данного больного?
 5. Какими инструментальными методами исследования может быть подтверждено основное заболевание у данного больного? (выберите один или несколько правильных ответов).
 - 1) ЭКГ;
 - 2) велоэргометрия;
 - 3) Холтеровское мониторирование;
 - 4) обзорная рентгенография области сердца;
 - 5) коронароангиография.

Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз основной: ИБС: стенокардия напряжения впервые возникшая.
Осложнение: Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II функциональный класс.
Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, III стадии, степень 3, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, лёгкой степени. Ожирение I степени (ИМТ=34).
2. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
3. Типичные клинические проявления основного заболевания: №№ 2), 3), 5), 8), 9), 12).
4. Меры неотложной помощи: обеспечение физического и эмоционального покоя, прием быстродействующих нитропрепаратов (нитроглицерин, нитромак, нитросорбид), ½ таблетки аспирина разжевать, госпитализация в кардиологический стационар. Дальнейшее лечение в стационаре: антиагреганты, антикоагулянты, нитроглицерин в виде в/в инфузии, оксигенотерапия, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция длительного действия (при непереносимости или недостаточном эффекте бета-адреноблокаторов и нитратов), ингибиторы АПФ.
5. Инструментальные методы исследования: №№ 2), 3), 5).

Задача 2.

Больной Н., 46 лет, в течение последних 4 лет состоял на диспансерном учете по поводу ИБС: стенокардии напряжения II функционального класса. Долгое время обходился лишь эпизодическими приемами нитроглицерина при болях, ассоциированных с выполнением умеренно повышенных физических нагрузок (быстрая ходьба, подъем по лестнице и др.). В течение последних 2 недель самочувствие ухудшилось: приступы участились, загрудинные боли стали возникать при малых нагрузках, при вдыхании холодного воздуха, появились приступы болей по ночам, стал значительно чаще принимать нитропрепараты. К врачу не обращался, рассчитывая справиться с ухудшением с помощью повышенных доз нитроглицерина. Ночью проснулся от особенно сильной боли за грудиной. Несмотря на повторные приемы нитроглицерина, боль продолжалась более 2 часов, появилась выраженная одышка в покое, в связи с чем была вызвана СМП.

Осмотр врача скорой помощи: состояние больного тяжелое, лежит с высоко приподнятым изголовьем, цианоз губ; кожа бледно-цианотичная, влажная, прохладная; дыхание хриплое, частота дыхания 40 в 1 минуту, при аускультации - обильные влажные хрипы по всем легочным полям, при кашле из дыхательных путей отходит розовая пена. Пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, тоны сердца глухие плохо выслушиваются из-за хрипов, АД – 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ: глубокий зубец Q в I стандартном отведении и комплекс QS с высоким подъемом сегмента ST в отведениях V1 – V6.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).

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

Эталон ответа к задаче 2

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

Критерии оценки ситуационной задачи:

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

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

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

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

Примерные темы рефератов:

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

Критерии оценки реферата:

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

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

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

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

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

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

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

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

результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и самостоятельно демонстрирует выполнение практических навыков, допуская при этом отдельные неточности или несущественные ошибки, которые может самостоятельно обнаружить и быстро исправить;

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

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

Критерии оценки истории болезни:

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

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

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

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

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

Порядок проведения промежуточной аттестации:

Дифференцированный зачет по окончании изучения дисциплины «Факультетская терапия» проводится в VIII семестре по трехэтапной системе.

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

Второй этап включает тестовый контроль.

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

Второй и третий этапы зачета проводятся в один день.

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

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

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

В остальных случаях итоговая оценка совпадает с оценкой за третий этап дифференцированного зачета.

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

Примеры заданий в тестовой форме:

Выберите правильный ответ.

1. В течение типичной бактериальной пневмонии патоморфологически выделяют фазы
 - 1) прилива, красного и серого опеченения, разрешения
 - 2) экссудации, транссудации, отложения фибрина
 - 3) инфильтрации, некроза, кальцинации
 - 4) инфильтрации, распада, обсеменения
 - 5) обструкции, рестрикции, деструкции
2. Тяжесть хронической обструктивной болезни легких определяют объективно на основании
 - 1) исследования функции внешнего дыхания (спирометрии)
 - 2) рентгенографии органов грудной клетки
 - 3) аускультации легких
 - 4) перкуссии легких
 - 5) бронхографии
3. Для постинфарктного синдрома Дресслера характерны следующие клинические проявления
 - 1) нарушения проводимости с синкопальными состояниями
 - 2) прогрессирование сердечной недостаточности
 - 3) сосудистая «бабочка», артрит, перикардит
 - 4) гектическая лихорадка и панкардит
 - 5) перикардит, плеврит, пневмонит

Эталон ответов:

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

Примеры клинических ситуационных задач:

Задача 1.

Больной Н., 62 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие при ходьбе на 100-200 м, подъеме на один этаж лестницы, одышку при ходьбе. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Подобные жалобы беспокоят в течение 8 лет. В 2003 году перенес инфаркт миокарда, после которого сохранялись редкие приступы загрудинных болей при умеренной физической нагрузке. Ухудшение отмечает в течение последних 3 месяцев, когда после перенесенного гриппа приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, увеличился расход нитратов. В то время обращался к врачу общей практики, но поскольку новых изменений на ЭКГ не отмечалось, госпитализация предложена не была. По совету врача была увеличена доза нитратов. В настоящее время из лекарственных препаратов постоянно принимает только нитросорбид и триметазидин. В течение последнего месяца вышеописанные жалобы сохраняются на одном и том же уровне.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими при перкуссии легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Пульс 80 в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Границы относительной тупости сердца: левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины, верхняя – на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10-9-8 см.

Клинический анализы крови и общий анализ мочи без патологии.

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче 1:

1. Диагноз основной: ИБС: стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (2003 г.). Желудочковая экстрасистолия. Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., III функциональный класс. ЭКГ: очагово-рубцовые изменения в нижне-диафрагмальной стенке левого желудочка. Одиночные желудочковые экстрасистолы.
2. Велоэргометрия: проба положительна, толерантность к нагрузке соответствует III функциональному классу стенокардии напряжения.
3. Усиление болей, снижение толерантности к физической нагрузке и увеличение расхода нитратов – это признаки нестабильной (прогрессирующей) стенокардии, требовавшей госпитализации и активного лечения, что не было сделано врачом. Кроме того, нитросорбид и триметазидин не влияют на прогноз больных стенокардией, то есть пациент фактически не получал базисную терапию стенокардии.

4. Антиагреганты (аспирин), бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты – пролонгированные для постоянного приема и короткие для купирования приступов, статины, диуретики.
5. Пациента следует направить на коронарографию для решения вопроса о возможности оперативной коррекции имеющихся стенозов коронарных артерий (ангиопластика со стентированием или коронарное шунтирование).

Задача № 2

Больной Ф., 64 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянный кашель с отделением за сутки до ¼ стакана мокроты, повышенную утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела, снижение аппетита.

Данные анамнеза: в течение 25 лет работал кочегаром заводской котельной до 60-летнего возраста, когда был переведен на работу вахтёром. Курит с 16 лет до настоящего времени по 20-25 папирос в день. Алкоголь употребляет умеренно. В 18-летнем возрасте перенес правосторонний плеврит, в 45-летнем очаговую пневмонию.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Несколько пониженного питания, кожные покровы бледные, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Температура тела 37,7° С. Периферических отёков нет. ЧД 26 в мин. Дыхательные экскурсии лёгких несколько ограничены, фаза выдоха удлинена, нижние границы на вдохе и выдохе (плюс/минус) 2 см. При перкуссии – лёгочный звук с коробочным оттенком, притупление в нижних отделах с обеих сторон. При аускультации над легкими везикулярное дыхание ослаблено, множественные разнокалиберные сухие хрипы по всем легочным полям. Пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Клинический анализ крови: эритроциты 4,2х10¹²/л; Нв 128 г/л; цв.п. 0,9, лейкоциты 8,5х10⁹/л; п/я – 6%; с/я – 66%; л – 21%; м – 7%; СОЭ 32 мм/час.

Функция внешнего дыхания: ОФВ₁ составляет 45% от должного.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. По каким основным показателям функции внешнего дыхания нужно судить о степени тяжести заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика при обострении данной патологии?
4. Назовите основные направления лечения заболевания в период обострения и дайте примеры лекарственных препаратов.
5. Перечислите возможные осложнения заболевания.
Укажите мероприятия вторичной профилактики этого заболевания.

Ответы к задаче № 2

1. Диагноз: Хроническая обструктивная болезнь лёгких (хронический обструктивный бронхит и эмфизема лёгких), средней степени тяжести. Обострение. ЛН II ст.
2. Рентгенография легких, бронхоскопия, анализы мокроты общий, на МБТ, атипические клетки; лейкоформулу; посев мокроты на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

О степени тяжести заболевания нужно судить по показателям ОФВ₁. Тяжесть ХОБЛ по ОФВ₁:

- 1) лёгкая 60 - 70% от должных величин;
- 2) средняя 40 - 59%;
- 3) тяжёлая < 40%.

3. Дифференциальная диагностика при обострении данного заболевания должна проводиться с: пневмонией, тромбоэмболией лёгочной артерии, бронхиальной астмой, туберкулёзом легких, опухолью легкого.
4. Основные направления лечения в периоде обострения:

- ликвидация воспалительного процесса в бронхах:
 - 1) антибактериальные препараты: амоксициллин, цефалоспорины; фторхинолоны (ципрофлоксацин или респираторные: левофлоксацин, моксифлоксацин) или «новые» макролиды (азитромицин, кларитромицин);
 - 2) ингаляционные глюкокортикоиды: бекламетазон или флутиказон;
- восстановление бронхиальной проходимости:
 - 1) бронходилатационная терапия: (ингаляции бетаадреностимуляторов, М - холиноблокаторов или их комбинации, при необходимости через небулайзер; метилксантины – эуфиллин внутривенно);
 - 2) муколитики и отхаркивающие препараты: амброксол, ацетилцистеин;
 - 3) дыхательная и дренажная гимнастика.
- коррекция дыхательной недостаточности: оксигенотерапия, неинвазивная вспомогательная ИВЛ.

5. Возможные осложнения заболевания: вторичная полицитемия, хроническая дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, хроническое легочное сердце, спонтанный пневмоторакс.

Главное условие для профилактики – ранняя диагностика заболевания и устранение факторов риска. Особое место занимают отказ от курения и профилактика инфекционных заболеваний дыхательных путей. Больной должен состоять на диспансерном учете у участкового терапевта или пульмонолога.

Критерии оценки первого этапа дифференцированного зачета – практических навыков курации:

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

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

Критерии оценки второго этапа дифференцированного зачета (тестовый контроль):

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

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

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

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

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

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

«отлично» – если дан правильный и полный ответ;

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

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

«неудовлетворительно» – если дан неправильный ответ.

Критерии итоговой оценки за дифференцированный зачет:

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

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

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

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

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

а). Основная литература:

1. Внутренние болезни [Текст] : учебник в 2-х т. / ред. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. – 3 изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – Т. 1. – 960 с. с ил.; Т. 2. – 896 с. + CD.
2. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст] : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа – 2017. – 764 с.

Электронные ресурсы:

1. Внутренние болезни : Том 1 [Электронный ресурс]: учебник : в 2 т. / Под ред. Моисеева В.С., Мартынова А.И., Мухина Н.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. <http://client.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453148.html>
2. База медицинских знаний Хеликс - <https://helix.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ: https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend
4. Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.
5. «Дифференциальная диагностика болезней сердечно-сосудистой системы» - Алексеев Д.В., Школовой С.В. // Учебно-методическое пособие. - 2021.
6. Лекции в СДО Moodle (протоколы ЦКМС № 7 от 29 апреля 2021 и № 8 от 10 июня 2021) – всего 20 лекций.

б) Дополнительная литература:

Электрокардиография: учебн. пособие / В.В.Мурашко, А.В.Струтынский. — 13-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 320 с.: ил. ISBN 978-5-00030-387-0

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

Электронные ресурсы

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

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

Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся

Электронный ресурс:

1. Основные классификации внутренних болезней: учебное пособие / авт.-соавт: Л.Е.Смирнова [и др.] под ред. Л.Е.Смирновой.— Тверь, ред.-изд. Центр Твер. Гом мед.ун-та, 2019.— Электронный ресурс.
2. Смирнова Л.Е., Алексеев Д.В., Яковлева М.В., История болезни и кураторский лист в терапевтическом стационаре: учебно-методическое пособие для студентов IV-V курсов, обучающихся по специальности «Педиатрия» (31.05.02) по дисциплинам

«Факультетская терапия» и «Госпитальная терапия»; под ред. Л.Е.Смирновой – Тверь, 2018.– 39 С.

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

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

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

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

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

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

- 1.Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская

гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.

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

VI. Научно-исследовательская работа студента

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

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины
Приложение № 3

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

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

ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.

ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.

ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины)

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора
из предложенных**

Укажите правильный ответ и обоснуйте его.

Задание 1

Диагностическим признаком обратимости бронхиальной обструкции является

1. снижение объема форсированного выдоха за первую секунду
2. снижение индекса Тиффно
3. положительная проба с физической нагрузкой
4. положительная проба с бронхолитиком

Ответ: 4

Обоснование: Если степень обструкции уменьшается от медикаментозного воздействия, значит она является потенциально обратимой

Задание 2

Наиболее информативным методом диагностики стенокардии Принцметала является

- 1) проба с физической нагрузкой
- 2) холтеровское мониторирование
- 3) чреспищеводная электрокардиостимуляция
- 4) проба с введением аденоблокаторов

Ответ: 2

Обоснование: стенокардия Принцметала является вазоспастической, без явной связи с физической нагрузкой и возникает преимущественно во время ночного сна.

Задание 3

Укажите ЭКГ- отведения, в которых наблюдается элевация сегмента ST при задне-диафрагмальной локализации инфаркта миокарда

- 1) V1-V3
- 2) V5-V6
- 3) V3-V6
- 4) II, III, aVF
- 5) I, aVL, V1-V6

Ответ: 4

Обоснование: эти отведения имеют общий электрод (на левой ноге) и поэтому отражают состояние преимущественно нижней (задне-диафрагмальной) стенки сердца.

Задание 4

Укажите основные механизмы формирования анемии при ХПН

5. дефицит железа и фолиевой кислоты
6. нарушение целостности эритроцитов, гемолиз
7. постоянная микрогематурия, эпизоды макрогематурии
8. снижение инкреции эритропоэтинов почками, токсическое угнетение эритропоэза

Ответ: 4

Обоснование: при ХПН имеется угнетение гемопоэза токсичными азотистыми соединениями. Кроме того, при заболеваниях, сопровождающихся формированием ХПН, страдает инкреторная функция почек, в том числе выработка физиологических стимуляторов костномозгового кроветворения – эритропоэтинов.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие:

«При гемобластозах (лейкозах) возможно развитие следующих проявлений: геморрагический синдром, синдром иммунодефицита, анемический, лейкозноклеточная инфильтрация костного мозга и внутренних органов, нейрорлейкемия, интоксикационный синдром, паранеопластический».

Установите соответствие между причинами и последствиями: к каждой позиции в левом столбце, дайте соответствующую позицию из правого:

Причина		Последствия	
а	Снижение продукции лимфоцитов и выработки антител	1	ДВС-синдром
б	Тромбоцитопения	2	Гастроинтестинальный синдром
в	Нарушения в ферментативной системе гемостаза	3	Иммунодефицит
г	Лейкозноклеточная инфильтрация костного мозга	4	Панцитопения
д	Нарушение синтеза эритроцитов	5	Интоксикация
е	Нарушение барьерной функции кишечника	6	Геморрагии, кровотечения
ж	Активизация инфекции	7	Анемия

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е	ж

Эталон ответа:

а	б	в	г	д	е	ж
3	6	1	4	7	2	5

Задание 2

Сопоставьте авторское название синдрома и его суть:

Причина		Последствия	
а	Синдром Марфана	1	Обменные нарушения, свойственные для гиперкортицизма
б	Синдром Дресслера	2	Дисплазия соединительной ткани

в	Синдром Кушинга	3	Постинфарктный поздний перикардит
г	Синдром Рейно	4	Доброкачественная гипербилирубинемия
д	Синдром Жильбера	5	Вазоспастическое нарушение кровоснабжения конечностей

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д

Эталон ответа:

а	б	в	г	д
2	3	1	5	4

Задание 3

Аускультативные проявления		Причина	
а	Систолический шум во 2 межреберье справа от грудины	1	Недостаточность митрального клапана
б	Диастолический шум	2	Сердечная недостаточность
в	Ритм галопа	3	Стеноз выходного тракта левого желудочка или аортального клапана
г	«Кошачье мурлыканье»	4	Недостаточность клапанов аорты
д	Систолический шум в точке Боткина	5	Митральный стеноз

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д

Эталон ответа:

а	б	в	г	д
3	4	2	5	1

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность гемодинамических нарушений при инфекционном эндокардите с поражением аортального клапана.

1.	Инфекционная деструкция створок аортального клапана
2.	Рефлекс Китаева
3.	Гипертензия в полых венах
4.	Аортальная регургитация
5.	Повышение давления в левых камерах сердца и в легочных венах
6.	Периферические отеки
7.	Легочная артериальная гипертензия

Расположите цифры в последовательности, отражающей очередность описанных нарушений.

--	--	--	--	--	--

Эталон ответа:

1	4	5	2	7	6
---	---	---	---	---	---

Задание 2

Установите последовательность событий при инфаркте миокарда, осложненном отеком легких

1.	Затруднение изгнания крови из левого предсердия в левый желудочек
2.	Пропотевание жидкой части крови в просвет альвеол и дыхательных путей
3.	Снижение суммарной силы сокращений левого желудочка
4.	Ишемический некроз части миокарда левого желудочка
5.	Критическое отставание доставки кислорода от потребностей миокарда
6.	Повышение диастолического давления в левом желудочке
7.	Неполное опорожнение левого желудочка в систолу (снижение фракции выброса)
8.	Повышение давления на путях оттока из легких (в легочных венах, капиллярах)

Расположите цифры согласно очередности описанных явлений.

--	--	--	--	--	--	--	--

Эталон ответа:

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

Задание 3

Установите последовательность нарушений при развитии кардиального цирроза печени.

1.	Повышение давления в системе воротной вены
2.	Формирование застойной («мускатной») печени и паренхиматозной дистрофии
3.	Нарушение оттока крови по печеночным венам
4.	Очаги некроза и фиброза в печени
5.	Центральная венозная гипертензия
6.	Декомпенсация правого или обоих желудочков сердца
7.	Асцит

Расположите цифры в порядке патогенетической очередности событий – «что за чем».

6	5	3	2	4	1	7
---	---	---	---	---	---	---

Задания открытой формы

Дополните.

1. При инфекционном эндокардите на створках пораженных клапанов образуются _____

2. Большая протеинурия характерна для _____ синдрома

3. Постинфарктный поздний перикардит в сочетании с плевритом и пневмонитом составляют по автору синдром _____

4. Элемент ЭКГ, отражающий состояние атриовентрикулярной проводимости - _____

5. Церебральные нарушения, характерные для брадиаритмий при АВ-блокадах высоких степеней _____

Контрольные вопросы и задания

1. Укажите препараты, применяемые при АВ-блокадах, повышающие функцию проводимости в проводящей системе сердца.
2. Назовите основные синдромы в нефрологии.
3. Какие антибиотики относятся к бета-лактамам?
4. Наметьте план обследования для больного, поступившего в палату интенсивной терапии с обширной пневмонией, осложнившейся дыхательной недостаточностью.

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Какие вы знаете основные причины гипопротеинемии?
2. Какие клинические проявления характерны для гипоальбуминемии?

У больного с генерализованными отеками в биохимическом анализе крови общий белок 36 г/л, глобулины преобладают над альбуминами, повышен уровень липопротеидов. В анализе мочи эритроциты 20-40 в п/зр, суточная потеря белка 7 г.

Эталон ответа:

1. Большая потеря белка с почками (гломерулонефрит, амилоидоз, диабетическая нефропатия), нарушение белковосинтетической функции печени (циррозы).
2. У больного нефротический синдром (большая потеря белка с мочой, гипопротеинемия, диспротеинемия, гиперлиппротеинемия, анасарка).

Задание 2

1. Рассчитайте частоту сердечных сокращений (ЧСС) по фрагменту записи ЭКГ.
2. Назовите ритм, который с наибольшей вероятностью соответствует полученным результатам.

На ЭКГ: ритм правильный, расстояние между комплексами одинаковое и равно 15 мм. Скорость записи 50 мм/сек. Зубцов Р на записи не видно.

Эталон ответа:

1. ЧСС = 200 в 1 мин.
2. АВ-узловая реципрокная тахикардия.

Задание 3

1. Укажите ведущие синдромы, определяющие клинику цирроза печени
2. Составьте план обследования при поступлении в стационар

Эталон ответа:

1. Цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности (с интоксикацией и токсической энцефалопатией), геморрагический, отечно-асцитический, гиперспленизм (по результатам клинического анализа крови с подсчетом эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов)

2. План обследования:

1. Клинический анализ крови, тромбоциты
2. Общий анализ мочи
3. HbSAg, aHCV
4. Биохимия крови: глюкоза крови, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок и фракции, холестерин, ЩФ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, калий, натрий, ПТИ, фибриноген, амилаза, ГГТП
5. RW

- 4.ЭКГ
5. УЗИ органов брюшной полости
6. Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)

Ситуационные задачи

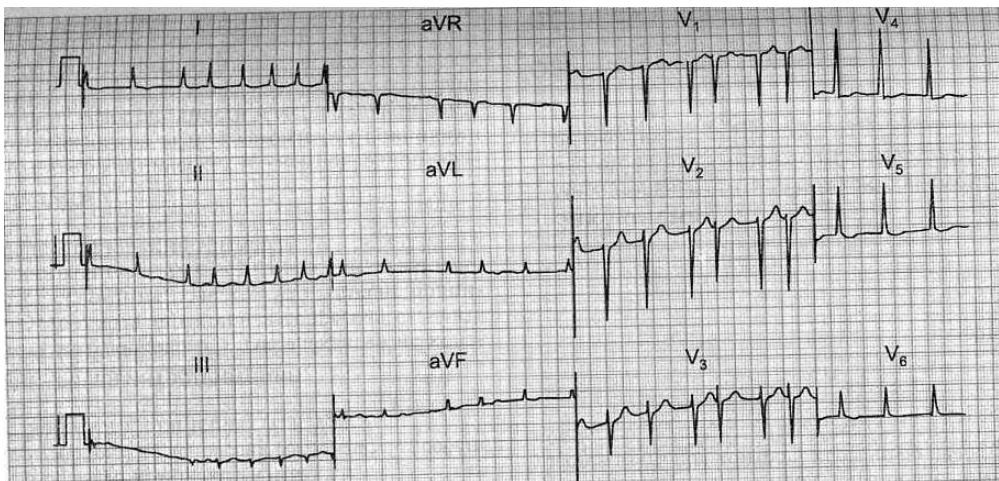
Задача № 1

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

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

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

ЭКГ больной представлена ниже:



Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Укажите клинические варианты данной нозологии.
3. Какие критерии данной нозологии Вы знаете?
4. Какие методы подтверждают этиологический фактор данной патологии?
5. Какие инструментальные методы исследования нужны в данной клинической ситуации?
6. Приведите классификацию антиаритмических препаратов и назовите примеры.

Эталон ответа:

1. Диагноз:

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

Осл: Пароксизм фибрилляции предсердий, тахиформа. ХСН IIА, II функциональный класс.

2. Клинические варианты:

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

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

3. Критерии диагноза ревматической лихорадки (ВОЗ)

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

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

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

Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию

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

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

6. Классификация антиаритмиков:

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

II класс – бета-адреноблокаторы (пропранолол).

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

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

Задача № 2

Больная П., 76 лет.

Жалобы при поступлении: резкая слабость, усталость, головные боли, выраженная одышка при нагрузках, головокружение при вертикализации, сердечный дискомфорт, сердцебиение, эпизоды давящих болей в сердце при нагрузках средней интенсивности (приступы проходят при отдыхе). При расспросе отмечает также тяжесть и чувство переполнения в эпигастрии, тошноту, исчезновение аппетита, прогрессирующее похудание, зябкость.

Из анамнеза: настоящее ухудшение постепенное, в течение последних 2 – 3 месяцев: отмечает прогрессирующую слабость, нарастание одышки, появились эпизоды ортостатического головокружения, ощущение шума в голове, жжение в языке. За последние полгода похудела на 10 кг. По направлению участкового терапевта госпитализирована в терапевтическое отделение.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа сухая, теплая, бледная, патологических элементов и сыпей нет. Конституция нормостеническая, масса тела умеренно избыточна, Визуально одышки в покое нет, выдох не удлинен. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. ЧДД- 18 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание по

всем легочным полям, хрипов нет. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов не слышно, ЧСС=76 в 1 мин., АД= 135/85 мм рт.ст. Язык красный, со сглаженными сосочками, влажный; ангулярный стоматит («заеды»). Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Паранефральные области визуально не изменены, поколачивание по обл. почек безболезненно.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

КЛИНИЧ. АН. КРОВИ	При поступлении	10-й день
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	1,2	2,5
Гемоглобин (г/л)	68	81
ЦП	1,2	0,92
Лейкоциты ($\times 10^9/л$)	3,8	6,5
-эозинофилы (%)	1	1
-палочк. (%)	1	1
-сегм. (%)	61	64
-лимфоциты (%)	35	31
-моноциты (%)	2	3
СОЭ (мм/ч)	50	33
Тромбоциты ($\times 10^9/л$)	102	180
Ретикулоциты (1:1000)		27
Анизоцитоз, пойкилоцитоз, нейтрофилы с гиперсегментированными ядрами		

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ	При поступлении
Мочевина (мкмоль/л)	8
Креатинин (мкмоль/л)	113
Холестерин (ммоль/л)	3,1
Глюкоза (ммоль/л)	5,6
Билирубин Общ (мкм/л)	15,8
Билирубин непрямо (мкм/л)	15,8
АСТ (и/л)	17
АЛТ (и/л)	10
Общий белок сыворотки (г/л)	50
- Альбумины %	38
- Глобулины %	62
Фибриноген (г/л)	3,0
ПТИ (%)	76
Мочевая к-та	443

1. ОАМ: сол/желт., л/мутъ, рН=6,0, у.в. 1010, белок- , сахар- , L 1-3; Эп. пл.ед в п/зр, эр-нет
2. ЭКГ: ритм синусовый, диффузные нарушения реполяризации.
3. УЗИ органов бр. полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почек.
4. ЭГДС: диффузный атрофический гастрит
5. Кал на реакцию Грегерсена – отриц.

Вопросы

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз
2. Перечислите ведущие синдромы, определяющие клинику:

3. Оцените представленные лабораторные и инструментальные данные
4. Укажите возможные осложнения заболевания
5. Какие методы исследования следовало бы провести в дополнение к имеющимся
6. Лечебная тактика.
7. Рекомендации и профилактические мероприятия

Ответы к задаче № 2

Диагноз:

Основной: В12-дефицитная анемия

Осложнения: симптоматическая стенокардия

Сопутствующие: хронический атрофический гастрит.

Ведущие синдромы, определяющие клинику:

- общеанемический симптомокомплекс,
- симптоматическая (анемическая) стенокардия,
- клинические признаки В12-дефицита (специфический глоссит, ангулярный стоматит),
- диспепсия,

Оценка лабораторных и инструментальных данных:

- опережающее снижение количества эритроцитов по сравнению со степенью снижения гемоглобина (гиперхромная анемия),
- сдвиг лейкоцитарной формулы «вправо», ускорение СОЭ,
- дистрофические (анемические) изменения в паренхиматозных органах по данным УЗИ,
- атрофические изменения в желудке по данным ЭГДС.

Возможные осложнения:

Неврологические расстройства (фуникулярный миелоз)

Психические нарушения (деменция)

Дистрофические изменения внутренних органов

Методы исследования в дополнение к имеющимся:

Онкопоиск (желудок, толстый кишечник) – эндоскопические методы, онкомаркеры.

Стернальная пункция (дифференциальный диагноз с эритролейкозом)

Содержание В12 и фолатов в сыворотке крови

Лечебная тактика.

Восполнять дефицит цианкобаламина (витамин В12) и фолатов (фолиевой кислоты и ее солей)

Рекомендации и профилактические мероприятия

Наблюдение терапевта, кардиолога, гематолога

Принимать:

- В12 по 500 мкг х 1 р/нед + фолиевая кислота 5 мг/сут до приемлемых цифр красной крови.
- ферментные препараты во время еды

Прогноз.

При регулярном приеме В12 (и при необходимости фолиевой кислоты) - благоприятный

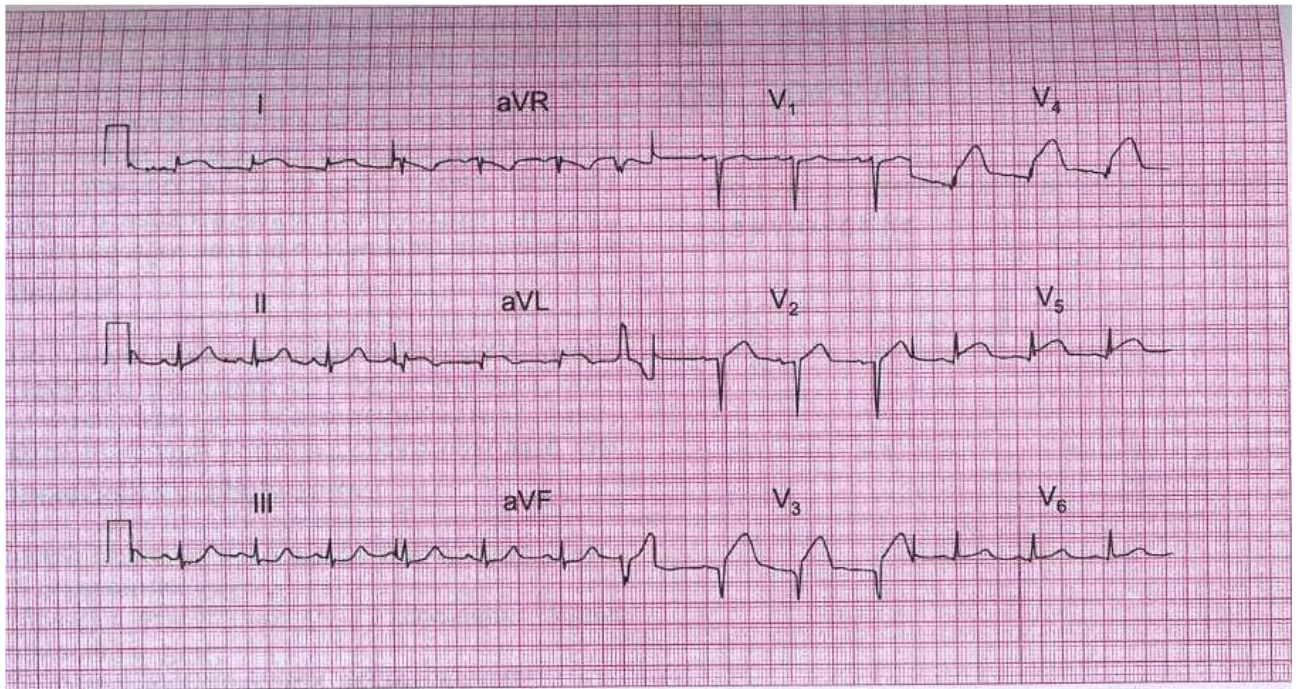
Задача 3.

Больной В., 50 лет,

Жалобы: интенсивная боль за грудиной, удушье.

Из анамнеза: в течение последних 5 лет наблюдается в связи с ИБС, стенокардией 2 функционального класса. Долгое время обходился лишь эпизодическими приемами нитроглицерина при болях, ассоциированных с выполнением умеренно повышенных физических нагрузок (быстрая ходьба, подъем по лестнице и др.). В течение последних 2 недель состояние ухудшилось: приступы участились, загрудинные боли стали возникать при малых нагрузках, при вдыхании холодного воздуха, появились приступы болей по ночам, стал значительно чаще принимать нитропрепараты. К врачу не обращался, рассчитывая справиться с ухудшением с помощью повышенных доз нитроглицерина. Резкое ухудшение самочувствия в течение последних 2 часов: ночью проснулся от интенсивной жгучей боли за грудиной. Несмотря на повторные приемы нитроглицерина, боль не купировалась, появилась выраженная одышка в покое, вызвал бригаду скорой медицинской помощи

Объективно (Осмотр врача скорой помощи): состояние больного тяжелое, лежит с высоко приподнятым изголовьем, цианоз губ; кожа бледно-цианотичная, влажная, прохладная; дыхание хриплое («клокочущее»), частота дыхания 40 в 1 минуту, при аускультации - обильные влажные хрипы по всем легочным полям, при кашле отходит «розовая пена». Пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, тоны сердца плохо выслушиваются из-за хрипов, АД - 125/80 мм рт.ст. ЭКГ больного представлена ниже:



Вопросы:

1. Какой диагноз основного заболевания можно
поставить больному?
2. Укажите возможные осложнения основного заболевания:
3. Каких лабораторных изменений можно ожидать в крови при данной патологии?
4. Укажите основные направления неотложной медицинской помощи.
5. Какие изменения на ЭКГ подтверждают Ваш диагноз?
6. Какие мероприятия показаны для борьбы с осложнением основного заболевания, наблюдающимся у данного больного?
7. Какие другие опасные для жизни осложнения возможны в остром периоде заболевания?

Ответы к задаче № 3

1. Диагноз

Основной: ИБС: Острый инфаркт миокарда, крупноочаговый (трансмуральный), переднебоковой, осложненный

Осложнение: Острая левожелудочковая недостаточность - альвеолярный отек легких.

2. Возможные осложнения основного заболевания:

- кардиогенный шок (рефлекторный, истинный, аритмический);
- нарушения ритма;
- сердечная астма, отёк лёгких (проявление острой левожелудочковой недостаточности); острая аневризма сердца;
- разрывы сердца (наружные и внутренние с перфорацией межжелудочковой перегородки и разрывами сосочковых мышц);
- тромбоэмболические осложнения (в большом и малом круге кровообращения);
- парезы желудка и кишечника,
- эрозивный гастрит с желудочным кровотечением.

3. Каких лабораторных изменений можно ожидать в крови при данной патологии?

- повышение активности трансаминаз (АСТ, АЛТ),
- тропонинов;
- возможен лейкоцитоз.

4. Основные направления неотложной медицинской помощи

- обезболивание с внутривенным применением наркотических анальгетиков,
- оксигенотерапия,
- купирование проявлений острой левожелудочковой сердечной недостаточности,
- срочная госпитализация больного в палату интенсивной терапии специализированного кардиологического сосудистого центра
- мероприятия по восстановлению коронарного кровотока (тромболизис, ангиопластика, стентирование),

5. Какие изменения на ЭКГ подтверждают основной диагноз?

- глубокий зубец Q в отведениях V1 – V4 (комплекс QS)
- с высоким подъемом сегмента ST в отведениях I, avL, V1 – V5
- с дискордантной депрессией ST в отведениях III и avF

6. Какие мероприятия показаны для борьбы с осложнением основного заболевания, наблюдающимся у данного больного?

- возвышенное положение головного конца,
- ингаляция кислорода с этиловым спиртом,
- инфузия раствора нитроглицерина с поляризующей смесью,
- введение диуретиков

7. Другие опасные для жизни осложнения в остром периоде:

- кардиогенный шок (рефлекторный, истинный, аритмический);
- нарушения ритма;

- сердечная астма, отёк лёгких (проявление острой левожелудочковой недостаточности);
- острая аневризма сердца;
- разрывы сердца (в том числе перфорация межжелудочковой перегородки и разрывы сосочковых мышц);
- тромбоэмболические осложнения (в большом и малом круге кровообращения);
- парез желудка и кишечника,
- эрозивный гастрит с желудочным кровотечением.

ОПК-7

Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний

ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Укажите правильный ответ и обоснуйте его.

Задание 1

К гипотензивным препаратам, блокирующим ангиотензиновые рецепторы, относятся

- 1) сартаны
- 2) антагонисты кальция
- 3) сердечные гликозиды
- 4) бета-адреноблокаторы
- 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Ответ: 1

Обоснование: если в патогенезе АГ принимает участие активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), для снижения уровня АД могут использоваться блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА) – сартаны.

Задание 2

Средства, уменьшающие объем венозного возврата к сердцу при отеке легких

- 1) адреналин
- 2) нитропрепараты
- 3) атропин
- 4) дигоксин
- 5) кофеин

Ответ: 2

Обоснование: нитропрепараты являются венозными вазодилататорами и позволяют уменьшить венозный возврат к сердцу за счет депонирования части крови в расширенных венах. Тем самым снимается объемная нагрузка с миокарда и уменьшается объем крови, которую правый желудочек нагнетает в легкие. В результате, переполненность капиллярного русла в легких снижается, что позволяет купировать отек легких.

Задание 3

Каких принципов следует придерживаться при назначении глюкокортикоидов

- 1) постепенное длительное увеличение дозы, чтобы больной успел адаптироваться
- 2) сразу установить стандартную дозу на постоянный прием
- 3) в начале лечения дать дозу, обеспечивающую быстрый эффект с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей или вплоть до полной отмены
- 4) постоянно принимать эти препараты нельзя, только симптоматически «по потребности»

Ответ: 3

Обоснование: в начале лечения нужно поскорее снять остроту клинических проявлений, и поэтому начинаем с дозы, гарантированно дающей эффект. Затем начинается плановое, примерно 1 раз в 5 дней, уменьшение дозы. При этом ведется наблюдение на предмет «синдрома отмены» - не будет ли возврата симптоматики. Если повторные попытки снизить дозу сопровождаются возвратом симптомов болезни, – требуется возврат на минимальную эффективную дозу, и эта доза будет считаться поддерживающей.

Задание 4

Особенности болей в грудной клетке при крупозной пневмонии

1. сжимающие, связаны с физическими нагрузками
2. постоянные, усиливаются при натуживании
3. интенсивные загрудинные боли, иррадиирующие в левую руку, надплечье, шею
4. боли ноющие, постоянные, не зависящие от чего-либо
5. интенсивность болей переменна, связана с дыханием и положением тела

Ответ: 5

Обоснование: при крупозной пневмонии в процесс вовлекается окутывающая пораженную долю висцеральная плевро, которая имеет нервные чувствительные окончания. Дыхательная экскурсия легких, а также повороты тела, вызывают трение воспаленной плевро и раздражение болевых рецепторов. В связи с этим пациент старается ограничить амплитуду дыхания и принять позу, уменьшающую глубину вдоха (на больном боку).

Задание 5

Для больных с обострением бронхоэктатической болезни характерен кашель

1. лающий
2. усиливающийся вечером
3. ночной
4. утренний с выделением большого количества гнойной мокроты
5. с выделением "ржавой" мокроты

Ответ: 4

Обоснование: при бронхоэктатической болезни в бронхах образуются участки расширения (мешотчатые, веретеновидные или цилиндрические). В этих расширениях нарушается дренажная функция бронхов, и создаются условия для персистирования инфекции. Бронхоэктазы становятся очагами – источниками постоянной гнойной интоксикации. Во время сна в бронхоэктазах происходит накопление слизисто-гнойного экссудата. Утром на фоне двигательной активности пациента экссудат начинает отходить с кашлем («утренний туалет бронхов»).

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие:

У больного после стрептококковой инфекции развился острый гломерулонефрит с высокой артериальной гипертензией, приведшей к острой левожелудочковой недостаточности (альвеолярный отек легких с тяжелой дыхательной недостаточностью).

Установите соответствие между целями лечения и мероприятиями.

Цели		Лечебные мероприятия	
а	Снизить артериальное давление	1	Ингаляция кислорода со спиртом
б	Уменьшить объем венозного возврата	2	Внутривенное введение альфа-адреноблокаторов
в	Снять перевозбуждение дыхательного центра	3	Оксигенотерапия
г	Компенсация дыхательной недостаточности	4	Внутривенное введение морфина
д	Пеногашение	5	Внутривенное введение диуретиков

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д

Эталон ответа:

а	б	в	г	д
2	5	4	3	1

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие:

Сопоставьте названия препаратов и их возможные осложнения

Причина		Последствия	
а	Антибиотики	1	Бронхоспазм, брадикардия
б	Глюкокортикоиды	2	Интоксикация, аритмии
в	Сердечные гликозиды	3	Иммунодефицит, геморрагии
г	Цитостатики	4	Кушингоидный синдром
д	Бета-адреноблокаторы	5	Нарушение микробиоценоза кишечника, кандидоз

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д

Эталон ответа:

а	б	в	г	д
5	4	2	3	1

Задание 3

Сопоставьте названия изменений с названиями препаратов, которые их могут вызвать

Причина		Последствия	
а	Снижение артериального давления	1	Антикоагулянты

б	Увеличение уровня глюкозы крови	2	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
в	Замедления АВ-проводимости	3	Цитостатики
г	Иммунодефицит	4	Бета-адреноблокаторы
д	Геморрагии	5	Глюкокортикоидные гормоны

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д

Эталон ответа

а	б	в	г	д
2	5	4	3	1

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность развития нарушений при алкогольном циррозе печени.

1.	Портальная гипертензия, расширение порто-кавальных анастомозов
2.	Действие токсиканта (острое или хроническое)
3.	Дистрофия и некрозы по ходу внутрипеченочных разветвлений воротной вены
4.	Появление очагов регенерации, приводящей к появлению новых очагов некроза и склерозирования
5.	Склерозирование и расстройство функций печени
6.	Асцит

Расположите цифры в последовательности, отражающей очередность описанных явлений.

--	--	--	--	--	--

Эталон ответа:

2	3	5	4	1	6
---	---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность развития гемодинамических нарушений при крупноочаговом инфаркте миокарда

1.	Повышение давления в легочных венах и капиллярах
2.	Ослабление суммарной силы левого желудочка
3.	Кардиальная астма, альвеолярный отек легких
4.	Появление очага ишемического некроза в миокарде левого желудочка
5.	Затруднение работы левого предсердия, его переполнение
6.	Уменьшение фракции выброса левого желудочка

Расположите цифры в последовательности, отражающей очередность описанных явлений. нарушений.

4	2	6	5	1	3
---	---	---	---	---	---

Задание 3

Прочитайте текст и установите последовательность, приводящую к пернициозной анемии

1.	Недостаточная стимуляция ДНК-зависимых процессов (размножение клеток).
2.	Угнетение скорости деления клеток (кровь, эпителий ЖКТ, сперматогенез)
3.	Нарушение продукции «внутреннего фактора Касла»
4.	Уменьшение количества клеток крови в единице объема
5.	Атрофический гастрит
6.	Неусвоение экзогенного цианкобаламина.

Расположите цифры в последовательности, отражающей очередность описанных явлений. нарушений.

5	3	6	1	2	4
---	---	---	---	---	---

Задания открытой формы

Дополните.

1. При микоплазменной пневмонии наиболее эффективными антибиотиками являются _____
2. При излишне быстром внутривенном введении наркотических анальгетиков может наступить опасное осложнение - _____
3. У пациента после антибиотикотерапии цефтриаксоном развился клостридиальный псевдомембранозный колит. Раствор ванкомицина для инъекций в этом случае следует применять _____
4. У больных с обструктивной легочной патологией назначение бета-адреноблокаторов может привести к _____
5. В состав поляризующей смеси входят: _____

Контрольные вопросы и задания

1. Укажите препараты, применяемые при шоковой гемодинамике и обоснуйте их применение.
2. Какие возможны причины опасных для жизни брадикардий и что нужно делать, чтобы их купировать?
3. Расскажите алгоритм действий при внезапной остановке кровообращения
4. Составьте лист назначений для больного, поступившего в палату интенсивной терапии с 1 стадией астматического статуса.
5. Может ли тромб из глубоких вен голени вызвать эмболию сосудов головного мозга и стать причиной ишемического инсульта?

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Ваши предположения о возможных причинах состоянии больного и
2. Что следует делать.

У больного с интенсивным болевым синдромом с загрудинной локализацией боли АД снизилось до 80/40 мм рт.ст. Резкая слабость, одышка. На ЭКГ тахикардия до 160 в 1 мин, ЭКГ деформирована, комплексы широкие, напоминают синусоиду, разглядеть зубцы и оценить степень подъема ST не представляется возможным. В крови высокий уровень тропонинов.

Эталон ответа:

1. У больного наиболее вероятен острый ИМ, осложнившийся желудочковым пароксизмом.

2. Необходимо срочное купирование боли и восстановление ритма. Учитывая падение гемодинамики, оптимальный способ – электроимпульсная терапия с последующим ЭКГ-контролем и мерами по стабилизации восстановленного ритма сердца.

Задание 2

1. Составьте примерный лист назначений для больного с крупозной пневмококковой пневмонией, осложненной дыхательной недостаточностью, соблюдая следующие позиции:

- антибиотикотерапия
- борьба с интоксикацией
- купирование дыхательной недостаточности
- борьба с общевоспалительными проявлениями, симптоматическая терапия
- профилактика возможных осложнений

Эталон ответа:

1. цефтриаксон 1,0 х 2 в/в (например)
2. раствор Рингера 500,0 в/в, поляризующая смесь, 500,0 в/в, полиглюкин 400,0
3. оксигенотерапия (увлажненный кислород)
4. Парацетамол в/в кап по 10,0 мл

Задание 3

1. Нарисуйте схему устройства желчевыделительной системы человека и пользуясь ею ответьте на следующие вопросы:

- будет ли развиваться обтурационная желтуха при вклинении конкремента в просвет пузырного протока?
- будет ли развиваться обтурационная желтуха при опухоли головки поджелудочной железы?
- при какой локализации конкремента в билиарной системе может развиваться аутолиз поджелудочной железы?

Эталон ответа:

1. Нет, не будет. Конкремент в пузырном протоке не будет мешать оттоку желчи от печени по магистральным билиарным сосудам.

2. Да, будет. Хоledох перед впадением в 12-перстную кишку проходит через головку поджелудочной железы. Поэтому уплотнение головки pancreas вызовет его сдавление и нарушение оттока желчи от печени.

3. Вклинение конкремента в сфинктер Одди вызовет заброс желчи в Вирсунгов проток поджелудочной железы, что вызовет внутрипанкреатическую активизацию ферментов и аутолиз pancreas.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Жалобы: Больная В., 36 лет, обратилась в связи с учащением приступов удушья с сильным сухим кашлем и хриплым дыханием.

В анамнезе: болеет с 6-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья. В периоды обострения по потребности пользуется ингаляционными препаратами (сальбутамол, беротек). В 11-летнем возрасте обследовалась у аллерголога, выявлена гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли, пчелиному меду, цитрусовым фруктам, красной рыбе. Дважды переносила отеки Квинке. По поводу полипозной риносинусопатии и аллергического риноконъюнктивита наблюдалась у ЛОР-врача, перенесла полипотомию и конхотомию. С 17-летнего возраста приступы удушья стали редкими, однако, после рождения ребенка в возрасте 32 лет

участились до 1-2 раз в неделю. Последние 4 дня приступы до 6-8 раз в сутки, чаще в ночные часы (купирует сальбутамолом).

Объективно: При осмотре состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, небольшая одутловатость лица, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, осиплость голоса, дистанционные сухие хрипы. Грудная клетка эмфизематозна. Выдох удлинен. Зев умеренно гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., ЧСС-110 уд/мин., АД 125/85 мм рт.ст. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации по всем легочным полям выслушиваются рассеянные сухие хрипы - жужжащие на вдохе и высокочастотные (свистящие) на удлиненном выдохе. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона во 2 межреберье левее грудины, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Область почек без особенностей, поколачивание безболезненно. Отеков на голенях нет.

Вопросы:

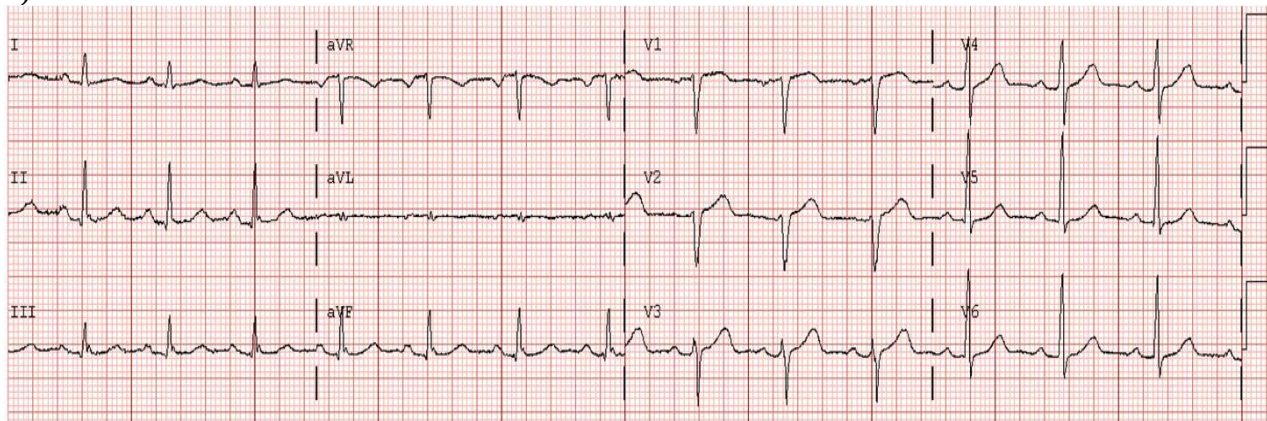
8. Ваш предварительный диагноз.
9. Перечислите ведущие синдромы, определяющие клинику:
10. С какими заболеваниями, по Вашему мнению, следует провести дифференциальную диагностику?
11. Составьте и обоснуйте план дальнейшего лабораторно-инструментального обследования.

После получения данных дополнительных методов исследования:

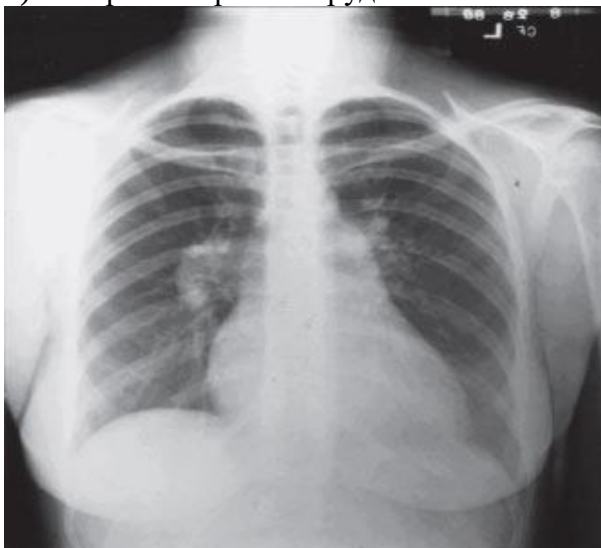
12. Оцените данные дополнительных методов исследования
13. Каких специалистов Вы будете привлекать в качестве консультантов и какие конкретные задачи Вы перед ними поставите?
14. Ваш клинический диагноз
15. Лечебная тактика
16. Возможные осложнения болезни и риски проводимого лечения
17. Рекомендации и профилактические мероприятия

Лабораторные и инструментальные данные:

- 1) **Ан. крови клинич.:** Эр.- $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв 133 г/л, ц.п. 0,9; L $8,4 \times 10^9/л$; э-23, п-4, с-52, л-18, м-3, СОЭ 8 мм/час, Тромбоц. $218 \times 10^9/л$;
- 2) **Ан. мочи общий:** желт., л/мут, кис., у.в.1020, белок-нет, сахар-нет, Эр 0-1, Лейк 1-2, Эп. пл. – ед.
- 3) **Биохимия крови:** Мочевина 7,9 ммоль/л; Креатинин 77 ммоль/л; Холестерин 4,8 ммоль/л; Билирубин: общий 12,4 мкм/л, прямой - нет; АСТ 18 и/л; АЛТ 20 и/л; общий белок. 68,8 г/л; К – 5,0 ммоль/л; Na 140 ммоль/л; Ca - 2,2 ммоль/л; Cl 101 ммоль/л; Фибриноген 2,4; ПТИ 92%,
- 4) $SpO_2 = 98\%$,
- 5) ЭКГ:



6) R-грамма органов грудной клетки:



7) ФВД: Спирометрический бронходилатационный тест с ингаляцией 2-х доз сальбутамола:

- ОФВ₁ исходно: 28% от должного,
- ОФВ₁ через 20 мин. после пробы= 73% от должного (прирост = 45%).

8) Содержание IgE в сыворотке крови >150 МЕ (при норме до 100 МЕ).

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, атопическая
2. Перечислите ведущие синдромы, определяющие клинику Бронхообструктивный, ДН, поливалентная аллергия.
3. Составьте и обоснуйте план дальнейшего лабораторно-инструментального обследования.

Анализы клинического минимума:

- КАК
 - ОАМ
 - Биохимия крови: мочевина, креатинин, холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок (+альбумины, глобулины), эл-литы (K⁺, Na⁺, Ca²⁺), ПТИ
 - RW
 - ЭКГ
 - УЗИ брюшной полости и почек
 - Р-графия органов грудной клетки
 - ФВД (+бронходилатационная проба)
 - SpO₂ = 98%,
 - Содержание IgE в сыворотке крови
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
 - ХОБЛ
 - Пневмония
 - Туберкулез
 - Кардиальная астма
 - Некоторые системные ANCA-васкулиты (эозинофильный ангиит Черджа-Стросс, узелковый полиартериит)

После получения данных дополнительных методов исследования:

5. Оцените данные дополнительных методов исследования
 - высокий процент эозинофилов в крови говорит об алергизации

- высокий прирост ОФВ1 от сальбутамола – об обратимости обструкции
6. Консультации каких специалистов вам потребуются и какие конкретные задачи Вы поставите перед консультантами?
 - Аллерголог - пульмонолог
 7. Ваш клинический диагноз
 - Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая среднетяжелая, обострение, неконтролируемое течение
 8. Лечебная тактика
 Купировать обострение аллергического воспаления и отека слизистой (ГКС), бронходилатация (бета-2-агонисты, холинолитики, метилксантины, ингаляционный фuroсемид, ГКС), борьба с экспираторным закрытием дыхательных путей (ЭЗДП), восстановление реологических свойств мокроты (гидратация – низкомолекулярные изотонические солевые растворы, 1% гидрокарбонат натрия, муколитики (амброксол, ацетилцистеин), восстановление газообмена (оксигенотерапия), коррекция метаболических и полиорганных нарушений (полиионные растворы, глюкоза, полиаризующие смеси).
 9. Возможные осложнения болезни и риски проводимого лечения
 Астматический статус, ОДН тяжелой степени, гипоксемическая кома, остановка дыхания. Лекарственная зависимость (от ГКС), чрезмерная адреностимуляция бета-агонистами, кардиотоксический эффект,
 10. Рекомендации и профилактические мероприятия.
 Наблюдение, избегание контакта с аллергенами, дисциплинированное выполнение врачебных назначений. По показаниям – курс терапии генно-инженерными препаратами – антагонистами IgE (омализумаб).

Ситуационная задача № 2

Больной О, 50 лет, поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы при поступлении: сильная одышка, особенно при нагрузках, часто с хрипами в груди и малопродуктивным кашлем, слабость, сонливость, Дискомфорт, давящие боли в области сердца и сердцебиение при нагрузках, подъемы АД с головными болями. При расспросе дает также указания на выраженные отеки голеней, боли в коленных суставах – больше слева, их отечность и деформацию с ограничением объема доступных движений;

An.morbi: Много лет наблюдается по гипертонической болезни, лечение долгое время было бессистемным: при подъемах АД с головными болями и сердечными жалобами симптоматически принимал различные анальгетики и гипотензивные. В связи с АГ пользуется ИАПФ, антагонистами кальция. Адаптирован к АД 160-170/100-110 мм рт.ст..

An.vitae: Много лет ожирение; в течение последних 5 лет по амб.карте артроз коленных суставов 3-4 ст., со слов находили хронический бронхит. С февраля 2015 лечится (в основном по поводу артроза); после снижения веса по заключению ортопеда возможно протезирование коленных суставов. Желтуху, Тbc, вен.заболевания, аллергические реакции отрицает,

Объективно: Общее сост. удовлетворительное, передвигается с видимой одышкой и хромотой. Активен, контактен, адекватен. Конституция гиперстеническая, питание резко избыточное (точно вес определить невозможно), без кушингоидизации, стрий нет. Кожа обычных свойств. Резко деформированы коленные суставы, движения в них ограничены, при пальпации умеренно болезненные, припухшие. Грудная клетка расширена, одышка без участия вспомогательной мускулатуры. В легких негромкие необильные высокотональные сухие рассеянные хрипы, преимущественно на выдохе, везикулярное дыхание равномерно ослаблено, выдох немного удлинен. Местами пневмосклеротическая крепитация, ЧД=20-22 в 1 мин., Тоны сердца аритмичны за счет э/с, приглушены, ЧСС=92 в 1 мин., АД= 180/100 мм рт.ст., живот значительно увеличен в объеме, мягкий, б/б,

размеры печени определить не удастся, паранефральные обл. безболезненны. Отеки: увеличение живота за счет асцита, отеки на передней брюшной стенке («апельсиновая корка»), конечностях: на голенях и стопах отеки с трофическими изменениями, плотноватые, холодные на ощупь.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите ведущие синдромы, определяющие клинику:
3. Составьте и обоснуйте план дальнейшего лабораторно-инструментального обследования.

После составления плана дальнейшего лабораторно-инструментального обследования студент получает данные дополнительных методов исследования и отвечает на следующие вопросы:

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Оцените данные дополнительных методов исследования
6. Консультации каких специалистов вам потребуются и какие конкретные задачи Вы поставите перед консультантами?
7. Ваш клинический диагноз
8. Возможные осложнения и лечебная тактика .
9. Рекомендации и профилактические мероприятия

Данные лабораторных и инструментальных исследований к задаче № 3:

КЛИН. АН. КРОВИ	
Эритроциты($\times 10^{12}/л$)	4,5
Гемоглобин (г/л)	143
ЦП	0,95
Лейкоциты ($\times 10^9/л$)	7,5
-эозинофилы (%)	1
-палочк. (%)	3
-сегм. (%)	63
-лимфоциты (%)	30
-моноциты (%)	3
СОЭ (мм/ч)	15

1. RW: отриц.
2. Сахар крови 5,0 ммоль/л
3. Ан. мочи общий: нас/желт., мутн, рН-5,5, у.в. 1015, белок – 0,066%, сахар - нет, L 6-8; Эп. .пл.ед в п/зр, эр-нет. Ураты++;
4. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, признаки увеличения ЛП.
5. Рентген. обследование: ФЛГ орг.

гр.клетки: легкие эмфизематозны, без очаговых и инфильтративных теней; признаки венозного застоя в нижних долях с обеих сторон. Рисунок диффузно деформирован за счет фиброза, плотные корни. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов.

6. УЗИ бр. полости: Гепатомегалия. Диффузные изменения структуры печени (жировой гепатоз с фиброзными изменениями). УЗ-признаки хронического холецистита, диффузные изменения структуры pancreas, паренхимы почек

БИОХИМ. АН. КРОВИ	
Мочевина (N – до 8,3 ммоль/л)	8,6
Креатинин (N 70,7 – 123,0 ммоль/л)	79,9
Холестерин (N 3,3 – 6,5 ммоль/л)	9,4
Билирубин Общ (N 8,5 – 20,5 мкм/л)	12,2
Билирубин непрям (мкм/л)	12,2
АСТ (до 37 и/л)	21
АЛТ (до 42 и/л)	11
Общий белок сыв. (N 60 – 85 г/л)	50
Эл-литы: - К (3,6 – 5,5 ммоль/л)	3,6
- Na (136 – 145 ммоль/л)	139
- Ca (2,0 – 2,6 ммоль/л)	2,5
ЛПВП (N муж 0,9-1,8; жен 1,0-2,1 ммоль/л)	3,0
ЛПНП (N 1,68 – 4,53 ммоль/л)	4,5
ТГ (N 1,2 – 2,29 ммоль/л)	1,53
ЩФ (N до 306 Е/л)	116
РФ (N до 8 МЕ/л)	Отр
Мочевая к-та(Ж.142-339; М.202-416 мкм/л)	394,5

Ответы к ситуационной задаче № 2

Предварительный диагноз.

Основной: гипертоническая болезнь III стад. артериальная гипертония 3 ст., риск 4 (очень высокий)

Осложнения: НК 2 б.

Сопутств: деформирующий остеоартроз: двусторонний гонартроз (слева 4 ст., справа 3 ст). ожирение экзогенно-конституциональное 3 ст, синдром Пиквика, ХЛС. ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) среднетяжелого течения, вне обострение (J44.8); ЛН II; ИБС: стенокардия напряжения II-III ф.к.

Ведущие синдромы, определяющие клинику:

- гипертонический
- стенокардия,
- синдром хронической сердечной недостаточности,
- дыхательная недостаточность (гиповентиляция при ожирении и в связи с бронхиальной обструкцией ХОБЛ, одышка как проявление перегрузки ЛЖ от длительно существующей АГ)
- суставной синдром

План лабораторно-инструментального обследования.

Клинич. Анализ крови

1. БИОХИМИЯ КРОВИ: Мочевина, креатинин, холестерин, билирубин (общ., прям., непрямы.), АСТ, АЛТ, общий белок (+альбумины, глобулины), эл-литы (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Cl^-), ЛПВП, ЛПНП, ТГ, фибриноген, ПТИ, ЩФ,
2. RW.
3. Сахар крови
4. Ан. мочи общий
5. ЭКГ
6. Рентген. обследование орг.гр.клетки.
7. УЗИ бр. полости

Дифференциальная диагностика

- С заболеваниями, сопровождающимися формированием застойной сердечной недостаточности (ИБС, КМП, клапанные нарушения, дистрофии миокарда)

Данные дополнительных методов исследования – см.

Консультации специалистов:

- окулист (осмотр глазного дна)
- ревматолог (подготовка к протезированию пораженных суставов)
- кардиолог (+ ЭХО-КГ)

Клинический диагноз

Основной: гипертоническая болезнь III стад. артериальная гипертония 3 ст., риск 4 (очень высокий)

Осложнения: НК 2 б.

Сопутств: деформирующий остеоартроз: двусторонний гонартроз (слева 4 ст., справа 3 ст). ожирение экзогенно-конституциональное 3 ст, синдром Пиквика, ХЛС. ХОБЛ

(хроническая обструктивная болезнь легких) среднетяжелого течения, вне обострение (J44.8); ЛН II; ИБС: стенокардия напряжения II-III ф.к.

Лечебная тактика. Режим 3, стол 10; ИАПФ (и при необходимости гипотензивные препараты других групп), диуретики, улучшение реологии крови (антиагреганты и ангиопротекторы), хондропротекторы и симптоматические средства, (Эналаприл (энап) по 20 мг х 2, тромбо-асс 1 т х 1; фуросемид по 2 табл (80 мг) (утром); кеторол 2,0 в/м; амлодипин 10 мг х 1 н/н.

Рекомендации и профилактические мероприятия

Наблюдение терапевта, кардиолога, ортопеда. Диета с ограничением соли и калоража. Ограничение функциональной нагрузки на позвоночник и суставы. Контроль АД, массы тела.

Принимать (например): Эналаприл (энап) по 20 мг х 2, тромбо-асс 1 т х 1; фуросемид по 2 табл (80 мг) (утром; амлодипин 10 мг х 1 н/н. Верошпирон 100 мг х 1 (у).

Пройти ЭХО-КГ с определением уровня систолического АД в легочной артерии (исключить ЛАГ и ГПЖ при синдроме Пиквика).

Пройти МСЭК: имеются признаки снижения трудоспособности в связи с в сердечно-сосудистой патологией с недостаточностью кровообращения по обоим кругам кровообращения (при ГБ III ст., ожирении 3 ст).

Ситуационная задача № 3

Больной Р., 58 лет, поступил в терапевтическое отделение

Жалобы на слабость, потливость, одышку с чувством хрипов в груди, при физической нагрузке, сухой кашель, бывают повышения температуры.

Анамнез заболевания: Неоднократно болел «простудными» заболеваниями с затяжным течением. Постепенно стала нарастать одышка. Более 10 лет наблюдается у пульмонолога, однако, несмотря на лечение полного регресса симптоматики не наблюдается: остается одышка с чувством хрипов и свиста в груди, с трудом отходит вязкая скудная мокрота. Больной регулярно пользуется ингаляторами - беродуал (дозированный ингалятор и небулайзер) по потребности, раньше пользовался симбикортом, последнее время оставил без видимой причины. Последняя госпитализация в аллерго-пульмонологическое отделение ОКБ около года назад, тогда применялся Сальметерол/Флутиказон (25/250 мкг) по 2 инг х 2 р/сут.+ Беродуал по потребности. Настоящее ухудшение в течение месяца: усилилась одышка, временами доходит до степени удушья, появилась потливость, т не измерял.

Анамнез жизни: Наследственность без особенностей. Туберкулез, сахарный диабет, вирусный гепатит, отрицает. Ранее курил в течение 25 лет по 1 пачке в день, недавно бросил. Из перенесенных и сопут. заболеваний: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, перемежающаяся хромота, вынужден останавливаться через 100 – 200 м ходьбы. Были пневмонии различной локализации, в т.ч. двусторонние. Работал в условиях частых простуд и запыленности. Инвалид 2 гр., в б/л не нуждается.

Status praesens: состояние удовлетворительное. Питание достаточное, конституция нормостеническая. Рост 165 см, вес 66 кг, Кожа немного увлажнена, теплая, цианоз губ и акроцианоз. Отеки голеней.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Подчеркнут рельеф шейных вен.

Грудная клетка эмфизематозна, симметрично участвует в акте дыхания. ЧДД- 24 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких звук с

коробочным оттенком. При аускультации с обеих сторон выслушиваются рассеянные высокотональные сухие хрипы, ослабление везикулярного дыхания, выдох удлинен. Пульс – 92 - 110 в минуту, аритмичный. Величина пульса переменна, симметрично проводится на правую и левую лучевые артерии. Пульс на артериях стоп не определяется. Тоны сердца аритмичные, звучные. АД – 140/80 мм рт ст
Язык влажный, немного обложен беловатым налетом.
Живот не увеличен, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см ниже реберной дуги, умеренно чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон, почки не пальпируются, дизурических расстройств (со слов) нет, мочеиспускание свободное. Стул (со слов) регулярный оформленный.
В приемном отделении по Сито проведена пульсоксиметрия: SpO₂ = 89%.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

КЛИН. АН. КРОВИ	1-й день	10-й день
Эритроциты($\times 10^{12}$ /л)	5,1	4,68
Гемоглобин (г/л)	139	142
ЦП	0,81	0,91
Лейкоциты ($\times 10^9$ /л)	6,8	7,1
-эозинофилы (%)	6	5
-палочк. (%)	2	1
-сегм. (%)	56	52
-лимфоциты (%)	30	38
-моноциты (%)	6	4
СОЭ (мм/ч)	3	2
Ht	0,40	0,42
Тромбоц	204	198

БИОХИМ. АН. КРОВИ	1-й день	
Мочевина (N – до 8,3 ммоль/л)	10,2	
Креатинин (N 70,7 – 123,0 ммоль/л)	99,9	
Холестерин	3,5	
Билирубин Общ (N 8,5 – 20,5 мкм/л)	19	
Билирубин непрям (мкм/л)	19	
Тимоловая пр	1	
АСТ (до 37 и/л)	12,1	
АЛТ (до 42 и/л)	11	
Общий белок сыв. (N 60 – 85 г/л)	75,3	
Фибриноген (N 2,0 – 4,0 г/л)	7,5	
Эл-литы: - К (3,6 – 5,5 ммоль/л)	4,3	
ПТИ (%)	94%	
ГГТП	25,0	

6. **RW:** отриц.
7. **Сахар крови** – 4,2 ммоль/л
8. **Ан. мочи общий:** сол/желт., л/муть, кис., у.в. 1025, белок - нет , сахар - нет , L= 1-3; Эп. .пл.ед в п/зр, эр-нет.
9. **ЭКГ:** Фибрилляция предсердий с ЧСС 90-100 в 1 мин., диффузные изм в м-де
10. **ФЛГ орг. гр.клетки:** Легочные поля эмфизематозны, рисунок фиброзно изменен, деформирован, плотные широкие корни, сердце расширено за счет левых отделов

11. **ФВД:** Крайне резкое снижение ЖЕЛ, крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей.

В динамике : некоторое улучшение объемно-скоростных показателей.

12. **Ан.мокроты:** роста патогенной микрофлоры не получено

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите ведущие синдромы, определяющие клинику
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего лабораторно-инструментального обследования
5. Оцените данные дополнительных методов исследования
6. Консультации каких специалистов вам потребуются и какие конкретные задачи Вы поставите перед консультантами?
7. Ваш клинический диагноз
8. Возможные осложнения
9. Лечение
10. Рекомендации и профилактические мероприятия

Ответы к задаче 3

Предварительный Диагноз: ХОБЛ смешанного типа, тяжелого течения, обострение. ДН 2 ст., декомпенсированное хроническое легочное сердце, фибрилляция предсердий, тахиформа, НК 2а.

Ведущие синдромы:

Дыхательная недостаточность при эмфизематозно-обструктивных нарушениях со стороны органов дыхания (увеличена ЧДД, имеется эмфизематозная конфигурация грудной клетки, коробочный звук при перкуссии, аускультативная симптоматика обструкции, снижено $SP-O_2$)

Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу (акроцианоз, увеличение шейных вен, увеличение и чувствительность печени, отеки на периферии)

Нарушение ритма сердца (нерегулярность пульса и сердцебиения, вариабельность пульсового наполнения сосудов и звучности тонов)

Дифференциальную диагностику следует проводить с

- с бронхиальной астмой
- с бронхоэктатической болезнью
- с туберкулезом
- с левожелудочковой недостаточностью при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

План обследования

1. Клинич. анализ крови + тромбоциты + Ht
2. Общий анализ мочи
3. Биохимия крови: билирубин, мочевины, креатинин, общий белок (+ альбумины и глобулины), С-РБ, холестерин, фибриноген, ПТИ, АСТ, АЛТ, Na^+ , K^+
4. Сахар крови
5. RW.
6. R-графия ОГК
7. ЭКГ
8. УЗИ органов бр.полости
9. Мокрота: - клинич. анализ (микроскопия+ цитология); - на флору и чувствительность; - БК; - АК
10. ФВД
11. ЭХО-КГ

Консультации специалистов:

- хирург: рекомендации по лечению сопутствующих сосудистых нарушений (облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей),
- врач функциональной диагностики: регистрация и оценка состояния функции внешнего дыхания (в начале и по результатам лечения)

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной: ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) тяжелого течения, обострение (J44.8);

Осложнения: ДН 2 ст, декомпенсированное хронич. легочное сердце, фибрилляция предсердий, тахиформа, НК2а

Сопутствующие: атеросклероз (I70), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, перемежающаяся хромота (I70.2).

ЛЕЧЕНИЕ:

Режим -3, Диета-15.

Дексаметазон 8 мг в/в

Эуфиллин 2,4% - 10,0 в/в с поляризующей смесью (при поступлении) с переходом на Теопек 1 т. х 2 р/день;

Отхаркивающие средства (Амброксол 30 мг х 3; бромгексин по 1 табл х 3 р. в день; ацетилцистеин 200 мг х 3)

При лихорадке, воспалит. изменениях мокроты и ан крови – антибиотики (Например, цефтриаксон по 1,0 х 2 в/в).

Ингаляции с беродуалом (небулайзер) х 2(у, в) + дозированный ингалятор по потребности

Применение дозированного ингалятора с бета-2-агонистом и ингаляционным глюкокортикоидом, например:

- Симбикорт (будесонид/формотерол 160мкг/4,5мкг) по 2 дозы 2 р/сут,
- Тевакомб (салметерол/флутиказон 25 мкг/125 мкг) по 2 д х 2р/сут; или др.

Ацетилсалициловая кислота 100 мг х 1;

Дигоксин по 1/2 табл. 2 раза в день;

Фуросемид по 40 мг по утрам;

ПРИМЕРНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ:

Наблюдение терапевта, пульмонолога и хирурга по месту жительства.

Отхаркивающие средства, позиционный дренаж,

Применение дозированного ингалятора с бета-2-агонистом и ингаляционным глюкокортикоидом, например:

- Симбикорт (будесонид/формотерол 160мкг/4,5мкг) по 2 дозы 2 р/сут,
- Тевакомб (салметерол/флутиказон 25 мкг/125 мкг) по 2 д х 2р/сут; или др.

Ингаляции с беродуалом (небулайзер) + дозированный ингалятор по потребности;

Ацетилсалициловая кислота 100 мг х 1;

Дигоксин по 1/2 табл. 2 раза в день;

При отеках - диуретики

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

Факультетская терапия

(название дисциплины, модуля, практики)

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

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

