

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 24.06.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА МОДУЛЯ
«Госпитальная терапия, эндокринология»
«Госпитальная терапия» (модуль)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП: 6 лет

Кафедра госпитальной терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки РФ «09» февраля 2016 г., приказ №95.

2) Учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018г. протокол №5.

Рабочая программа дисциплины одобрена:

кафедрой госпитальной терапии «27» июня 2018г. (протокол № 12)

Заведующий кафедрой Б.Ф. Немцов

Ученым советом лечебного факультета «27» июня 2018г. (протокол № 6)

Председатель Ученого совета факультета И.А. Частоедова

Центральным методическим советом «27» июня 2018г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

заведующий кафедрой госпитальной терапии Б.Ф. Немцов
доцент кафедры госпитальной терапии И.Е. Сапожникова
профессор кафедры госпитальной терапии О.В. Симонова

Рецензенты

Заведующий кафедрой госпитальной терапии с профпатологией
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор С.М. Носков

Заведующий кафедрой факультетской терапии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор О.В. Соловьев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	10
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	11
3.5. Тематический план практических занятий	13
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	21
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	22
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	22
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	22
4.2.1. Основная литература	22
4.2.2. Дополнительная литература	22
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	23
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	23
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	24
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	24
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	26
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	26

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1 Цель изучения дисциплины (модуля) «Госпитальная терапия» является формирование у студентов системы теоретических знаний и практических навыков по диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике заболеваний внутренних органов, в создании базы для становления врача, повышении медицинской эрудиции специалиста, способности специалиста действовать в различных ситуациях на основе сформированных компетенций.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

- Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов с заболеваниями внутренних органов;
- диагностика неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях в клинике внутренних болезней, обострении хронических заболеваний внутренних органов, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства у терапевтических больных;
- приобретение знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях заболеваний внутренних органов;
- овладение навыками составления диагностического алгоритма на основании данных методов дополнительного обследования, плана их назначения с учетом данных, полученных при физикальном обследовании;
- обучение студентов проведению дифференциального диагноза внутренних болезней, формирование навыков правильной формулировки диагноза при терапевтических заболеваниях;
- обучение студентов назначению терапии часто встречающихся терапевтических заболеваний на основании современных рекомендаций оказания медицинской помощи терапевтическим больным.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Модуль «Госпитальная терапия» относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины (модуля) формируются при изучении дисциплин (модулей): Анатомия, Гистология, эмбриология, цитология, Патофизиология, Патологическая анатомия, Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, Фармакология, Факультетская терапия, профессиональные болезни.

Является предшествующей для прохождения ГИА.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются: физические лица (пациенты); население; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности: *медицинская*.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Но-мер/ин-декс ком-петенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для теку-щего кон-троля	для про-межуточ-ной атте-стации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	ЗЗ. Правила оформления и схемы написания истории болезни...; системный подход к анализу медицинской информации.	УЗ. Заполнять ... историю болезни...	ВЗ. Способно-стью оформлять истории бо-лезни... в со-ответствии с установлен-ными требо-ваниями.	Написание курацион-ных листов, учебной истории болезни.	Тестиро-вание компью-терное, отчет по практиче-ским навыкам, обследо-вание си-туацион-ным зада-чам
2.	ОПК-8	готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	З1. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении ... заболеваний и неотложных состояний.	У1. Разрабаты-вать больному лечение с учетом течения болезни, подобрать и назначить ле-карственную терапию, использовать немедикаментоз-ного лечения.	В1. Алгоритмо-м выполнения основных вра-чебных диа-гностических и лечебных мероприятий по оказанию первой вра-чебной помо-щи при неот-ложных и угрожающих жизни состоя-ниях.	Тестиро-вание письмен-ное, собе-седование по ситуа-ционным задачам, курация пациентов с написа-нием ку-рацион-ных ли-стов, учебная история болезни	Тестиро-вание компью-терное, отчет по практиче-ским навыкам, обследо-вание си-туацион-ным зада-чам
3.	ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболе-вания	ЗЗ. Методами диагностики, диагностиче-ские возмож-ности методов непосред-ственного ис-следования больного ... терапевтиче-ского профиля, современные методы клини-ческого, лабора-торного, инструмен-тального об-следования	УЗ. Наметить объем допол-нительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения ди-агноза и полу-чения досто-верного ре-зультата.	ВЗ. Методами общеклиниче-ского обсле-дования; ин-терпретацией результатов лабораторных, инструмен-тальных мето-дов диагно-стики; основ-ными лечеб-ными диагно-стическими и лечебными мероприяти-ми, алгорит-мом разверну-	Тестиро-вание письмен-ное, собе-седование по ситуа-ционным задачам, курация пациентов с написа-нием ку-рацион-ных ли-стов, учебная история болезни	Тестиро-вание компью-терное, отчет по практиче-ским навыкам, обследо-вание си-туацион-ным зада-чам

			больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику).		того клинического диагноза		
4.	ПК-6	способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	ЗЗ. Основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	УЗ. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	ВЗ. Навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, курация пациентов с написанием курационных листов, учебная история болезни	Тестирование компьютерное, отчет по практическим навыкам, собеседование ситуационным задачам
5.	ПК-8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	З1. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства	У1. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости	В1. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и	Тестирование письменное, собеседование по ситуа-	Тестирование компьютерное, отчет по практичес-

			лечения больных; профилактические мероприятия и средства	оказания ему медицинской помощи; обособленно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	ционными задачам, курация пациентов с написанием курационных листов, учебная история болезни	ским навыкам, собеседование ситуационным задачам
			32. Заболевания ... сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритм выбора терапевтического ...лечения.	У2. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В2. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, курация пациентов с написанием курационных листов, учебная история болезни	Тестирование компьютерное, отчет по практическим навыкам, собеседование ситуационным задачам
6.	ПК-10	готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	32. Стандарты и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	У2. Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В2. Способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, курация пациентов с написанием курационных листов, учебная история болезни	Тестирование компьютерное, отчет по практическим навыкам, собеседование ситуационным задачам
7.	ПК-11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	34. Стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	У4. Применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В4. Навыками применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное	Тестирование компьютерное, отчет по практическим навыкам, собеседование ситуационным задачам

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 12 зачетных единиц, 432 час.

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры			
			№9	№10	№11	№12
1		2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)		264	48	72	72	72
в том числе:						
Лекции (Л)		36	8	16	12	-
Практические занятия (ПЗ)		228	40	56	60	72
Семинары (С)			-	-	-	-
Лабораторные занятия (ЛР)			-	-	-	-
Самостоятельная работа (всего)		132	24	36	36	36
В том числе:						
- История болезни		16	8	-	8	-
- Контрольная работа			-	-	-	-
- Подготовка к занятиям		96	13	29	25	29
- Подготовка к текущему контролю		14	3	4	3	4
- Подготовка к заключительному контролю		6		3		3
Вид промежуточной аттестации	Зачет			+		
	экзамен	контактная работа (ПА)	3			3
		самостоятельная работа	33			33
Общая трудоемкость (часы)		432	72	108	108	144
Зачетные единицы		12	2	3	3	4

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	Кардиология	<p>На 5 курсе</p> <p>Темы лекций: «Миокардиты», «Кардиомиопатии», «Врожденные пороки сердца», «Перикардиты», «Симптоматические артериальные гипертензии», «Инфекционный эндокардит»</p> <p>Темы практических занятий: «Миокардиты», «Кардиомиопатии», «Врожденные пороки сердца», «Перикардиты», «Симптоматические артериальные гипертензии», «Инфекционный эндокардит», «Легочное сердце. Тромбоэмболия легочной артерии», «Фибрилляция предсердий».</p> <p>На 6 курсе</p> <p>Темы лекций: «Нарушения ритма сердца: диагности-</p>

			<p>ка, дифференциальная диагностика, неотложная и плановая терапия»</p> <p>Темы практических занятий: «Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний», «Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия гипертонической болезни», «Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия нарушений ритма сердца», «Диагностика и дифференцированное лечение хронических форм ИБС», «Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение при остром коронарном синдроме», «Хроническая сердечная недостаточность: дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия».</p>
2.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Ревматология	<p>На 5 курсе</p> <p>Темы лекций: «Ревматоидный артрит», «Системная красная волчанка», «Системная склеродермия, дермато-полимиозит», «Системные васкулиты»</p> <p>Темы практических занятий: «Остеоартроз», «Микрокристаллические артриты: подагра, пирофосфатная артропатия», «Ревматоидный артрит: диагностика, классификация», «Ревматоидный артрит: лечение», «Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром», «Системная склеродермия. Дерматомиозит. Полимиозит. Ревматическая полимиалгия», «IgA-ассоциированный васкулит. Узелковый полиартериит. Гранулематоз с полиангиитом», «Артериит Такаясу. Гигантоклеточный артериит».</p> <p>На 6 курсе</p> <p>Темы лекций: «Дифференциальная диагностика суставного синдрома</p> <p>Темы практических занятий: «Особенности суставного синдрома, дифференцированная терапия при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, серонегативных спондилоартропатиях. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия диссеминированных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия системных васкулитов.</p>
3.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	Нефрология	<p>На 5 курсе</p> <p>Темы лекций: «Нефротический синдром. Амилоидоз»</p> <p>Темы практических занятий: «Нефротический синдром. Амилоидоз», «Тубулоинтерстициальные нефриты», «Хроническая болезнь почек».</p> <p>На 6 курсе</p> <p>Темы лекций: «Хроническая болезнь почек»</p> <p>Темы практических занятий: «Дифференциальный диагноз мочевого синдрома. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия тубулоинтерстициальных нефритов», «Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение хронических гломерулонефритов и вторичных нефропатий»,</p>

			«Дифференцированная терапия хронической болезни почек. Острая почечная недостаточность».
4.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	Пульмонология	На 6 курсе Темы лекций: «Синдром бронхиальной обструкции: диагностика и дифференциальная диагностика», «Диссеминированные процессы в легких» Темы практических занятий: «Функциональные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания», «Дифференциальная диагностика и лечение бронхообструктивных заболеваний», «Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение пневмоний», «Диссеминированное поражение легких», «Неотложные состояния в пульмонологии».
5.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	Гастроэнтерология	На 6 курсе Темы лекций: «Дифференциальный диагноз гепатоспленомегалий» Темы практических занятий: «Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при дисфагиях и синдроме желудочной диспепсии», «Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме мальабсорбции», «Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме диареи», «Дифференциальный диагноз гепатомегалий и желтух», «Дифференциальный диагноз при асците и портальной гипертензии».

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин				
		1	2	3	4	5
1	ГИА	+	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Кардиология	14	76	-	-	42	132	
2	Ревматология	12	58	-	-	33	103	
3	Нефрология	4	34	-	-	21	59	
4	Пульмонология	4	30	-	-	18	52	
5	Гастроэнтерология	2	30	-	-	18	50	
	Вид промежуточной аттестации:	зачет					зачет	
		экзамен	контактная работа (ПА)					3
			самостоятельная работа					33
	Итого:	36	228			132	432	

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела модуля	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				9 сем.	10 сем.	11 сем.	12 сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	1	Миокардиты	Классификация заболеваний миокарда. Миокардиты. Сущность понятия. Критерии диагноза. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.	2			
2.	1	Кардиомиопатии	Сущность понятия кардиомиопатия. Классификация. Диагностический поиск в постановке диагноза различных форм кардиомиопатий. Дифференцированная терапия.	2			
3.	1	Врожденные пороки сердца	Врожденные пороки сердца (ВПС): сущность понятия, этиология, классификация, общие патоморфологические, патофизиологические и клинические признаки, характерные для ВПС. ДМПП, ДМЖП, изолированный стеноз легочной артерии, коарктация аорты, открытый артериальный проток: сущность, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Принципы медикаментозной терапии ВПС, вопросы МСЭ.	2			
4.	1	Перикардиты	Основные синдромы и симптомы, характеризующие поражение перикарда. Перикардиты: этиология, патогенез, современная классификация. Клиника, диагностика фибринозного, выпотного, адгезивного перикардита. Показания к пункции перикарда. Понятие о тампонаде сердца. Неотложная помощь. Дифференцированное лечение.	2			
5.	1	Симптоматические артериальные гипертензии	Определение артериальной гипертензии (АГ). Регуляторные системы артериального давления. Эссенциальная и симптоматическая АГ. Алгоритм диагностического поиска при АГ. Классификация симптоматических АГ. Особенности течения и диагностика отдельных форм АГ. Дифференцированная терапия.		2		
6.	1	Инфекционный эндокардит	Инфекционный эндокардит: этиология, классификация, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференцированная терапия		2		
7.	2	Ревматоидный артрит	Определение и сущность ревматоидного артрита (РА). Патогенез. Классификация. Особенности суставного синдрома при РА. Поражение внутренних органов при РА. Критерии диагноза. Принципы лечения. Показания и основные виды базисной терапии.		2		
8.	2	Системная красная волчанка	Определение и сущность понятия системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ). Этапы диагностического поиска при СЗСТ. Определение и сущность системной красной волчан-		2		

			ки. Основные клинические синдромы. Классификация. Критерии диагноза. Базисная терапия. Дифференцированный подход к лечению				
9.	2	Системная склеродермия, дермато-/полимиозит	Определение и клинкоморфологическая сущность системной склеродермии и дерматополимиозита. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Классификация. Базисная терапия. Дифференцированный подход к лечению.		2		
10.	2	Системные васкулиты	Определение и сущность системных васкулитов (СВ). Классификация. Этиология. Патогенез. Алгоритм диагностического поиска. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза отдельных форм системных васкулитов. Базисная терапия СВ. Дифференцированный подход к лечению.		4		
11.	3	Нефротический синдром. Амилоидоз	Нефротический синдром: сущность, патогенез, классификация, осложнения, принципы лечения. Амилоидоз: сущность, патогенез, классификация, осложнения, принципы лечения.		2		
12.	1	Нарушения ритма сердца: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная и плановая терапия	Классификация аритмий и блокад. Мерцательная аритмия и трепетание предсердий: классификация, дифференцированная терапия. Синдром слабости синусного узла, показания для имплантации ИВР. Синдром WPW, синдром удлиненного QT. Клинические проявления, купирование пароксизмов, лечение в межприступном периоде. Неотложная аритмология: купирование пароксизмов суправентрикулярных и желудочковых тахикардий, мерцательной аритмии и трепетания предсердий, остро возникших брадикардий.			2	
13.	2	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	Основные синдромы при патологии суставов. Синдром артроза и артрита. Особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите, ревматизме, диффузных заболеваниях соединительной ткани, серонегативных артритах (болезнь Рейтера, болезнь Бехтерева).			2	
14.	3	Хроническая болезнь почек	Современная классификация хронической болезни почек (ХБП), предпосылки для ее внедрения, сопоставление с классификацией хронической почечной недостаточности, методы определения скорости клубочковой фильтрации (расчетные и клиренсовые). Скрининг, первичная профилактика ХБП. Тактика ведения пациентов в зависимости от стадии ХБП. Контроль эффективности и безопасности нефропротективной терапии, целевые клинико-лабораторные показатели при лечении больных с хроническими заболеваниями почек.			2	

15.	4	Синдром бронхиальной обструкции: диагностика и дифференциальная диагностика	Диагностика и дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома. ХОБЛ: современная классификация, дифференциальная диагностика. Бронхиальная астма: классификация, диагностика, дифференциальная диагностика			2	
16.	4	Диссеминированные процессы в легких	Определение диссеминированных процессов в легких. Дифференциальная диагностика при синдроме диссеминированного поражения лёгких (саркоидоз, идиопатический альвеолит), особенности клиники, течения, дифференциальной диагностики, лечения идиопатических альвеолитов.			2	
17.	5	Дифференциальный диагноз гепатоспленомегалий	Определение и сущность синдрома спленомегалии и гепатомегалии. Дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома, возникшего при заболевании лёгких, селезёнки, заболеваниях крови, инфекционных заболеваниях, системных заболеваниях соединительной ткани.			2	
Итого:				8	16	12	-

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела модуля	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)			
				9 сем.	10 сем.	11 сем.	12 сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	1	Миокардиты	Основные синдромы и симптомы, характеризующие поражения миокарда. Основные причины и классификация некоронарогенных заболеваний миокарда. Миокардиты: сущность понятия, классификация, особенности клинических проявлений, варианты течения, критерии степени тяжести, критерии диагноза, принципы лечения.	5			
2.	1	Кардиомиопатии	Кардиомиопатии: сущность понятия, причины, клиника, критерии диагноза, классификация, нарушение гемодинамики при различных формах, особенности диагностики, дифференцированная терапия.	5			
3.	1	Перикардиты	Основные синдромы и симптомы, характеризующие поражение перикарда. Перикардиты: этиология, патогенез, современная классификация. Клиника, диагностика фибринозного, выпотного, адгезивного перикардита. Показания к пункции перикарда. Понятие о тампонаде сердца. Неотложная помощь. Дифференцированное лечение.	5			
4.	1	Врожденные пороки сердца (ВПС)	ВПС: сущность понятия, этиология, классификация, общие патоморфологические, патофизиологические и клинические признаки, характерные для ВПС. ДМПП, ДМЖП, изолированный стеноз легочной	5			

			артерии, коарктация аорты, открытый артериальный проток: сущность, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Принципы медикаментозной терапии.				
5.	1	Симптоматические артериальные гипертензии	Определение артериальной гипертензии. Понятие о «пограничной» АГ. Регуляторные системы артериального давления. Эссенциальная и симптоматическая АГ. Алгоритм диагностического поиска при АГ. Классификация симптоматических гипертензий: почечные, эндокринные, гемодинамические, центрогенные, ятрогенные. Особенности течения и диагностики отдельных форм АГ. АГ у пожилых: причины, диагностика, лечение. Дифференцированное лечение.	5			
6.	1	Инфекционный эндокардит	Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, диагностические критерии, дифференцированная терапия. Особенности диагностики и лечения у пожилых.	5			
7.	1	Легочное сердце. Тромбоэмболия легочной артерии	Определение и сущность легочного сердца, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, лечение. Определение и сущность ТЭЛА, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, методы диагностики, дифференцированная терапия.	5			
8.	1	Фибрилляция предсердий	Фибрилляция предсердий. Диагностика. Лечение.	5			
9.	2	Остеоартроз	Алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме. Определение и сущность ОА, этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация, клиническая картина, особенности суставного синдрома при ОА, диагностические критерии, дифференцированная терапия ОА.		5		
10.	2	Микрокристаллические артриты: подагра, пирофосфатная артропатия.	Определение и сущность подагры, этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация, клиническая картина, особенности суставного синдрома при подагре, диагностические критерии, дифференцированная терапия подагры. Пирофосфатная артропатия: патоморфология, особенности суставного синдрома, диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.		5		
11.	2	Ревматоидный артрит (РА): диагностика, классификация	Алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме. Определение РА. Патогенез. Классификация. Особенности суставного синдрома при РА. Поражение внутренних органов при РА. Синдромы Стилла у взрослых и Фелти. Критерии диагноза.		5		
12.	2	Ревматоидный артрит: лечение	Дифференцированное лечение. Показания, противопоказания к базисной терапии. Показания к терапии глюкокортикоидами. Особенности лечения ревматоидного артрита в пожилом возрасте.		5		

13.	2	Системная красная волчанка (СКВ). Антифосфолипидный синдром (АФС).	Определение и сущность системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ). Этапы диагностического поиска при СЗСТ. Классификация, критерии диагноза, основные синдромы СКВ. Дифференцированная терапия. Особенности диагностики и лечения СКВ в пожилом возрасте. АФС: определение, патоморфология, патогенез, клиника, диагностические критерии, классификация, диагностика и лечение. Ведение беременных с СКВ и/или АФС.		5		
14.	2	Системная склеродермия. Дерматомиозит. Полимиозит. Ревматическая полимиалгия.	Классификация, критерии диагноза, основные синдромы системной склеродермии. Классификация, критерии диагноза, основные синдромы дерматомиозита. Ревматическая полимиалгия: клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз полимиозита и ревматической полимиалгии в пожилом возрасте. Дифференцированное лечение.		5		
15.	2	IgA-ассоциированный васкулит. Узелковый полиартериит. Гранулематоз с полиангиитом.	Определение и сущность системного васкулита (СВ). Понятие о первичных и вторичных СВ. Алгоритм диагностического поиска при СВ. Общие клиноморфологические черты СВ. Патогенез, классификация, критерии диагноза, основные синдромы СВ. IgA-ассоциированный васкулит, узелковый полиартериит: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. Гранулематоз с полиангиитом: морфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.		5		
16.	2	Артериит Такаясу (АТ). Гигантоклеточный артериит (ГКА)	АТ, ГКА: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия.		5		
17.	3	Нефротический синдром (НС). Амилоидоз.	НС: сущность, патогенез, классификация, осложнения, принципы лечения. Амилоидоз: сущность, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Старческий амилоидоз: формы, клиника, диагностика, лечение.		5		
18.	3	Тубулоинтерстициальные нефриты (ТИН)	ТИН: этиология, патогенез, морфология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение,		5		
19.	3	Хроническая болезнь почек	ХБП: сущность понятия, классификация, дифференцированная терапия.		6		
20.	4	Функциональные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.	Функциональные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания. Инструментальные и функциональные методы диагностики: показания, диагностические возможности методов. Интерпретация результатов исследований при различных вариантах нарушений системы внешнего дыхания.			6	
21.	4	Дифференциальная диагностика и ле-	Классификация синдрома бронхиальной обструкции по этиологии и патогенетическому варианту. Клинические и морфоло-			6	

		чение бронхообструктивных заболеваний	гические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика, классификация основных нозологических форм (хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма). Дифференциальный диагноз бронхообструктивных заболеваний. Дифференцированный подход к терапии бронхообструктивных заболеваний. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Базисная терапия ХОБЛ в зависимости от патогенетического варианта и степени тяжести. Рациональные комбинация базисных препаратов для лечения бронхообструктивных заболеваний. Дифференцированное лечение обострений бронхообструктивных заболеваний. Терапия тяжелого приступа бронхиальной астмы. Оценка динамики выраженности бронхиальной обструкции на фоне терапии. Особенности ведения пациентов пожилого возраста с бронхообструктивными заболеваниями.				
22.	4	Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение пневмоний	Дифференцированный подход к диагностике и лечению пневмоний. Этиология и патогенез, клинические проявления и влияние на них вида возбудителя, исходного состояния организма и возраста пациента, диагностика и дифференциальная диагностика, современная терапия (в зависимости от клинической классификации пневмоний, вероятного (эмпирический подход) и известного возбудителя). Оценка эффективности антибактериальной терапии пневмоний, возможности замены антибактериального препарата. Симптоматическая и ургентная терапия при тяжелом течении пневмоний.			6	
23.	4	Диссеминированное поражение легких (ДПЛ)	Основные синдромы и симптомы ДПЛ. Этиология и патогенез, классификация, клиническая и инструментальная диагностика (ФВД, рентгенография, функциональные пробы, лабораторные исследования бронхиального секрета, лаважной жидкости бронхов, крови, содержимого плевральной полости; трансторакальная и трансбронхиальная биопсия легкого, радиологическое исследование). Алгоритм диагностического поиска, дифференциальная диагностика (туберкулез, онкологические заболевания), лечение в зависимости от нозологической формы. Основные нозологические формы, их клинические и морфологические проявления, классификация. Дифференцированная терапия ДПЛ: базисная терапия в зависимости от нозологической принадлежности, стадии заболевания и течения, патогенетическая и симптоматическая терапия, сроки лечения и оценка эффективности терапии. Особенности терапии терминальной стадии синдрома ДПЛ. Прогноз.			6	
24.	4	Неотложные состо-	Этиология и патогенез острой дыхательной недостаточности (ОДН), легочного			6	

		яния в пульмоноло- гии	кровотечения и аллергических состояний; принципы экстренной клинической и инструментальной диагностики ОДН, астматического статуса, легочного кровотечения, гидро- пневмоторакса, аллергических состояний (отека Квинке анафилактического шока). Алгоритм диагностического поиска и дифференцированной неотложной терапии при urgentных состояниях в зависимости от вида неотложного состояния и общего состояния пациента.				
25.	5	Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при дисфагиях и синдроме желудочной диспепсии	Патогенез дисфагий и желудочной диспепсии различного генеза, клиническая и инструментальная диагностика, алгоритм диагностического поиска при дисфагиях различного генеза, гастралгии, желудочной диспепсии (неязвенной, язвенной, рефлюкс-подобной). Классификация дисфагий по уровню поражения, этиологии (пищеводные, экстраэзофагальные). Инструментальное исследование при дисфагиях, инструментальное и лабораторное обследование при заболеваниях желудка. Патогенетические варианты дисфагий (органические, функциональные). Алгоритм диагностики, дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия дисфагий: особенности консервативного лечения нарушений моторики пищевода и воспалительных поражений. Дифференцированное лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Особенности ведения (обследования и лечения) пациентов пожилого и старческого возраста с синдромами дисфагии и диспепсии. Особенности клинического течения, диагностики и терапии язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.			6	
26.		Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме диареи	Определение, этиология, патогенез и клинические проявления синдрома диареи. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия. Особенности консервативного лечения болезней кишечника; показания к оперативному лечению; принципы диспансерного наблюдения; группы риска по возникновению рака кишечника.			6	
27.		Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме мальабсорбции	Определение, этиология и патогенез, клинические проявления синдрома мальабсорбции. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия заболеваний, протекающих с синдромом мальабсорбции. Лечение заболеваний поджелудочной железы, классификация ферментных препаратов, коррекция нарушений всасывания. Особенности клинического течения, диагностики и лечения хронического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста			6	

28.		Дифференциальный диагноз гепатомегалий и желтух	Этиология, патогенез, клинические проявления, классификация, алгоритм диагностического поиска при гепатомегалиях; место дополнительных методов обследования (инструментальных и морфологических). Неалкогольная и алкогольная жировая болезнь печени, хронические гепатиты: критерии диагноза. Дифференциальная диагностика гепатомегалий. Лечение пациентов с диффузными заболеваниями печени, патогенетическая терапия. Желтуха (гипербилирубинемия) и холестаз: патогенез, клинические проявления, классификация, диагностика и дифференциальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Дифференцированная терапия пациентов с желтухой и/или холестазом различного генеза (пигментные гепатозы, первичный склерозирующий холангит, первичный и вторичный билиарный цирроз). Возможности профилактики, прогноз.			6	
29.		Дифференциальный диагноз при асците и портальной гипертензии	Этиология, патогенез асцита воспалительного и невоспалительного генеза, диагностические возможности физикальных и инструментальных методов обследования. Алгоритм диагностического поиска. Клинические проявления портальной гипертензии различного генеза. Патогенетические варианты, степени тяжести, возможности диагностики портальной гипертензии, печёночной энцефалопатии. Дифференциальная диагностика. Дифференцированное лечение пациентов с асцитом, портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью.			6	
30.	1	Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	Понятие о первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Доказательная база современной кардиологии. Виды интервенционных вмешательств. Немедикаментозные и медикаментозные методы. Принципы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, методы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, шкалы для оценки кардиоваскулярного риска. Виды интервенционных вмешательств. Немедикаментозные и медикаментозные методы.				6
31.	1	Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия гипертонической болезни	Современная классификация артериальной гипертензии. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензий. Дифференцированная схема обследования пациента с артериальной гипертензией. Схема лечения пациента с артериальной гипертензией в зависимости от степени повышения АД, риска сердечно-сосудистых осложнений, целевые уровни АД у различных категорий пациентов. Правила гипотензивной терапии, дифференцированное назначение гипотензивных препаратов, комбинации				6

			гипотензивных препаратов. Гипотензивная терапия при беременности, у лиц пожилого и старческого возраста. Профилактика первичного и повторного инсульта.				
32.	1	Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия нарушений ритма сердца.	Алгоритм дифференциальной диагностики нарушений ритма сердца. Антиаритмические препараты; понятие о проаритмогенном эффекте. Фибрилляция и трепетание предсердий: классификация, дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия. Синдром слабости синусного узла; показания для имплантации ИВР. Синдром WPW. Синдром удлиненного QT: клинические проявления, купирование пароксизмов, лечение больных в межприступном периоде. Неотложная аритмология: купирование пароксизмов суправентрикулярных и желудочковых тахикардий, мерцательной аритмии и трепетания предсердий, лечение остро возникших брадикардий.				6
33.	1	Диагностика и дифференцированное лечение хронических форм ИБС	Дифференциальный диагноз, алгоритм индивидуализированного обследования пациентов с хроническими формами ИБС, показания к инструментальным и функциональным обследованиям (мониторирование ЭКГ, стресс-тесты - ВЭМ, стресс-ЭхоКС) и интерпретация результатов обследований. Дифференцированная терапия хронических форм ИБС. Медикаментозная терапия. Показания для коронарографии, АКШ, ангиопластики.				6
34.	1	Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение при остром коронарном синдроме (ОКС)	Классификация ОКС, алгоритм диагностики, критерии диагностики различных форм ОКС (клинические, электрокардиографические, биохимические, эхокардиографические); дифференциальная диагностика; неотложные диагностические и лечебные мероприятия; медикаментозное лечение, показания к хирургической реваскуляризации. Осложнения острых коронарных синдромов (кардиогенный шок, внезапная смерть, сердечная астма, отек легких, аритмии и блокады, разрывы сердца, повреждение клапанов): диагностика и лечение. Реанимация при внезапной смерти.				6
35.	1	Хроническая сердечная недостаточность (ХСН): дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия	Основные причины ХСН. Классификации ХСН (по Образцову-Стражеско, NYHA). Критерии кардиомегалии, дифференциальный диагноз кардиомегалий. Методы инструментальной диагностики в диагностике сердечной недостаточности (систолической, диастолической). Дифференцированная терапия хронической сердечной недостаточности. Купирование острой сердечной недостаточности (сердечная астма, отек легких при различных уровнях АД).				6
36.	2	Особенности суставного синдрома, дифференцирован-	Особенности суставного синдрома в зависимости от характера поражения суставов, их типа, калибра, симметричности, стойкости, прогрессирования, дина-				6

		ная терапия при ревматоидном артрите (РА), остеоартрозе (ОА), подагре, серонегативных спондилоартропатиях.	мики от проводимой терапии, наличия или отсутствия эрозивных проявлений. Оценка внесуставных проявлений (висцериты, поражение глаз, кишечника, мочеполовой системы, ожирение). Диагностические критерии РА, остеоартроза, серонегативных спондилоартропатий, подагры. Особенности терапии при отдельных заболеваниях.				
37.	2	Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия диссеминированных заболеваний соединительной ткани (ДЗСТ).	Алгоритм диагностического поиска при ДЗСТ, дифференциальный диагноз со злокачественными опухолями, заболеваниями крови, инфекционными заболеваниями, системными васкулитами. Основные нозологические формы (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, болезнь и синдром Шегрена, ревматическая полимиалгия, смешанное заболевание соединительной ткани): патогенез, классификация, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Базисная терапия СЗСТ, методы лечения, показания, противопоказания, побочные действия и их профилактика, схемы приема ГКС и цитостатиков. Показания к экстракорпоральным методам лечения. Основные причины летальности.				6
38.	2	Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия системных васкулитов (СВ).	Алгоритм диагностического поиска при СВ. Основные нозологические формы (геморрагический васкулит, узелковый панартериит, неспецифический аортоартериит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный висонный артериит, микроскопический полиартериит, синдром Чарга-Стросса): патогенез, классификация, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Базисная терапия, показания, противопоказания, побочные действия и их профилактика, схемы приема ГКС и цитостатиков. Показания к экстракорпоральным методам лечения. Основные причины летальности.				6
39.	3	Дифференциальный диагноз мочевого синдрома. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия тубулоинтерстициальных нефритов.	Диагностические возможности анализов мочи, интерпретация результатов. Дополнительные методы обследования в нефрологии: показания к назначению, диагностические возможности, интерпретация, подготовка, противопоказания. Тубулоинтерстициальные нефриты, тубулопатии: классификация, клиническая и лабораторная характеристика, дифференциальный диагноз. Дифференцированная терапия тубулоинтерстициальных нефритов.				6
40.	3	Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение хронических гломерулонефритов и вто-	Этиология и патогенез, классификация гломерулонефритов, клиническая картина гломерулонефрита в зависимости от варианта течения; лечение гломерулонефрита в зависимости от клинического и морфологического варианта, осложнения и исходы гломерулонефрита. Диагностика и дифференциальная диагностика с				6

		ричных нефропатий	другими гломерулопатиями; этиопатогенез, классификация, диагностика, терапия и профилактика диабетической нефропатии.				
41.	3	Дифференцированная терапия хронической болезни почек. Острая почечная недостаточность.	Хроническая болезнь почек (ХБП): классификация, клинические проявления. Дифференцированная терапия ХБП. Консервативная нефропротективная терапия: показания, механизм действия, препараты, дозы, схемы назначения, контроль эффективности и контроль безопасности. Заместительная почечная терапия: показания, виды, контроль терапии. Острая почечная недостаточность (ОПН): определение, этиопатогенетическая классификация. Клиника и стадии течения ОПН, осложнения, дифференциальный диагноз, исходы и причины смерти. Показания к направлению на гемодиализ, консервативная терапия ОПН. Концепция острого почечного повреждения.				6
Итого:				40	56	60	72

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование разделов модуля учебной дисциплины	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	9	1. Кардиология.	<i>написание истории болезни</i>	8
			<i>подготовка к занятиям</i>	13
			<i>подготовка к текущему контролю</i>	3
ИТОГО часов в семестре: 24				24
2.	10	1. Кардиология 2. Ревматология. 3. Нефрология.	<i>подготовка к занятиям</i>	29
			<i>подготовка к текущему контролю</i>	4
			<i>подготовка к заключительному контролю</i>	3
ИТОГО часов в семестре: 36				36
3.	11	4. Пульмонология. 5. Гастроэнтерология.	<i>подготовка к занятиям</i>	25
			<i>написание истории болезни</i>	8
			<i>подготовка к текущему контролю</i>	3
ИТОГО часов в семестре: 36				36
4.	12	1. Кардиология 2. Ревматология. 5. Нефрология.	<i>подготовка к занятиям</i>	29
			<i>подготовка к текущему контролю</i>	4
			<i>подготовка к заключительному контролю</i>	3
ИТОГО часов в семестре: 36				36
Всего часов				132

3.7. Лабораторный практикум: лабораторный практикум не предусмотрен учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ: курсовые проекты (работы), контрольные работы не предусмотрены учебным планом

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (к практическим занятиям).

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное.	Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Язвенная болезнь: современные аспекты диагностики и лечения: учебное пособие	Симонова Ж.Г.	Киров, 2018	76	ЭБС Кировского ГМУ
2.	Системные васкулиты: учебное пособие	Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф.	Киров, 2018	70	ЭБС Кировского ГМУ
3.	Врожденные пороки сердца у взрослых: учебное пособие	Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф.	Киров, 2018	70	ЭБС Кировского ГМУ
4.	Воспалительные заболевания кишечника: диагностика и лечение: учебное пособие	Симонова Ж.Г.	Киров, 2017	59	ЭБС Кировского ГМУ
5.	Хронический панкреатит: вопросы диагностики и лечения: учебное пособие	Симонова Ж.Г., Немцов Б.Ф.	Киров, 2017	69	ЭБС Кировского ГМУ
6.	Методика объективного обследования больных при заболеваниях опор-	Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф.	Киров, 2017	22	ЭБС Кировского ГМУ

	но-двигательного аппарата: учебное пособие				
7.	Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие.	Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф.	Киров, 2017	59	ЭБС Кировского ГМУ
8.	Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний: учебное пособие	Политова Н.Н.	Киров, 2016	27	ЭБС Кировского ГМУ
9.	Диагностика и лечение диффузных заболеваний печени: учебное пособие	Симонова Ж.Г., Немцов Б.Ф.	Киров, 2011	74	ЭБС Кировского ГМУ
10.	Лечение нарушений ритма сердца: учебное пособие	Тарловская Е.И., Казаковцева М.В.	Киров, 2011	50	ЭБС Кировского ГМУ
11.	Лечение бронхообструктивного синдрома: учебное пособие	Казаковцева М.В.	Киров, 2010	72	ЭБС Кировского ГМУ
12.	Инфекционные эндокардиты: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие	Смирнова Л.А.	Киров, 2010	83	ЭБС Кировского ГМУ
13.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования.	Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.	2	ЭБС Консультант студента
14.	Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие.	Под ред. Дворецкого Л.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	1	ЭБС Консультант студента
15.	Ревматоидный артрит; учебное пособие.	Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф.	Киров, 2016	30	ЭБС Кировского ГМУ
16.	Микрокристаллические артриты [Электронный ресурс]: учебное пособие	Симонова О.В. Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н.	Киров, 2014	-	ЭБС Кировского ГМУ
17.	Гломерулонефриты и амилоидоз: учебное пособие	Постникова Г.А., Немцов Б.Ф.	Киров, 2012	30	ЭБС Кировского ГМУ
18.	Остеоартроз: учебное пособие	Немцов Б.Ф. Симонова О.В.	Киров, 2011	55	ЭБС Кировского ГМУ

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

Сайт Российского кардиологического общества. Рекомендации РКО:

http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_close

Сайт Ассоциации ревматологов России. Клинические рекомендации:

<http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>

Сайт Научного общества нефрологов России. Клинические протоколы:

http://nonr.ru/?page_id=3178

Сайт Российского респираторного общества. Клинические рекомендации:

<http://www.spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii>

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации:

<http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga?limitstart=0>

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются: презентации, слайд-лекции.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
3. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
4. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
6. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
7. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
8. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) «Госпитальная терапия» используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: № 1-411 г. (г. Киров, ул. К.Маркса, 137 (первый учебный корпус ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России)).

- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа: КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, ул. Воровского, д. 42, корпус №7, кабинет 111 (1 этаж); корпус №4, кабинеты №№ 414, 415, 417, 422 (4 этаж); корпус №3, кабинет №111 (1 этаж)

Клиника ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, ул. Щорса, д. 64, кабинеты №№ 218 и 219 (2 этаж), конференц-зал на 3 этаже.

- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций: КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, ул. Воровского, д. 42, корпус №3, кабинет № 111 (1 этаж); корпус №4, кабинет № 415 (4 этаж)

- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации: КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, ул. Воровского, д. 42, корпус №7 кабинет 111 (1 этаж); корпус №4, кабинет 414, 415, 417, 422 (4 этаж); корпус №3, кабинет 111 (1 этаж)

Клиника ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, ул. Щорса, д. 64, кабинеты №№ 218 и 219 (2 этаж)

- помещения для самостоятельной работы: компьютерный класс 3-414 (3 корпус Кировского ГМУ)

- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, ул. Воровского, д. 42, корпус №3, кабинет 300 (3 этаж).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на получение обучающимися знаний по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению заболеваний внутренних органов, а также на освоение ими практических навыков по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению заболеваний внутренних органов во время клинических практических занятий.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения, к которым относится клинический разбор и курация пациентов), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины обучающимся необходимо освоить практические умения по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению заболеваний внутренних органов.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств путем проведения анализа клинических ситуаций и имитационных моделей, интерактивной работы с реальными пациентами, учета региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении всех тем дисциплины (модуля). На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету (на 5 курсе) и к экзамену (на 6 курсе), а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ

путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине (модулю) проводятся с целью приобретения практических навыков в области диагностики, дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии заболеваний внутренних органов.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора тематических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины (модуля), а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины (модуля) используется традиционная для клинической выпускающей кафедры форма практических занятий, включающая разбор теоретического материала темы, клинический разбор тематического пациента, работу с пациентами (под контролем преподавателя).

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины (модуля) «Госпитальная терапия» и включает подготовку к занятиям, написание историй болезней, подготовку к текущему контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине (модулю) «Госпитальная терапия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, пишут учебные истории болезни, курационные листы. Написание учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, написания учебных историй болезни.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны спо-

способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по модулю является зачет (на 5 курсе) и экзамен (на 6 курсе). На зачете и экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы модуля дисциплины – залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Приложение А к рабочей программе модуля учебной дисциплины

**Методические указания для обучающихся по освоению модуля
«Госпитальная терапия»**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

5 курс

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.1: Миокардиты

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике миокардитов, определению варианта течения, тяжести болезни, проведению дифференциальной диагностики, правильному выбору тактики лечения в зависимости от этиологии и тяжести болезни.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность миокардитов, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, особенности синдрома поражения миокарда при миокардитах, диагностические критерии миокардита, критерии тяжести миокардитов, принципы, методы терапии.
2. Обучить обследованию больных с патологией сердечно-сосудистой системы, алгоритму диагностического поиска при синдроме поражения миокарда, диагностике миокардитов, умению формулировать диагноз миокардита согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от степени тяжести и этиологии.
3. Изучить методы диагностики и лечения миокардита, дифференциальную диагностику с кардиомиопатиями.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность заболеваний миокарда (ЗМ), этиологию, патогенез миокардитов, классификацию, диагностические критерии миокардитов, принципы и методы лечения миокардитов
2. После изучения темы: определение и сущность миокардита, этиологию, патогенез миокардитов, современную классификацию миокардитов, алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения миокарда, методы диагностики миокардитов, диагностические критерии миокардитов, критерии течения и тяжести миокардитов, дифференциальную диагностику миокардитов и кардиомиопатий, показания, противопоказания, принципы и методы терапии миокардитов.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с сердечно-сосудистой патологией, провести общий осмотр, выявить синдром поражения миокарда, его особенности, оценить данные

дополнительных исследований (ЭКГ, ЭХОКС, рентгенография, иммунологические тесты и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с заболеваниями миокарда (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики миокардитов. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторингования ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения миокардитов, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и патоморфология миокардитов.
2. Этиология, патогенез миокардитов.
3. Этиологическая классификация миокардитов, критерии степени тяжести, варианты течения.
4. Клиническая картина, методы диагностики миокардитов.
5. Диагностические критерии миокардита.
6. Дифференциальный диагноз миокардитов.
7. Принципы и методы лечения в зависимости от этиологии и степени тяжести.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной М., 28 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при ходьбе, перебои в работе сердца, сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Данные жалобы в течение недели. За 2 недели до этого перенесла грипп, сопровождающийся

высокой температурой.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Пульс 116 в мин., периодически выпадение пульса. АД-110/70 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. На верхушке ослабление 1 тона и систолический шум. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена.

Общий анализ крови: Эр.- $4,3 \times 10^{12}/л$; Нв-130г/л; Ле- $6,0 \times 10^9/л$; СОЭ-30 мм/час.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: поражения миокарда, воспалительный, нарушения ритма, сердечной недостаточности.

2. Предварительный диагноз: Инфекционный (вероятно вирусный) миокардит, острое течение, средней степени тяжести. СН 2А (ФКЗ).

3. План обследования: ЭКГ, холтер для уточнения синдрома нарушения ритма, ДЭХОКГ (дилатация левых отделов сердца, снижение фракции выброса, регургитация на митральном клапане), рентгенография грудной клетки для исключения признаков застоя в малом круге.

4. В общем анализе крови повышение уровня СОЭ подтверждает воспалительный синдром.

5. План лечения: режим палатный, диета 10, напроксен 0,5 2 р/сутки, периндоприл с 2,5 мг/сутки по уровню АД, небиволол с 2,5 мг/сутки по уровню АД и ЧСС, верошпирон 50 мг/сутки.

6. Контроль СОЭ, СРБ, ЭКГ, ЭХОКГ 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года.

7. Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной К., 40 лет, автослесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2 дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, в связи с чем пациент был госпитализирован.

С 35-летнего возраста пациент отмечал кратковременное приступообразное сердцебиение. На протяжении полугода после перенесенного гриппа приступы сердцебиения участились и стали более продолжительными, возникали при обычной физической нагрузке и сопровождались одышкой и общей слабостью. 2 нед назад переболел острым респираторным заболеванием, проявившимся ринореей, головной болью и лихорадкой до 38 °С. В течение 2 дней беспокоит постоянная ноющая боль в области сердца, не ослабевающая после приема нитроглицерина, сердцебиение стало постоянным, появились отеки стоп. При осмотре в момент поступления обнаружены цианоз губ и кончика носа, отек стоп и лодыжек, мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах легких, смещение левой границы сердца на 2 см влево, глухость сердечных тонов, тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет), АД - 100/60 мм рт.ст., печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации.

Общий анализ крови: Эр.- $5,3 \times 10^{12}/л$; Нв-133г/л; Ле- $10,0 \times 10^9/л$; СОЭ-48 мм/час. СРБ-40 мг/л

1. Выделите синдромы.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Назначьте лечение, обоснуйте свое решение.

Задача № 2

Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,5°С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшные, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в

минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, лейкоц. - $15,1 \times 10^9/л$, эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон- 9%, СОЭ - 6 мм/час.

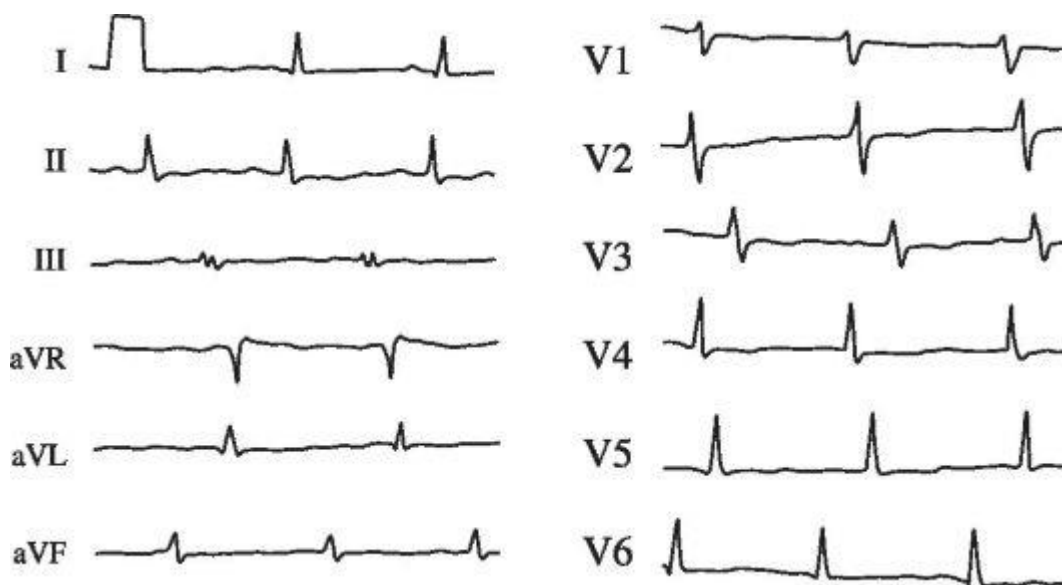
СРБ-34 мг/л. Посев крови стерилен.

1. Выделите синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте план дообследования.
5. Назначьте лечение.

Задача № 3

Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до $38,5^\circ\text{C}$. В связи с появлением изменений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность не отягощена. При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела $36,7^\circ\text{C}$. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 42 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α_1 - 3,9 %, α_2 - 10,3 %, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - 36 мг/л. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. ЭКГ прилагается.



1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.

3. Составьте и обоснуйте план обследования больной.
4. Приведите дифференциальный диагноз миокардита с кардитом при ревматической лихорадке.
5. Назначьте лечение больной.
6. Каков прогноз заболевания?

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить классификацию и диагностические критерии миокардитов.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения миокарда.
3. Проведите дифференциальный диагноз между ревматическим и неревматическим миокардитом.
4. Изучить схемы и принципы базисной терапии при миокардитах.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Этиологическая классификация миокардитов.
2. Какие клинические проявления характерны для легкого течения миокардита?
3. Какие клинические проявления характерны для миокардита средней степени тяжести?
4. Каковы клинические особенности миокардита Абрамова Фидлера?
5. Какие изменения на ДЭХОКГ характерны для тяжелого миокардита?
6. Проведите дифференциальный диагноз между ревматическим и неревматическим миокардитом.
7. Перечислите основные принципы лечения миокардитов.
8. Каковы показания к назначению глюкокортикоидов при миокардитах?
9. Перечислите побочные эффекты НПВП со стороны сердечно-сосудистой системы.
10. Почему применение НПВП не рекомендуется к применению при вирусных миокардитах?
11. Какие НПВП имеют наименьший кардиотоксический эффект?

3. Примеры тестовых заданий.

1. К большим признакам поражения миокарда при миокардитах относят
 - а) тахикардию
 - б) ритм галопа
 - в) ослабление I тона
 - г) кардиомегалию
 - д) все перечисленное
2. Для очагового миокардита характерно
 - а) кардиомегалия
 - б) застойная сердечная недостаточность
 - в) повышение уровня КФК
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
3. На ЭХО-КС при остром миокардите выявляют:
 - а) снижение фракции выброса ЛЖ
 - б) гипертрофию ЛЖ
 - в) снижение конечно-диастолического объема в ЛЖ
 - г) все перечисленное

4. У больной 20 лет, после обострения хронического тонзиллита, появились колющие боли в области сердца, одышка при ходьбе, боли в коленных суставах. СОЭ 56 мм/ч. Ваш диагноз?
- инфекционный миокардит
 - острая ревматическая лихорадка
 - СКВ
 - тонзилогенная миокардиодистрофия
5. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:
- Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
 - Биопсии миокарда.
 - Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
 - Радионуклидной вентрикулографии.
 - Всего перечисленного.
6. При установлении диагноза миокардита:
- Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".
 - Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
 - Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
 - Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".
 - Правильного ответа нет.
7. При тяжелом течении миокардита возможно применение:
- Глюкокортикоидных гормонов.
 - Азатиоприна.
 - Оба ответа правильные.
 - Правильного ответа нет.
8. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:
- Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
 - Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
 - Оба ответа правильные.
 - Правильного ответа нет.

Ответы к тестовым заданиям							
1-г)	2-д)	3-а)	4-б)	5-в)	6-б)	7-а)	8-а)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Киров, 2012.

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.2: Кардиомиопатии

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике кардиомиопатий (КМП), и правильному выбору тактики лечения в зависимости от формы и стадии болезни.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность КМП, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, особенности синдрома поражения миокарда при различных формах КМП, критерии постановки диагноза первичных и вторичных КМП, принципы, методы терапии при КМП.
2. Обучить обследованию больных с патологией сердечно сосудистой системы, алгоритму диагностического поиска при синдроме поражения миокарда, диагностике КМП, умению формулировать диагноз КМП согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от формы, варианта течения, стадии заболевания.
3. Изучить методы диагностики и лечения КМП, дифференциальную диагностику с миокардитами, ИБС, АГ, пороками сердца.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность болезней миокарда (БМ), этиологию, патогенез КМП, классификацию особенности клиники, диагностические критерии, основные клинические синдромы КМП. Основные клинические синдромы и классификация вторичных КМП. Принципы и методы лечения КМП.
2. После изучения темы: определение и сущность, этиологию, патогенез, современную классификацию БМ. Алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения миокарда. Методы диагностики КМП (ДКМП, ГКМП, РКМП, АПКМП), вторичных КМП. Диагностические критерии КМП. Дифференциальную диагностику КМП с миокардитами, поражением миокарда при ИБС, АГ, ВПС. Показания, противопоказания, принципы и методы терапии КМП.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с патологией сердечно сосудистой системы, провести общий осмотр, выявить синдром поражения миокарда, его особенности, оценить данные дополнительных исследований, провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с заболеваниями миокарда (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики КМП. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторирования ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения КМП, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация первичных БМ (миокардит, кардиомиопатии первичные и вторичные)
2. Определение и патоморфология КМП, понятие о первичных и вторичных КМП.

3. Первичные КМП: этиология, патогенез, классификация, нарушения гемодинамики, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз с вторичными кардиомиопатиями, ИБС, АГ, пороками сердца, критерии постановки диагноза, лечение.
4. Вторичные КМП: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача № 1

Больной 58 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, перебои в работе сердца.

Из анамнеза болезни: считает себя больным в течение 1 года, когда впервые появилась одышка при значительной физической нагрузке, затем толерантность к нагрузкам уменьшалась и одышка стала появляться и при медленной ходьбе, появились отеки на нижних конечностях и перебои в работе сердца. Обратился к врачу и был госпитализирован.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД в покое 24 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая по передней подмышечной линии, верхняя – III ребро. При аускультации – тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 85 в мин. Рульс – 72 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 15:14:13 см. Отеки до нижней трети голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, вольтаж снижен, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. ЭХО-КГ: КДРЛП – 50 мм, КДРЛЖ – 69мм, ТМЖП – 11 мм, ТЗСЛЖ – 12мм, КДРПЖ – 37 мм, ФВ – 30%, выявлена гипокинезия задней стенки ЛЖ и МЖП.

Эталон решения задачи.

1. Ведущий синдром – синдром поражения миокарда, синдромы нарушения ритма, сердечной недостаточности.
2. Предварительный диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу перманентной формы фибрилляции предсердий. ХСН IIБ, IIIФК.
3. План обследования. Данному пациенту проведено ЭКГ, ЭХО-КГ, которых для постановки диагноза в данном случае вполне достаточно. На ЭХО-КГ выявлена типичная для дилатационной кар-

диомиопатии картина. У данного пациента не выявлено сопутствующих заболеваний, наличие которых приводило бы к дополнительному дифференциально-диагностическому поиску.

4. Лечение. Режим II. Стол №10. Периндоприл 5 мг по ½ т. в сутки (начальная доза) под контролем АД, затем постепенно повышать дозу до максимальной 5-10 мг/сутки при хорошей переносимости пациента. Фуросемид в дозе 40 мг, верошпирон 100 мг/сутки. Поскольку у данного пациента имеется перманентная форма фибрилляции предсердий, необходимо назначить антиаритмический препарат. В данном случае β-адреноблокаторы противопоказаны, т.к. ФВ составляет лишь 30% и низкий уровень АД, поэтому необходимо назначить сердечные гликозиды: дигоксин 0,25 мг утром, ежедневно, под контролем ЧСС и ЭКГ. У пациента имеется перманентная фибрилляция предсердий, поэтому целесообразно назначить постоянную антикоагулянтную терапию, например: варфарин начальная доза 2,5 мг/сутки под контролем МНО, с постепенным повышением до постоянного уровня МНО 2-3.

5. На фоне проводимого лечения необходимо проводить контроль ЭХО-КГ 1 раз в месяц. При неэффективности терапии целесообразно решение вопроса о трансплантации сердца.

6. Прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №1

Больной К., 54 лет поступил в кардиологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, усиливающееся при ходьбе, перебои в работе сердца, давящие боли в левой половине грудной клетки при ходьбе и в покое, без эффекта от приема нитроглицерина, отеки ног, увеличение живота, боли в правом подреберье.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда появились и стали нарастать: одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. В течение последних 10 лет работал на заводе "Химпром" (контакт с бензолом). Последние 6 месяцев какими-либо простудными, инфекционными, аллергическими заболеваниями не болел.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз, положение - ортопное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Перкуторно левая граница сердца - в 6 межреберье по передне-подмышечной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений - 100 в 1 минуту. Живот увеличен в объеме за счет асцита.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Отеки стоп, голеней, бедер. ОАК: Эритроциты- $4,5 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-152г/л Цветной показатель-0,9 Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$; Лимфоциты- 25% Моноциты- 5% СОЭ -9 мм/час.

Общий белок- 68 г/л Альбумины- 37 г/л Глобулины- 31 г/л Аспаратаминотрансфераза-24 ед/л Креатининфосфокиназа -60 ед/л Лактатдегидрогеназа-130. ед/л.

На электрокардиограмме - зубец Р отсутствует, волны ff, расстояния R-R - различны. Частота сокращений желудочков 100-120 ударов в минуту.

При эхокардиографии: аорта не изменена, диаметр аорты-3,1см, открытие аортального клапана - 1,8см, левое предсердие - 4,2см, правое предсердие - 4,5см, конечный диастолический размер (КДР) -6,7см, конечный систолический размер (КСР)-5,7см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8см, фракция выброса 30%. Гипокинезия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

При рентгенографии: увеличение всех камер сердца, сердечная талия сглажена, определяется выпуклость и удлинение дуги левого желудочка.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача №2

Больной К., 44 года. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьбе), тяжесть в правом подреберье. Перебои в работе сердца, отеки на ногах.

Считает себя больным в течение года, когда появилась одышка. Последние полгода – отеки на ногах, перебои в работе сердца. Ранее ни чем не болел.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. Пульс-98 в мин. АД-100/80 мм.рт.ст. ЧДД-28 в мин. дыхание жесткое, в нижних отделах незвучная крепитация. Печень +6,0 см ниже правого края реберной дуги. Отеки стоп и голеней.

Общий анализ крови: Эр.- $4,7 \times 10^{12}/л$; Нв-130г/л; Ле- $5,6 \times 10^9 /л$;

1. СОЭ-10 мм/час. СРП (отр).

ЭХОКС: ЛП-50 мм; ЛЖ-70 мм; ЗСЛЖ=МЖП=10 мм; ФВ-38%.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача №3

Больной Н., 40 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе, не купирующиеся нитроглицерином, одышку при физической нагрузке, приступы сердцебиения, головокружения, обмороки, слабость. Из анамнеза: впервые шумы в сердце были выявлены в 6 лет, но обследование не проводилось. В 16 лет был поставлен на диспансерный учет к ревматологу и освобожден от службы в армии. Полгода назад появились обморочные состояния. Брат больного внезапно умер в молодом возрасте. Общее состояние больного средней тяжести. Частота дыхания - 18 в минуту. В лёгких - дыхание везикулярное. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Перкуторно - левая граница относительной тупости сердца соответствует локализации верхушечного толчка. Правая - по правому краю грудины. Аускультивно - тоны сердца приглушены, ритмичны, во 2 м/р справа и т. Боткина выслушивается систолический шум. Громкость шума усиливается в положении "стоя" и уменьшается при сидении на корточках. Шум не проводится на сосуды шеи. АД - 130/90 мм рт.ст. Пульс - 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,5 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин- 152 г/л. Цветной показатель- 0,9. Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$. Эозинофилы- 1 %. Палочкоядерные - 3 %. Сегментоядерные- 67 %. Лимфоциты 25%. Моноциты- 4 %. СОЭ- 5 мм/час.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС-75 в минуту, RI+SIII=28 мм, RV5, V6=26 мм, RV6>RV5>RV4. Депрессия сегмента ST V5, V6 на 0,5 мм, зубец TV5-V6 - слабоотрицательный, зубец P - двугорбый и уширен в отведениях I, II, AVL.

Эхокардиография: диаметр аорты -3,2 см, открытие аортального клапана - 1,8 см, толщина межжелудочковой перегородки - 2,4 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,3 см. Конечный диастолический размер левого желудочка - 4,0 см, конечный систолический размер левого желудочка - 3,2 см. Левое предсердие - 4,2 см, правый желудочек - 2,3 см. Фракция выброса - 46%. Передне-систолическое движение створок митрального клапана. Среднесистолическое прикрытие створок аортального клапана, митральная регургитация ++. Внутрижелудочковый градиент давления - более 25 мм рт.ст. При рентгенографии грудной клетки легочные поля прозрачные, выбухание левой границы сердца в передне-задней проекции.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить классификацию и клинические проявления КМП.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при первичных кардиомиопатиях.
3. Проведите дифференциальный диагноз между дилатационной КМП, токсической кардиомиопатией, миокардитами, дифференциальный диагноз между первичными и вторичными КМП, между гипертрофической КМП и АГ, ИБС, ВПС.
4. Изучить схемы и принципы базисной терапии при КМП.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Дайте определение кардиомиопатии.
2. Какие Вы знаете современные причины развития ДКМП?
3. Какие основные синдромы обуславливают клиническую картину при ДКМП?
4. Предикторами неблагоприятного исхода ДКМП являются?
5. Какие нарушения гемодинамики происходят при ГКМП?
6. Чем обусловлены приступы стенокардии при ГКМП?
7. Какие Вы знаете основные эхокардиографические признаки ГКМП с обструкцией выносящего тракта?
8. Какие лекарственные средства являются препаратами выбора при ГКМП?
9. Какие основные звенья патогенеза рестриктивной кардиомиопатии Вы знаете?
10. Какие наиболее важные эхокардиографические изменения наблюдаются при аритмогенной дисплазии ПЖ.

3. Примеры тестовых заданий.

1. К первичным кардиомиопатиям не относят:

- а) дилатационная
- б) ишемическая
- в) гипертрофическая
- г) рестриктивная

2. Оцените данные эхо-кг и укажите наиболее вероятный вариант кардиомиопатии:

а) ЭХО-КГ: клапаны не изменены, подвижны. КДРЛП=54 мм, КДРЛЖ=62 мм, КДОЛЖ=278 мл, МЖП=11 мм, ЗСЛЖ=12 мм, ФВ=24%.

По доплеру: Е/А мк = 0,53, ВИВРЛЖ = 129 мс, регургитация на МК (+++).

б) ЭХО-КГ: признаки обструкции выносящего тракта. КДРЛП=42 мм, КДРЛЖ=68 мм, КДОЛЖ=89 мл, МЖП=17 мм, ЗСЛЖ=14 мм, ФВ=62%.

По доплеру: Е/А мк = 0,98, ВИВРЛЖ = 104 мс, регургитация на МК (+).

в) ЭХО-КГ: клапаны не изменены, подвижны. КДРЛП=41 мм, КДРЛЖ=55 мм, МЖП=11 мм, ЗСЛЖ=11 мм, ФВ=60%. По доплеру: Е/А мк = 2,17, ВИВРЛЖ = 62 мс.

3. При гипертрофической кардиомиопатии препаратами выбора являются:

- а) сердечные гликозиды
- б) β-адреноблокаторы
- в) нитраты
- г) диуретики

4. Какой метод диагностики является решающим в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией

- а) возраст и пол больного
- б) уровень липидов в плазме
- в) ЭХО-КГ
- г) коронароангиография

5. Выберите вариант А, если обе части имеют правильные формулировки, и обоснование точно объясняет смысл утверждения.

В – если утверждение правильно, а объяснение является неверным.

С – если утверждение ошибочно, а обоснование правильно.

1. У больных ГКМП с обструкцией выносящего тракта часто возникают боли за грудиной, особенно при физической нагрузке.	1. Появление болей за грудиной у больных обструктивной ГКМП в 100% случаев связано с атеросклерозом венечных артерий
2. Для ДКМП характерно формирование в полостях сердца пристеночных тромбов.	2. Образованию тромбов при ДКМП способствует замедление пристеночного кровотока из-за уменьшения сократимости миокарда.
3. При рестриктивной КМП прием диуретиков и периферических вазодилаторов в больших дозах улучшает состояние больного.	3. Диуретики и периферические вазодилаторы в больших дозах снижают сердечный выброс (из-за уменьшения преднагрузки) и провоцируют артериальную гипотензию.

6. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

- а) стенокардия напряжения
- б) развитие сердечной недостаточности
- в) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- г) желудочковая аритмия

7. К каждому пронумерованному определению подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой.

1. Заболевание, характеризующееся значительной дилатацией камер сердца, систоло-диастолической дисфункцией миокарда и отсутствием выраженной гипертрофии сердечной мышцы.	а) Гипертрофическая КМП
2. Заболевание, характеризующееся замещением миокарда ПЖ жировой или фиброзно-жировой тканью с атрофией, истончением стенки, образованием аневризматических выпячиваний, дилатацией полости и желудочковыми нарушениями ритма сердца.	в) Рестриктивная КМП
3. Заболевание, отличающееся значительной,	с) Дилатационная КМП

чаще асимметричной, гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочков, отчетливым преобладанием диастолической дисфункции миокарда и отсутствием дилатации полостей сердца.	
4.Группа первичных и вторичных заболеваний сердца, сопровождающихся поражением эндокарда и/или миокарда, которое приводит к выраженному фиксированному ограничению заполнения желудочков в диастолу и развитию диастолической дисфункции одного или обоих желудочков.	д) Аритмогенная дисплазия ПЖ

8. При каких заболеваниях сердечно-сосудистой системы развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

- а) инфаркт миокарда
- б) гипертрофическая кардиомиопатия
- в) дилатационная кардиомиопатия
- г) гипертоническая болезнь

9. Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано применение:

- а) метопролола
- б) новокаинамида
- в) верапамила
- г) кордарона

10. К рестриктивным кардиомиопатиям относятся:

- а) фиброэластоз эндокарда
- б) эндомиокардиальный фиброз
- в) амилоидоз сердца
- г) эозинофильная эндомиокардиальная болезнь

Ответы на тесты.

1. б.

2. а-Дилатационная КМП; б-Гипертрофическая КМП с обструкцией выносящего тракта; в-Рестриктивная КМП

3. б.

4. г.

5. 1-В

2-а

3-с

4-в

6. г.

7. 1-с

2-д

3-а

8. б.

9. г.

10. а, б, в, г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.3: Перикардиты

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике перикардитов, определению клинко-морфологической формы, варианта течения, правильному выбору тактики лечения в зависимости от этиологии, клинко-морфологической формы и осложнений.

Задачи:

1. Рассмотреть причины и механизмы скопления в полости перикарда трансудата и экссудата, определение и морфологическую сущность перикардитов, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, морфологию, нарушение гемодинамики, клинические симптомы сухого, выпотного и адгезивного перикардита, особенности нарушения гемодинамики, клинические проявления тампонады сердца.
2. Обучить обследованию больных с патологией сердечно сосудистой системы, алгоритму диагностического поиска при синдроме поражения перикарда, диагностике перикардитов и тампонады сердца, умению формулировать диагноз перикардита, согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения.
3. Изучить методы диагностики и лечения различных вариантов перикардитов и тампонады сердца, дифференциальную диагностику при перикардитах.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность перикардита, функциональную роль сердечной сорочки, причины и механизмы скопления в полости перикарда экссудата и трансудата, этиологию, патогенез перикардита, классификацию, особенности гемодинамики и клиники при различных типах перикардитов (сухой, выпотной, констриктивный). Определение, механизм развития, клинические синдромы тампонады сердца. ЭКГ-изменения, ЭХОКС и R-данные при различных типах перикардитов. Принципы и методы лечения перикардитов.
2. После изучения темы: определение и сущность перикардитов. Этиологию, патогенез перикардитов. Современную классификацию перикардитов. Алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения перикарда. Особенности гемодинамики и клиники при различных типах перикардитов (сухой, выпотной, констриктивный). Методы диагностики перикардитов. ЭКГ-изменения, ЭХОКС и R-данные при различных типах перикардитов. Тампонада сердца: определение, гемодинамические особенности и клинические синдромы. Особенности течения некоторых форм перикардитов (вирусный, туберкулезный,

ревматический, волчаночный, уремический, перикардит на почве опухолей). Показания, противопоказания, принципы и методы терапии перикардитов.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с сердечно-сосудистой патологией, провести общий осмотр, выявить синдром поражения перикарда, его особенности, оценить данные дополнительных исследований (ЭКГ, ЭХОКС, рентгенография, иммунологические тесты и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с заболеваниями перикарда (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики перикардитов. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторинг ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения перикардитов, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Причины и механизмы скопления трансудата в полости перикарда.
2. Причины и механизмы скопления экссудата в полости перикарда.
3. Перикардит: определение, морфология, этиология, патогенез, классификация.
4. Фибринозный перикардит: морфология, клиника, диагностика, лечение.
5. Выпотной перикардит: морфология, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, лечение.
6. Тампонада сердца: этиология, гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
7. Показания к пункции перикарда.
8. Констриктивный перикардит: морфология, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, лечение.
9. Клинические особенности отдельных форм перикардитов (вирусный, туберкулезный, ревматический, волчаночный, уремический, перикардит на почве опухолей).

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ, чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия

9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная В., 52 года. Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах.

Одышка, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах – в течение месяца. Ранее ни чем не болела.

Объективно: Диффузный цианоз и одутловатость лица и верхней половины туловища. Набухшие шейные вены. Пульс – 104 в мин., ритмичный, слабого наполнения, при глубоком вдохе наполнение пульса резко уменьшается. АД – 80/60 мм.рт.ст. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы абсолютной тупости не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень +4,0 см, край ровный, мягкий, закруглен. На ногах отеки.

Рентгенография сердца: 3-4 дуги не дифференцируются. Пульсация по контуру отсутствует. Кардио-торакальный индекс 75%.

Общий анализ крови: Эр.- $4,6 \times 10^{12}$ /л; Нв-136г/л; Ле- $11,2 \times 10^9$ /л; Э-2%; П-56%; С-18%; Л-42%; М-1%; СОЭ-40 мм/час. СРБ – 27 мг/мл.

Эталон решения задачи:

1. Синдром выпота в перикард, синдром верхней полый вены, синдром нижней полый вены, малого сердечного выброса. Синдром интоксикационно-воспалительный.
2. Предварительный диагноз: Выпотной перикардит, неуточненной этиологии, острое течение. Синдром сдавления ВПВ. Синдром сдавления ВПВ. Тампонада сердца.
3. План обследования: ЭКГ (возможно снижение вольтажа, электрическая альтернация), ЭХО-КС (наличие выпота в полости перикарда и признаки тампонады).
4. Лечение: перикардиоцентез, режим палатный, диета 10, диуретики.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Мужчина 30 лет, инженер, жалуется на тяжесть в области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 3 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C , через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет. Две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхоаденит.

Объективно: Цианоз, одутловатость лица, шеи, верхней половины туловища, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая - на 3 см кнаружи от края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ослаблены. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. АД - 110/80 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастриальной области и правом подреберье. Печень выступает на 6 см, уплотнена.

Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 125 г/л, лейкоц. - $10,9 \times 10^9$ /л, эоз. - 1%, пал. - 8%, сегм. - 45%, лимф. - 40%, мон. - 4%, СОЭ - 84 мм/час.

Сыворотка крови: СРБ 56 мг/мл, АСТ - 20 Е/л, АЛТ - 16 Е/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, белок - 0,033%, эр. - 0-1 в п/зр., лейкоц. - 3-4 в п/зр.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Назначьте лечение, обоснуйте свое решение.

Задача № 2

Мужчина 25 лет, живет в сельской местности.

Поступает с жалобами на одышку при небольших физических усилиях, отеки стоп.

Одышка с медленным постепенным нарастанием беспокоит в течение последнего года. До 23 лет был практически здоров. Служил в армии с 18 до 20 лет, затем работал в сельском хозяйстве механизатором. В возрасте 23-24 лет "болел" – отмечались длительное недомогание, "ломота", познабливание, потливость, боли в грудной клетке, сухой кашель, похудание. Лечился домашними средствами – баня, настои трав; самочувствие на некоторое время улучшалось. Нарастающая одышка заставила бросить работу, занимался на дому только легким физическим трудом.

Наследственность не отягощена. Вредные привычки – курит с 16 лет по пачке папирос в день, алкоголь употребляет нерегулярно, иногда помногу, последний год – не употребляет. Перенесенных заболеваний не помнит.

При осмотре: Правильного телосложения, умеренного питания, кожа чистая; лицо, шея, верхняя половина туловища в положении лежа имеют слабый цианотично-багровый колорит. Шейные вены контурируются. На стопах – отеки. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. Над легкими – легочный звук, границы в норме, дыхание везикулярное. Сердце – толчок визуально и пальпаторно не определяется, границы в норме, тоны приглушены, шумов и акцентов нет. Пульс 90 уд. в мин., небольшого наполнения, ритм правильный. АД 90 и 60 мм рт. ст. Живот мягкий, вздутый, безболезненный. Печень выступает из-под ребра на 6-7 см, гладкая, болезненная. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. ЦНС – в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3.8 млн., цветовой показатель 0.8, тромбоциты 256000, лейкоциты 8500; лейкоцитарная формула: палочкоядерные 4%, сегментоядерные 64%, эозинофилы 2%, лимфоциты 25%, моноциты 5%; СОЭ 27 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1.025, белок 0.033, осадок – эритроциты 0-1 в п/зр.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС, снижение вольтажа зубцов.

Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких очаговых и инфильтративных изменений нет, тень сердца не расширена, пульсация по контуру определяется с трудом; корни легких расширены за счет полнокровия центральных вен; определяются плевроперикардальные спайки.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение, обоснуйте свое решение.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ, чтение рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Выписать причины и механизмы скопления в полости перикарда экссудата и трансудата.
2. Изучить классификацию и клинические проявления перикардитов.
3. Обратить внимание на диагностику и лечение тампонады сердца, показания к пункции перикарда.
4. Составить алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения перикарда.
5. Обратить внимание на особенности течения и методы диагностики вирусного, туберкулезного, ревматического, волчаночного, уремического, опухолевого перикардита.
6. Изучить принципы и методы терапии при перикардитах.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Каковы причины скопления трансудата в полости перикарда?
2. Перечислите основные отличия экссудата от трансудата.

3. Перечислите основные причины перикардитов.
4. Перечислите клинико-морфологические формы перикардитов.
5. Перечислите особенности шума трения перикарда в отличие от шумов при пороках сердца и шума трения плевры.
6. Какие клинические проявления характерны для синдрома верхней полой вены?
7. Какие нарушения гемодинамики происходят при тампонаде сердца?
8. Что означает термин «парадоксальный пульс»?
9. Перечислите показания к пункции перикарда.
10. Какие изменения на ДЭХОКГ характерны для тампонады сердца?
11. Перечислите основные принципы лечения перикардитов.
12. Каковы показания к назначению глюкокортикоидов при перикардитах?
13. Какой метод лечения применяют при констриктивном перикардите?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Причиной скопления экссудата в полости перикарда может быть:
 - а) застойная сердечная недостаточность
 - б) гипотиреоз
 - в) острая ревматическая лихорадка
 - г) опухоли средостения
 - д) нефротический синдром
2. Для транссудата характерно:
 - а) уд.вес более 1018
 - б) белок 38 г/л
 - в) положительная проба Ривальта
 - г) отрицательная проба Ривальта
3. Какой из признаков позволяет предположить констриктивный перикардит:
 - а) набухание шейных вен, увеличивающееся на вдохе
 - б) усиление тонов сердца
 - в) ортопноэ
 - г) преобладание признаков левожелудочковой недостаточности
4. Какие изменения экг характерны для экссудативного перикардита?
 - а) нарушение проводимости
 - б) подъем сегмента ST
 - в) снижение сегмента ST
 - г) снижение вольтажа зубцов R
 - д) высокие остроконечные T
5. Какой признак наиболее характерен для тампонады сердца?
 - а) парадоксальный пульс
 - б) увеличение пульсового давления
 - в) глухие тоны сердца
 - г) усиленный верхушечный толчок
 - д) расширение сердца
6. При констриктивном перикардите нарушение гемодинамики происходит вследствие:
 - а) сдавления путей притока крови к сердцу
 - б) нарушения диастолического наполнения желудочков
 - в) снижения сократительной способности миокарда
 - г) сочетания а), б), в)
7. Для выпотного перикардита не характерно:
 - а) ЦВД 15 мм.рт.ст.
 - б) набухание шейных вен
 - в) асцит
 - г) ортопноэ
 - д) застой в малом круге

8. Какое исследование более информативно в отношении выявления перикардиального выпота?
- ЭКГ
 - ФКГ
 - ЭХО-КС
 - R-графия грудной клетки
9. Показания к пункции перикарда:
- гидроперикард
 - тампонада сердца
 - адгезивный перикардит
10. При выпотном перикардите показано назначение:
- диуретиков
 - нитратов
 - в-блокаторов
 - ингибиторов АПФ

Ответы к тестовым заданиям									
1-в)	2-г)	3-а)	4-г)	5-а)	6-г)	7-д)	8-в)	9-б)	10-а)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.4: Врожденные пороки сердца

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике врожденного порока сердца (ВПС), определению топике дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП), дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП), коарктации аорты (КоА), открытого артериального протока (ОАП), изолированного стеноза легочной артерии (ИСЛА), проводить дифференциальную диагностику с приобретенными пороками сердца, ориентироваться в этапах диагностического поиска и выборе лечения.

Задачи:

- Рассмотреть определение и сущность ВПС, причины и факторы риска рождения ребенка с ВПС, классификацию ВПС.
- Обучить обследованию больных с ВПС, алгоритму диагностического поиска при синдроме поражения эндокарда, дифференциальной диагностике ВПС с приобретенными
- Изучить методы диагностики и лечения ДМПП, ДМЖП, ОАП, ИСЛА, КоА.
- Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентом.
- Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность ВПС, этиологию, классификацию ВПС, нарушения гемодинамики, клинику, диагностику, показания к оперативному лечению при ДМПП, ДМЖП, КоА, ОАП, ИСЛА, принципы и методы консервативной терапии ВПС.
2. После изучения темы: определение, сущность, этиологию, современную классификацию ВПС, алгоритм диагностического поиска при ВПС, дифференциальную диагностику ВПС с приобретенными пороками сердца, клинику, методы диагностики, показания к оперативному лечению при ДМПП, ДМЖП, КоА, ОАП, ИСЛА, принципы и методы консервативной терапии ВПС.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с ВПС, провести общий осмотр больного с пороком сердца, выявить синдромы, оценить данные дополнительных исследований (ЭКГ, ЭХОКС и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного ВПС с обоснованием, уметь диагностировать и проводить профилактику осложнений ВПС.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с пороком сердца (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики ВПС. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторингирования АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения ВПС, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и сущность понятия ВПС.
2. Основные причины и факторы риска, предрасполагающие к формированию ВПС.
3. Классификация ВПС.
4. Этапы диагностического поиска при постановке диагноза ВПС.
5. Дифференциальный диагноз ВПС с приобретенными пороками сердца.
6. Нарушения гемодинамики, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению при дефекте межпредсердной перегородки, дефекте межжелудочковой перегородки, открытом артериальном протоке, изолированном стенозе легочной артерии и коарктации аорты.
7. Принципы и методы консервативной терапии ВПС.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ, чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

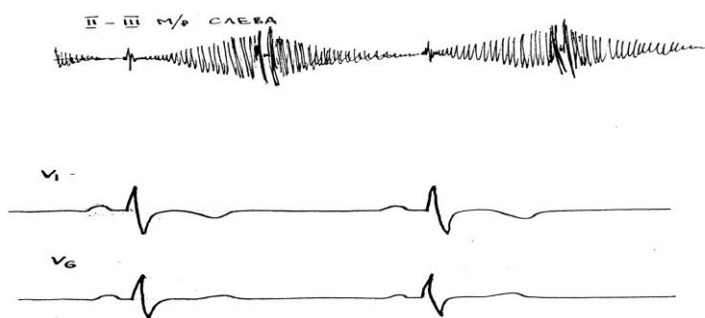
1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.

6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**: - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной В., 20 лет. Жалобы на быструю утомляемость, одышку при обычной ходьбе. Данные жалобы беспокоят в течение последних 5 лет. В детстве отмечает частые ОРЗ.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Пульс –92 уд.в мин., ритмичный. АД – 120/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень по краю реберной дуги.



Эталон решения задачи:

1. Синдромы: нарушения внутрисердечной гемодинамики – ведущий; поражение миокарда; легочной гипертензии; хронической сердечной недостаточности.
2. Предварительный диагноз: Врожденный порок сердца: Открытый артериальный проток. Легочная гипертензия. ХСН ФКШ, НК IIа.
3. План обследования: рентгенография грудной клетки, ДЭХОКГ, консультация кардиохирурга, ангиография.
4. Больному показано оперативное лечение.
5. После оперативного лечения при сохранении легочной гипертензии ДЭХОКГ и консультация кардиолога ежегодно.
6. Прогноз для жизни и трудоспособности при успешном оперативном лечении и отсутствии осложнений благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

У больного Л., 16 лет, на мед. осмотре в военкомате выявлено повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Направлен на обследование в стационар. Предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

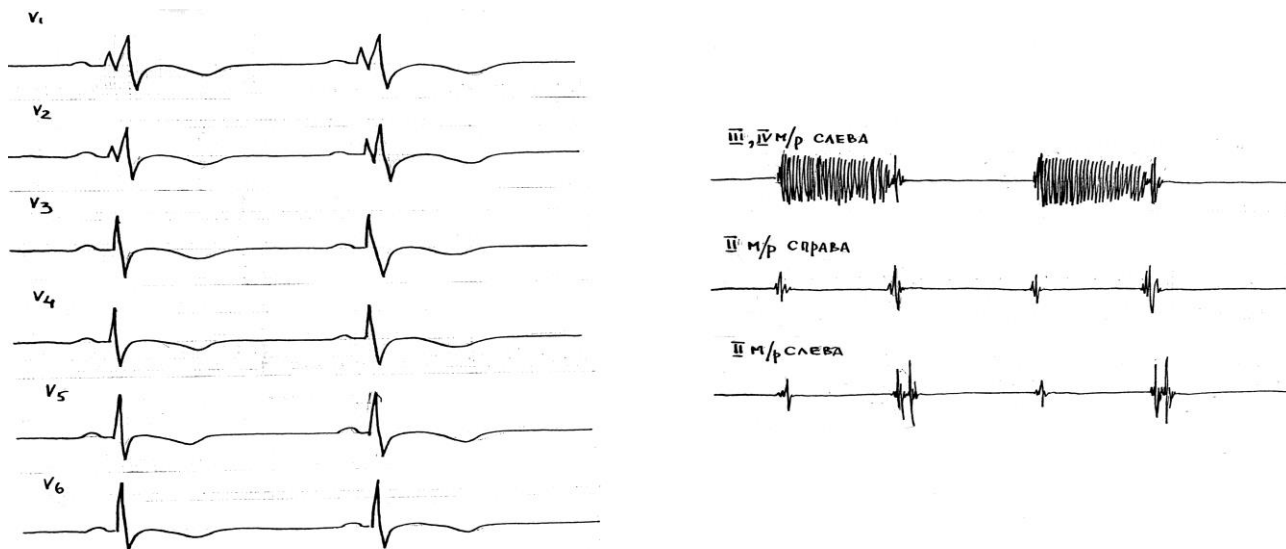
При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в мин. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не пальпируются. Нижние конечности холодные, бледные, пульсация сосудов слабая.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Намечить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача № 2

Больной К., 22 года. Жалобы на одышку и сердцебиение при быстрой ходьбе, быструю утомляемость. В детстве частые ОРЗ, дважды болел пневмонией.

Объективно: состояние удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов. Пульс – 84 уд. в мин., ритмичный. АД – 110/80 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена.



Рентгенограмма грудной клетки: усиление легочного артериального рисунка, выбухание второй дуги по левому контуру, «пульсация» корней легких.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий, Объясните механизм шума в 3-4 межреберье слева, изменения на ЭКГ, рентгенограмме грудной клетки.
2. Сформулируйте клинический диагноз согласно существующей классификации.
3. Составьте план обследования.
4. Тактика ведения.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ, чтение рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомьтесь с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Нарисуйте схемы нарушения гемодинамики и изменения аускультативной картины в зависимости от гемодинамической стадии порока при дефекте ДМПП, ДМЖП, КоА, ОАП, ИСЛА.
2. Изучите вопросы диагностики и лечения ДМПП, ДМЖП, КоА, ОАП, ИСЛА.
3. Составьте алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения эндокарда.
4. Проведите дифференциальный диагноз между ВПС и приобретенными.
5. Обратите внимание на показания к оперативному лечению при ДМПП, ДМЖП, КоА, ОАП, ИСЛА.
6. Изучите принципы и методы консервативной терапии при ВПС.
7. Обратите внимание на схемы профилактики инфекционного эндокардита при ВПС.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Какой смысл вкладывается в понятие «врожденный порок сердца»?

2. Что известно об этиологии ВПС?
3. Какие ВПС наиболее часто встречаются у взрослых?
4. Какие существуют морфологические типы ДМПП ?
5. Чем определяется клиника ДМПП?
6. Объясните механизм шума во II межреберье слева при ДМПП
7. Какие дополнительные методы исследования используются для подтверждения диагноза ДМПП?
8. Каковы показания к оперативному лечению при ДМПП ?
9. Какие дополнительные методы исследования применяются для подтверждения диагноза ОАП?
10. Каковы показания и противопоказания к оперативному лечению при ОАП?
11. Какова клиническая картина КоА?
12. Какие дополнительные методы исследования используются для подтверждения диагноза КоА?
13. Какие гемодинамические нарушения происходят при клапанном стенозе ЛА?
14. Какие методы диагностики применяются для подтверждения диагноза ИСЛА?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Наиболее частой причиной рождения ребенка с ВПС является:
 - а) хромосомные нарушения
 - б) мутации гена
 - в) воздействие ионизирующей радиации на организм матери
 - г) мультифакториальное наследование
 - д) правильно а) и б)
2. Какой признак характерен для хронической гипоксемии у больных ВПС
 - а) полиглобулия
 - б) анемия
 - в) снижение ОЦК
 - г) уменьшение фибринолитической активности крови
3. Укажите ВПС, относящийся к ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом
 - а) открытый артериальный проток
 - б) атрезия трехстворчатого клапана
 - в) коарктация аорты
 - г) изолированный стеноз легочной артерии
4. Выберите правильное утверждение относительно ДМЖП
 - а) чем громче шум, тем больше размер дефекта
 - б) чем громче шум, тем меньше размер дефекта
 - в) между громкостью шума и величиной дефекта нет связи
 - г) чем слабее шум, тем меньше размер дефекта
5. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики небольшого ДМЖП считают
 - а) аускультацию
 - б) двухмерную ЭХОКГ
 - в) левую вентрикулографию
 - г) рентгенологическое исследование
6. Показаниями к оперативному лечению при стенозе устья аорты является все перечисленное, кроме

- а) среднего градиента давления более 50 мм рт ст
 - б) площади аортального отверстия менее 0,75 см²
 - в) грубого систолического шума
7. Вторичный центральный ДМПП располагается в
- а) в области овальной ямки
 - б) в области венозного синуса
 - в) в нижней части межпредсердной перегородки
8. Наиболее характерный аускультативный признак ДМПП незначительных размеров
- а) систолический шум во II м/р слева
 - б) акцент II тона во II м/р слева
 - в) акцент II тона во II м/р справа
 - г) характерный признак отсутствует
9. У больного во втором межреберье слева от грудины выслушивается непрерывный систоло-диастолический шум. Ваш диагноз?
- а) стеноз легочной артерии
 - б) ДМПП
 - в) открытый артериальный проток
 - г) коарктация аорты
 - д) ДМЖП
10. Какой из инструментальных методов исследования безусловно подтверждает открытый артериальный проток?
- а) рентгенография
 - б) ЭКГ
 - в) ДЭХОКГ
 - г) аортография

Ответы к тестовым заданиям									
1-г)	2-а)	3-а)	4-б)	5-б)	6-в)	7-а)	8-а)	9-в)	10-г)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Врожденные пороки сердца у взрослых: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2018.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.5: Симптоматические артериальные гипертензии

Цель:

Способствовать формированию умений в диагностике синдрома артериальной гипертензии (АГ), выявлять ведущий патогенетический фактор повышения АД, проводить дифференциальную диагностику, ориентироваться в ступенчатой схеме обследования больных с АГ и в выборе адекватного патогенетического и, возможно, этиологического лечения АГ.

Задачи:

1. Рассмотреть вопросы этиологии, патогенеза симптоматических АГ, классификацию, особенности клинического течения и диагностики симптоматических АГ в зависимости от причины, основные направления дифференцированной терапии симптоматических АГ.
2. Обучить алгоритму диагностического поиска при синдроме артериальной гипертензии, дифференциальной диагностике с гипертонической болезнью, умению формулировать диагноз симптоматической АГ согласно существующей классификации.
3. Изучить методы диагностики и лечения симптоматических артериальных гипертензий в зависимости от формы, варианта течения, этиологии заболевания.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: механизмы регуляции АД, чем определяется САД и ДАД, определение и понятие ГБ, симптоматических АГ. Классификацию основных видов симптоматических АГ, особенности клиники основных видов симптоматических АГ, этапы диагностического поиска в постановке диагноза. Принципы и методы лечения симптоматических АГ. Артериальная гипертензия у пожилых, причины, диагностика, лечение.
2. После изучения темы: определение и сущность симптоматических АГ, этиологию, патогенез симптоматических АГ, современную классификацию симптоматических АГ. Алгоритм диагностического поиска при синдроме артериальной гипертензии, особенности клиники почечных, эндокринных, гемодинамических, церебральных, ятрогенных АГ. Дифференциальную диагностику артериальных гипертензий различной этиологии. Показания, противопоказания, принципы и методы терапии симптоматических артериальных гипертензий. Артериальная гипертензия у пожилых, причины, диагностика, лечение.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с сердечно сосудистой патологией, провести общий осмотр, выявить синдром артериальной гипертензии, его особенности, оценить данные дополнительных исследований (лабораторные и инструментальные: ЭКГ, ЭХОКС, АД монитор, и др.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с артериальной гипертензией (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики АГ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторинга АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких, УЗИ почек и др.). Методами лечения АГ, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение, особенности течения симптоматических артериальных гипертензий (САГ) в сравнении с гипертонической болезнью.
2. Классификация САГ.
3. САГ почечного генеза: причины, патогенез, особенности клинического течения, диагностика, принципы и методы лечения.

4. САГ гемодинамического происхождения: причины, патогенез, особенности клинического течения, диагностика, принципы и методы лечения.
5. САГ эндокринного генеза: причины, патогенез, особенности клинического течения, диагностика, принципы и методы лечения.
6. САГ нейрогенного генеза: причины, патогенез, особенности клинического течения, диагностика, принципы и методы лечения.
7. САГ ятрогенные: причины, патогенез, особенности клинического течения, диагностика, принципы и методы лечения.
8. Артериальная гипертензия у пожилых, причины, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная С., 36 лет. Вызов в приемное отделение: жалобы на приступообразные головные боли, чувство дрожи, потливость, сердцебиение, одышку, чувство страха.

Из анамнеза: приступы появились год назад, купируются самопроизвольно, внезапно. Периодичность 1 раз в 2 месяца. Последние 2 месяца частота увеличилась, приступы удлинились. Во время приступов выявлено АД=240/130 мм.рт.ст. Вне приступов АД=135/80 мм.рт.ст.

Объективно: кожные покровы влажные, гиперемированы. ЧД=22 в минуту. Дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. ЧСС 100 в минуту. АД 180/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота отмечено повышение АД до 260/140 мм.рт.ст., ЧСС до 120 в минуту, усилилось чувство страха.

Лабораторные данные во время криза: гемоглобин 146 г/л, эр.= $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты= 14×10^9 /л, СОЭ=16 мм/час. Гликемия 9,4 ммоль/л (вне криза – 5,2 ммоль/л).

Эталон решения задачи:

1. Синдром: гиперкатехолемии – ведущий, артериальной гипертензии.
2. Предварительный диагноз: Феохромоцитома, кризовое течение, Криз.
3. План обследования: УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря, при (-) результате КТ органов брюшной полости и надпочечников либо сцинтиграфия, позитронно-эмиссионная томография для выявления метастатических поражений. Исследование метанефрина в плазме крови и суточной моче.
4. Лечение: при кризе фентоламин 5-20 мг в/в медленно, при необходимости добавить β -

адреноблокаторы для купирования тахикардии. Лечение оперативное. В период предоперационной подготовки - длительно действующие альфа-адреноблокаторы (феноксibenзамин).

5. Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный в случае доброкачественной опухоли и отсутствии осложнений в пред- и послеоперационном периоде.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД - 120/80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220/130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10×10^9 /л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль/л, К - 6,2 ммоль/л, Na - 138 ммоль/л. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

1. Выделить синдромы.
2. Установить предварительный диагноз.
3. Наметить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальную диагностику.
5. Определить тактику лечения.

Задача № 2

Больная Н., 43 лет. Считает себя больной в течение 5 лет, когда появились головные боли и слабость в нижних конечностях. При обследовании в поликлинике были обнаружены повышенные цифры АД до 200/120 мм рт.ст. Лечилась по поводу гипертонической болезни. В последующем присоединились жажда, повышенное мочеотделение, мышечная слабость, которая особенно нарастала в холодный период года, когда больная с трудом передвигалась и писала.

Объективно: правильного телосложения. Кожа чистая. Левая граница сердца расширена на 2 см. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. Пульс 84 в минуту. АД 170/90 мм рт.ст.

Общий анализ крови без патологии. Калий плазмы – 2,2 ммоль/л. Анализ мочи: уд. вес 1008, белок отр., лейкоциты 2-3 в п/зр. Ночной диурез преобладает над дневным.

1. Выделите синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Задача №3

Больная 28 лет, больна хроническим пиелонефритом в течение 14 лет с ежегодными обострениями. В течение года беспокоят головные боли, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. Объективно: состояние удовлетворительное, $t = 36,5$ град. В лёгких везикулярное дыхание. ЧСС=72 в мин, тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. На глазном дне – ангиопатия сосудов сетчатки. Анализы крови – без патологии (креатинин 0,08 ммоль/л). Анализ мочи: отн. плотность 1015, щелочная, белок 0,066 г/л, лейкоциты 0-4 в п/зр.

1. Выделите синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить классификацию симптоматических АГ, особенности синдрома артериальной гипертензии при различных вариантах симптоматических АГ (почечные, эндокринные, гемодинамические, церебральные, ятрогенные).
2. Провести дифференциальный диагноз гипертонической болезни с симптоматическими АГ при патологии почек, эндокринной патологии, гемодинамических и церебральных нарушениях .
3. Составить алгоритм диагностического поиска при различных вариантах САГ (почечные, эндокринные, гемодинамические, церебральные, ятрогенные).
4. Обратить внимание на особенности назначения гипотензивной терапии при различных вариантах симптоматических АГ.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите особенности течения симптоматических артериальных гипертензий в отличие от гипертонической болезни.
2. Какие особенности течения характерны для почечных АГ?
3. Перечислите причины реноваскулярных АГ.
4. Проведите дифференциальный диагноз между эссенциальной АГ и ренопаренхиматозной АГ.
5. Где, кроме надпочечников можно обнаружить феохромоцитому?
6. Объясните механизм развития АГ при феохромоцитоме.
7. Какие препараты используются для купирования криза при феохромоцитоме?
8. Какие методы диагностики применяют для подтверждения диагноза феохромоцитомы?
9. Каковы клинические особенности течения АГ при синдроме Кона?
10. Какие методы диагностики применяют для подтверждения диагноза первичный гиперальдостеронизм?
11. Каковы клинические особенности течения АГ при синдроме Иценко-Кушинга?
12. Перечислите причины гемодинамических АГ.
13. Объясните механизм АГ при корктации аорты.
14. Перечислите причины нейрогенных АГ.
15. Перечислите основные причины ятрогенных АГ.
16. Объясните механизм АГ на фоне применения НПВП?

3. Примеры тестовых заданий.

1. В повышении АД участвуют следующие механизмы:
 - а) увеличение сердечного выброса
 - б) задержка натрия
 - в) увеличение активности ренина
 - г) увеличение продукции катехоламинов
 - д) повышение венозного давления
2. Повышенная выработка какого гормона обуславливает повышение АД при феохромоцитоме:
 - а) АКТГ

- б) СТГ
- в) адреналина
- г) тироксина
- д) альдостерона

3. Больная 55 лет наблюдается с Дз: гипертоническая болезнь II ст. Систематически получает атенолол, через день триампур. При очередной диспансеризации получены следующие показатели крови:

- а) креатинин 0,15 ммоль/л
- б) холестерин 5 ммоль/л
- в) билирубин 25 мкмоль/л
- г) глюкоза 12 ммоль/л
- д) общий белок 80 г/л

Какой из показателей явно не соответствует диагнозу и требует дополнительного объяснения?

4. Какое исследование надо выполнить для диагностики феохромоцитомы:

- а) суточная экскреция альдостерона с мочой
- б) определение ванилинминдальной кислоты в моче
- в) активность ренина плазму
- г) содержание кортизола в плазме

5. Как изменяется АД при аортальной недостаточности:

- а) не изменяется
- б) повышается только систолическое
- в) повышается только диастолическое
- г) повышается систолическое и понижается диастолическое
- д) понижается систолическое и повышается диастолическое

6. У 22-летней женщины при диспансеризации замечена асимметрия пульса на руках. АД 150/100 мм.рт.ст. слева и 120/70 мм.рт.ст. справа. СОЭ 28 мм/ч. Предположительный диагноз?

- а) коарктация аорты
- б) ВСД
- в) открытый артериальный проток
- г) неспецифический аортоартериит

7. Возникновение артериальной гипертензии после 55 лет, выслушивание систолического шума в околопупочной области указывает на возможность:

- а) первичного альдостеронизма
- б) феохромоцитомы
- в) реноваскулярной гипертензии
- г) коарктации аорты
- д) все верно

8. Какой из приведенных лекарственных препаратов необходимо назначить 40-летнему больному с первичным альдостеронизмом для гипотензивной терапии в период предоперационной подготовки?

- а) гипотиазид
- б) атенолол
- в) верошпирон
- г) эналаприл
- д) клофелин

9. Какой из препаратов не желателен для лечения артериальной гипертензии у больного эритремией с наличием гиперурикемии?

- а) гипотиазид
- б) амлодипин
- в) лизиноприл
- г) клофелин

10. Больной 35 лет страдает гипертонической болезнью II ст., имеет место гиперкинетический тип

гемодинамики. Какому из нижеперечисленных препаратов следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии:

- а) клофелин
- б) верошпирон
- в) коринфар
- г) метопролол

Ответы к тестовым заданиям									
1-д)	2-в)	3-г)	4-б)	5-г)	6-г)	7-в)	8-в)	9-а)	10-г)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.6: Инфекционный эндокардит

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике инфекционного эндокардита (ИЭ), правильному выбору тактики лечения.

Задачи:

1. Рассмотреть распространенность, определение и сущность ИЭ, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, диагностические критерии ИЭ.
2. Обучить обследованию больных с ИЭ, алгоритму диагностического поиска при синдроме поражения эндокарда, диагностике ИЭ, дифференциальной диагностике ИЭ с острой ревматической лихорадкой и другими причинами приобретенных пороков сердца, умению формулировать диагноз ИЭ согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от этиологии и варианта течения ИЭ.
3. Изучить методы диагностики и лечения ИЭ.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность ИЭ, этиологию, патогенез ИЭ, классификацию ИЭ, основные методы обследования больных с ИЭ, принципы и методы лечения ИЭ.
2. После изучения темы: определение и сущность ИЭ, этиологию, патогенез ИЭ, современную классификацию ИЭ, алгоритм диагностического поиска при пороках сердца, методы диагностики ИЭ, дифференциальную диагностику ИЭ с острой ревматической лихорадкой и другими причинами приобретенных пороков сердца, принципы и методы терапии ИЭ в зависимости от этиологии и формы течения.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с ИЭ, провести общий осмотр, выявить поражение клапанов сердца, их особенности, оценить данные дополнительных исследований (общий анализ крови, уровень СОЭ, СРБ и т.д., ЭКГ, ЭХО-КС), сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с ИЭ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики пороков сердца (врожденных и приобретенных). Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторингования АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения ИЭ, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, патогенез ИЭ.
2. Патоморфологические особенности при ИЭ.
3. Классификация ИЭ.
4. Частота поражения различных клапанов при ИЭ, особенности аускультативной картины.
5. Внесердечные проявления ИЭ.
6. Варианты течения ИЭ.
7. Диагностика ИЭ.
8. Дифференциальный диагноз с другими причинами приобретенных пороков сердца.
9. Диагностические критерии ИЭ.
10. Принципы и методы лечения ИЭ, показания к хирургическому лечению, схемы антибактериальной терапии в зависимости от этиологии и варианта течения.
11. Профилактика ИЭ: группы риска, схемы антибактериальной терапии.
12. Диспансерное наблюдение.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия

9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Н., 40 лет. Жалобы на ощущение усиленных сокращений сердца, пульсацию в голове, одышку при ходьбе на 100 м, по ночам просыпается от приступа одышки, которая уменьшается в положении сидя. Беспокоит быстрая утомляемость, выраженная слабость, тяжесть в правом подреберье, к вечеру пастозность ног. Похудел на 10 кг.

Из анамнеза: 3 месяца назад удалил зуб. В течение двух месяцев беспокоит повышение температуры до 38 С., одышка при ходьбе появилась месяц назад, одышка по ночам в течение последней недели.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 38 гр. Кожные покровы бледно-цианотичные, усиленная пульсация сонных артерий. В легких при аускультации в нижних отделах - крепитация. Пульс 90 в мин, altus, celer, magnus. Верхушечный толчок разлитой в 6-м межреберье по передней подмышечной линии. При пальпации определяется пульсация в яремной ямке и эпигастрии. Аускультативно: систолический шум на верхушке, первый тон сохранён. Во II м/р справа, в точке Боткина-Эрба диастолический шум, второй тон ослаблен. АД 140/50 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отёки голеней и стоп.

Перкуторно: расширение левой границы сердца на 3 см влево от левой СКЛ.

ЭхоКГ: аорта в восходящем отделе расширена, створки аортального клапана по краю утолщены, на правой коронарной створке - подвижные вегетации. Митральный клапан не изменен. ЛП 45 мм, ЛЖ 60 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9 мм. ФВ ЛЖ 45%. По доплеру: на аортальном клапане регургитация (+++), на митральном регургитация (++) . СДЛА 40 мм р.ст.

Алгоритм решения и эталон ответа к задаче.

Синдромы.

1. Ведущий – поражения эндокарда.

Прямые (клапанные) признаки поражения эндокарда: аускультативные данные - во II м/р справа второй тон ослаблен, там же и в точке Боткина-Эрба диастолический шум. Данные аускультации свидетельствуют об аортальной недостаточности. Гемодинамическим показателем, свидетельствующим о тяжести порока является пульсовое АД 90 мм.рт.ст. (АД 140/50 мм.рт.ст.). Систолическая гипертензия обусловлена увеличением сердечного выброса вследствие аортального порока (гемодинамическая артериальная гипертензия). Поражение эндокарда подтверждается данными ЭхоКС - створки аортального клапана по краю утолщены, на правой коронарной створке - подвижные вегетации, по доплеру: на аортальном клапане регургитация (+++).

2. Поражение миокарда.

Верхушечный толчок разлитой в 6-м межреберье по передней подмышечной линии. При пальпации определяется пульсация в яремной ямке и эпигастрии. Перкуторно - расширение левой границы сердца на 3 см влево от левой СКЛ. Аускультативно: систолический шум на верхушке, первый тон сохранён. Данные ЭхоКС - на митральном регургитация (++) , ЛЖ 60 мм. Систолический шум на верхушке следует рассматривать в рамках данного синдрома, т.к. нет значительного ослабления 1 тона и отсутствуют структурные изменения створок митрального клапана на ЭхоКС.

3. Хронической сердечной недостаточности.

Признаки левожелудочковой недостаточности - одышка при ходьбе на 100 м, по ночам просыпается от приступа одышки, которая уменьшается в положении сидя. . В легких при аускультации в нижних отделах - крепитация. СДЛА 40 мм р.ст.

Признаки правожелудочковой недостаточности – жалобы на тяжесть в правом подреберье, к вечеру пастозность ног. Объективно: печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отёки голеней и стоп. Приступы одышки по ночам, уменьшающейся в положении сидя свидетельствуют об ортопноэ – признаке тяжёлого состояния больного.

4. Интоксикационно-воспалительный синдром.

Выраженная слабость, похудел на 10 кг Температура тела 38 гр.

У больного за короткий промежуток времени сформировался аортальный порок по типу недостаточности с быстрым развитием дилатации левого желудочка и развитием тотальной сер-

дечной недостаточности на фоне интоксикационно-воспалительного синдрома. Эти данные позволяют заподозрить инфекционный эндокардит как причину порока. Данные ЭхоКС подтверждают диагноз – обнаружены вегетации на аортальном клапане (один из 2-х больших критериев ИЭ).

Диагноз: Первичный подострый инфекционный эндокардит, активность 3, аортальный порок по типу недостаточности, относительная недостаточность митрального клапана. ХСН II Б. ФК IV.

Дополнительные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (креатинин, протеинограмма, электролиты, трансаминазы, общий билирубин, СРБ), прокальцитонин, посев крови на стерильность, ЭКГ, чреспищеводное ЭХОКС, ФГДС (для исключения язвенного поражения на фоне выраженной сердечной недостаточности), консультация кардиохирурга.

Лечение: учитывая указание в анамнезе на экстракцию зуба, предшествующую развитию заболевания можно предположить *Str. Viridans* (наиболее вероятный возбудитель, либо энтерококк). При установленном возбудителе антибактериальная терапия проводится с учётом возбудителя и его чувствительности. При отрицательной гемокультуре: ампициллин внутривенно 12 г/сут в 4-6 введений + гентамицин внутривенно или внутримышечно 160- 240 мг/сут в 2-3 введения. Лечение сердечной недостаточности: фуросемид 40 мг утром натощак, верошпирон 50 мг утром, периндоприл 5 мг под контролем АД. Больному показано оперативное лечение (протезирование аортального клапана).

После оперативного лечения ДЭХОКГ и консультация кардиолога ежегодно. При отсутствии осложнений прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При поступлении жалуется на сильную слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии.

Болен в течение недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева - 1,5 x 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 x 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела - 38,9 С. Суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область, диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. - $2,6 \times 10^{12}$ /л, Нв - 107 г/л, цв.п. - 0,7, лейкоц. - $19,3 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 71%, лимф. - 12%, мон. - 5%.

Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, желчн. пигм. - 0, лейкоц. - 0-1-2 в п/зр., эр. - 2-3-5 в п/зр., эпителий - 0-1-3 в п/зр., бактерии ++, соли - мочевиная кислота.

ЭХО-КС - аорта не уплотнена, 25 мм, левое предсердие - 40 мм, ЛЖ - КДР 43 мм, КСР - 30 мм, фракция выброса - 0,58, МЖП - 15мм, дефект в мышечной части диаметром - 0,8 см, ЗСЛЖ - 17 мм, аортальный клапан - крупные вегетации на створках, амплитуда открытия - 1,0, митраль-

ный клапан - без патологии, в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане и через дефект в межжелудочковой перегородке, правый желудочек незначительно расширен.

1. Выделить синдромы.
2. Установить предварительный диагноз.
3. Наметить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Определить тактику лечения.

Задача № 2

Больная 27 лет предъявляет жалобы на головокружение при быстрой перемене положения тела, перебои в обл. сердца при значительной физической нагрузке.

Больной себя считает в течение 6 лет, заболевание связывает с родами, после которых долго держалась лихорадка.

Объективно: кожные покровы бледные. Пульсация шейных вен. Положительный капиллярный пульс. Верхушечный толчок разлитой. Приподнимающийся, определяется в V м/р на 2см от СКЛ. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости до передней подмышечной линии. Пульс – 92 в мин., АД-140/70мм.рт.ст. При аускультации:

сердца во II м/р справа и т. Б-Эрба ослабление 2 тона и диастолический шум. Над бедренными артериями выслушивается двойной тон Траубе.

Общий анализ крови: Эр.- $3,6 \times 10^{12}/л$; Нв-100г/л; СОЭ-65мм/час, АСЛО-отр.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите диф. диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача № 3

Больной К., 36 лет. Жалобы на одышку при ходьбе, слабость, потливость, сердцебиение, боли в области сердца, алтралгии, повышение t тела до 38-39° С, ознобы. 2 мес. Назад произведена экстракция зуба. С того времени повышение температуры, нарастание слабости, появилась одышка, боли в суставах.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы «кофе с молоком». На слизистой мягкого неба и на конъюнктивах мелкоочечные кровоизлияния. Положительный симптом «жгута», с-м Кончаловского-Румпеля-Леде. Пульс – 110 в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 90/60 мм.рт.ст. Во II м/р справа ослабление 2 тона и диастолический шум. Дыхание везикулярное. Печень +4см по краю реберной дуги. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Общий анализ крови: Эр.- $3,0 \times 10^{12}/л$; Нв-96г/л, Ле- $11,7 \times 10^9/л$; СОЭ-66мм/час.

Общ. ан. мочи: уд.вес – 1016; белок – 0,99; эр-4-6 в п/зр; л-0-2 в п/зр.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите диф. диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача №4

Больная О., 17 лет, поступила с жалобами на приступообразный кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, фебрильную лихорадку, слабость.

Заболела остро, когда после переохлаждения развился потрясающий озноб с последующим повышением температуры тела до 40°С и проливным потом. Затем присоединился приступообраз-

ный сухой кашель. Обратилась за медицинской помощью. На R-графии лёгких выявлена полисегментарная деструктивная пневмония в S2 и S6 правого лёгкого, в связи, с чем госпитализирована. Из анамнеза известно, что в течение 2-х лет злоупотребляет внутривенным введением героина.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 39⁰С. Дыхание ослабленное везикулярное над верхушкой правого лёгкого. ЧД 22 в мин. Перкуторно определяется: левая и верхняя границы не изменены, увеличение правой границы сердца на 1,5 см от правой парастернальной линии. Тоны сердца звучные, ослабление 1 тона на трёхстворчатом клапане, систолический шум на трёхстворчатом клапане. АД 115/70, пульс 96 уд/мин, ритмичный. Размеры печени по Курлову 12-10-10, край печени закруглён, умеренно болезненный при пальпации.

Дополнительные методы исследования:Общий анализ крови. Нб 100 г/л, эритроц. $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, СОЭ 55 мм/час.

R-графия органов грудной клетки: в обоих лёгких до 10 кольцевидных полостей размером от 5 до 10 мм. В проекции S6, S9, S10 справа и S9 слева определяются инфильтративные изменения лёгочной паренхимы.

ЭХОКС: трикуспидальная регургитация 3 степени, вегетации на трикуспидальном клапане до 11 мм, систолическое давление в лёгочной артерии 35 мм.рт.ст.

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить классификацию и диагностические критерии ИЭ.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при синдроме поражения эндокарда.
3. Проведите дифференциальный диагноз между ИЭ и острой ревматической лихорадкой.
4. Изучить схемы и принципы антибактериальной терапии при ИЭ.
5. Обратите внимание на показания к оперативному лечению ИЭ.
6. Изучите группы риска ИЭ, выпишите схемы антибактериальной терапии для профилактики ИЭ.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Назовите факторы риска развития ИЭ.
2. Какие особенности течения характерны для подострого течения ИЭ?
3. Какие клинические проявления характерны для острого течения ИЭ?
4. Охарактеризуйте абсолютные специфические клинические симптомы, которые могут встречаться при ИЭ.
5. Какие изменения характерны на ДЭХОКГ при ИЭ?
6. Какие показания к чреспищеводной ЭХОКГ при ИЭ.
7. О чем свидетельствует повышение уровня прокальцитонина у пациента?
8. Каковы правила забора крови на стерильность при подозрении на ИЭ?
9. Проведите дифференциальный диагноз ИЭ и повторной ревматической лихорадкой.
10. Какие диагностические критерии используют для постановки диагноза ИЭ?
11. Какие антибактериальные препараты применяют для лечения стрептококкового ИЭ?
12. Какие антибактериальные препараты применяют для лечения стафилококкового ИЭ?
13. Какие антибактериальные препараты применяют для лечения ИЭ при неизвестном возбудителе?

14. Какие антибактериальные препараты применяют для лечения ИЭ протезированных клапанов?
15. Какие антибактериальные препараты применяют для лечения ИЭ у наркоманов?
16. Какие осложнения могут развиваться у больного с ИЭ?
17. Перечислите показания к оперативному лечению при ИЭ.
18. Какие заболевания входят в группу высокого риска развития ИЭ?
19. Какие антибактериальные препараты используют для профилактики ИЭ при манипуляциях в полости рта?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:
 - а) лактобактерии
 - б) синегнойная палочка
 - в) зеленящие стрептококки
 - г) золотистые стафилококки
 - д) менингококки
2. Инфекционный эндокардит чаще возникает:
 - а) у больных, имеющих поражение клапанного аппарата
 - б) при интактных клапанах
 - в) частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение эндокарда и не имеющих его
3. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого эндокардита является:
 - а) лихорадка
 - б) артралгии
 - в) петехии на коже и слизистой
 - г) изменения формы ногтей
4. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
 - а) диффузный гломерулонефрит
 - б) инфаркт почки
 - в) очаговый нефрит
 - г) всё перечисленное
 - д) нет правильного ответа
5. При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:
 - а) через 2 недели от начала заболевания
 - б) через 1 месяц от начала заболевания
 - в) через 3-4 месяца от начала заболевания
 - г) через 6 месяцев от начала заболевания
6. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:
 - а) систолический шум с максимумом во II м/р справа
 - б) диастолического шума в точке Боткина
 - в) диастолического шума на верхушке
 - г) систолического шума на верхушке
7. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно наличие:
 - а) тромбозов в различные органы
 - б) артралгии
 - в) анемии
 - г) развития порока сердца
 - д) положительного результата посева крови
8. При инфекционном эндокардите рекомендуется:
 - а) внутривенное введение антибиотиков
 - б) внутримышечное введение антибиотиков
 - г) применения препаратов peros

- д) любой из перечисленных способов
9. У больных с острым инфекционным эндокардитом применяется пенициллин в дозе:
- 1-2 млн в сутки
 - 5 млн в сутки
 - 20-40 млн в сутки
10. Больному с инфекционным эндокардитом грибковой этиологии следует назначить:
- пенициллин
 - гентамицин
 - амфотерицин
 - ванкомицин
11. Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является всё перечисленное, кроме:
- повторные эмболии крупных сосудов
 - наличие внутрисердечного абсцесса
 - инфекционный эндокардит грибковой этиологии
 - хронические очаги инфекции в организме
12. Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:
- сердечная недостаточность
 - микотическая аневризма сосудов
 - спленомегалия
 - инфаркт почки
13. Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении:
- хирургического вмешательства в полости рта
 - хирургического вмешательства в брюшной полости
 - хирургического вмешательства урогенитальной области
 - все ответы правильные
 - нет правильного ответа
14. Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:
- повышение температуры
 - появление петехий
 - появление узелков Ослера
 - боли в области сердца
15. осложнением инфекционного эндокардита, которое чаще наблюдается при подостром течении, чем при остром, является:
- сердечная недостаточность
 - абсцессы миокарда
 - повреждение клапанов
 - эмболии
 - микотическая аневризма

Эталоны ответов к тестовым заданиям														
1-в)	2-а)	3-а)	4-г)	5-а)	6-б)	7-д)	8-а)	9-в)	10-в)	11-д)	12-а)	13-г)	14-а)	15-д)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Инфекционные эндокардиты: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / Смирно-

ва Л.А. – Киров, 2010.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.7: Легочное сердце. ТЭЛА

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике легочного сердца и ТЭЛА, правильному выбору тактики лечения.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность легочного сердца и ТЭЛА, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию.
2. Обучить обследованию больных с патологией сердечно-сосудистой системы и легких, алгоритму диагностики легочного сердца и ТЭЛА. умению формулировать диагноз у больных с легочным сердцем и ТЭЛА согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения.
3. Изучить методы диагностики и лечения легочного сердца и ТЭЛА. Диагностические критерии ТЭЛА. Алгоритм диагностического поиска при ТЭЛА.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность легочного сердца и ТЭЛА. Этиологию, патогенез легочного сердца и ТЭЛА. Классификацию легочного сердца и ТЭЛА. Основные методы обследования больных с легочным сердцем и ТЭЛА. Принципы и методы лечения легочного сердца и ТЭЛА.
2. После изучения темы: определение и сущность легочного сердца и ТЭЛА. Этиологию, патогенез легочного сердца и ТЭЛА. Современную классификацию легочного сердца и ТЭЛА. Методы диагностики легочного сердца и ТЭЛА. Диагностические критерии ТЭЛА. Алгоритм диагностики легочного сердца и ТЭЛА. Принципы и методы терапии легочного сердца и ТЭЛА.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с поражением сердечно-сосудистой системы и легких, провести общий осмотр, выявить симптомы легочного сердца, признаки ТЭЛА, оценить данные дополнительных исследований (ЭКГ, рентгенография грудной клетки, ЭХОКГ), сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с легочным сердцем, ТЭЛА (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики легочного сердца, ТЭЛА. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография, КТ легких). Методами лечения легочного сердца, ТЭЛА, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и патоморфология легочного сердца.
2. Этиология, патогенез легочного сердца.
3. Классификация, клиническая картина, методы диагностики легочного сердца.
4. Принципы и методы лечения легочного сердца.
5. Этиология, патогенез ТЭЛА.
6. Классификация, клиническая картина ТЭЛА.
7. Методы диагностики ТЭЛА. Диагностические критерии ТЭЛА. Алгоритм диагностического поиска при ТЭЛА.
8. Принципы и методы лечения ТЭЛА.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, рентгенограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей.

Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты - $6,0 \times 10^{11}/л$, Hb - 170 г/л, лейкоциты - $12,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II,

III, avF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: бронхиальной обструкции, поражения миокарда, легочной гипертензии, дыхательной недостаточности, сердечной недостаточности.

2. Диагноз: Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

3. Лечение: оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал*, атровент*), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №1

Больной К., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, постоянный приступообразный кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты, головную боль, слабость, потливость, плохой сон из-за приступов кашля, сердцебиения, отеки стоп.

Курит более 20 лет. Злоупотребляет алкоголем. Больным себя считает в течение 5 лет, когда работая на лесоповале перенес заболевание, сопровождающееся кашлем, болью в груди, лихорадкой. После нормализации температуры длительно оставалась слабость, сухой кашель. Часты обострения. Последнее обострение связывает с переохлаждением.

Объективно: состояние тяжелое. Температура 37,5°C. Грудная клетка бочкообразная. Лицо одутловатое, цианотичное. Пастозность голеней, отеки стоп. ЧД=28 в минуту. В акте дыхания активно участвуют дыхательные мышцы. Шейные вены набухшие. Грудная клетка ригидная. Перкуторно – коробочный оттенок звука. Подвижность легочного края 1 см. Аускультативно - дыхание жесткое, выдох удлинён вдвое, множество рассеянных сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо на 3 см, определяется надчревная пульсация. Тоны приглушены, систолический шум на основании мечевидного отростка, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС=118 в минуту. АД=100/70 мм.рт.ст. Пульс небольшого наполнения, не напряжен. Печень +3 см, край ее закруглен, незначительная болезненность при пальпации.

Сутки назад у больного появилась интенсивная боль в грудной клетке, усилилась одышка в покое. Был эпизод кровохарканья. В легких справа появились крепитирующие хрипы.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача №2

Больной А., 36 лет, поступил в клинику с приступом внезапно возникшей резкой боли в

грудной клетке, ощущением нехватки воздуха и резкой слабостью.

Анамнез: 6 лет назад у больного выявлен митральный порок сердца. Последние 1,5 месяца определяется нарушение ритма по типу мерцательной аритмии. Была проведена дефибрилляция. На 2-й день, на фоне восстановленного ритма, возникли вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние тяжелое. Ортопноэ, ЧДД-32 в мин. Диффузный цианоз. Шейные вены набухшие. В легких дыхание везикулярное, слева ниже угла лопатки ослабленное, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторный звук притуплен.

Тоны сердца ритмичные. Акцент II тона на легочной артерии, ритм галопа. АД-90/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд. в мин., ритмичный. Печень +2см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: Le-5,6x10⁹ /л; Э-2; П-7; СОЭ-30мм/час;ЛДГ-12ммоль/л; КФК –29ед; ЦВД –240мм/водного столба

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите диф. диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ, рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения легочного сердца и ТЭЛА.
2. Обратить внимание на факторы риска, диагностические критерии ТЭЛА.
3. Изучить классификацию ТЭЛА.
4. Составить алгоритм диагностического поиска при ТЭЛА.
5. Выписать схемы и принципы неотложной помощи при ТЭЛА.
6. Обратить внимание на показания и противопоказания к тромболитису при ТЭЛА.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите наиболее частые причины ТЭЛА.
2. Какие клинические проявления характерны для острого течения течения ТЭЛА?
3. Какие клинические проявления характерны для подострого течения ТЭЛА?
4. Какие изменения характерны на ЭКГ при ТЭЛА и легочном сердце?
5. Какие изменения на ДЭХОКГ характерны для ТЭЛА и легочного сердца?
6. Каков алгоритм диагностического поиска при ТЭЛА?
7. Что означает повышение уровня Д-димера в крови?
8. Перечислите основные методы лечения ТЭЛА.
9. Каковы показания к назначению тромболитиса при ТЭЛА?
10. Перечислите противопоказания к тромболитису при ТЭЛА.
11. Как проводится подбор дозы варфарина?
12. Какова длительность лечения оральными антикоагулянтами при ТЭЛА?

3. Примеры тестовых заданий.

1. К аускультативным признакам легочной гипертензии относят:
 - а) акцент II тона во II м/р справа
 - б) ослабление II тона во II м/р справа
 - в) акцент II тона во II м/р слева
 - г) ослабление II тона во II м/р слева

2. Признаки R-pulmonale на ЭКГ:
 - а) двугорбый Р во II, III, AVF
 - б) высокий Р во II, III, AVF
 - в) остроконечный Р в I, II, AVL, V1
3. Причинами хронического легочного сердца могут быть
 - а) пневмоторакс
 - б) астматический статус
 - в) тяжелая пневмония
 - г) митральный стеноз
 - д) хронический необструктивный бронхит
 - е) кифосколиоз
4. Прогрессирующая ОДН, правожелудочковая недостаточность, инфаркт легкого, кровохарканье характерны для
 - а) острой ТЭЛА
 - б) подострой ТЭЛА
 - в) рецидивирующей ТЭЛА
5. Противопоказаниями к тромболитической терапии при ТЭЛА являются
 - а) тяжелая артериальная гипертензия
 - б) инсульт давностью 6 месяцев
 - в) хирургические вмешательства в предшествующие полгода
6. Для проведения антикоагулянтной терапии при ТЭЛА применяют
 - а) гепарин
 - б) фраксипарин
 - в) альтеплаза
7. Терапию гепарином при ТЭЛА осуществляют под контролем
 - а) МНО
 - б) АЧТВ
 - в) Протромбина
8. Начальная доза стрептокиназы при ТЭЛА
 - а) 125 тыс ед
 - б) 200 тыс.ед.
 - в) 250 тыс ед.
9. Для предотвращения рецидивов ТЭЛА применяют
 - а) гепарин
 - б) фраксипарин
 - в) стрептокиназу
 - г) варфарин
10. Терапию варфарином осуществляют под контролем
 - а) АЧТВ
 - б) Времени свертывания крови
 - в) Протромбина
 - г) МНО
 - д)

Ответы к тестовым заданиям

1-в)	2-б)	3-е)	4-б)	5-а)	6-а)	7-а)	8-в)	9-г)	10-г)
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.8: Фибрилляция предсердий

Цель:

способствовать формированию умений в диагностике варианта наджелудочковой аритмии фибрилляции предсердий (ФП), правильному выбору тактики лечения.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность ФП, вопросы этиологии и патогенеза этого варианта наджелудочковой аритмии, классификацию, основные методы обследования, принципы и методы лечения.
2. Обучить обследованию больных с патологией сердечно сосудистой системы, алгоритму диагностического поиска при нарушениях ритма сердца (НРС), диагностике, умению формулировать диагноз у больных с фибрилляцией предсердий, согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения.
3. Изучить методы диагностики и лечения различных вариантов фибрилляции предсердий, проводить дифференциальную диагностику, обосновать выбор тактики ведения пациента с фибрилляцией предсердий (тактика контроля ритма или контроля частоты сердечных сокращений).
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность аритмий сердца. Этиологию, патогенез фибрилляции предсердий. Классификацию наджелудочковых аритмий и отдельно классификацию фибрилляции предсердий. Основные методы обследования больных с фибрилляцией предсердий. Основные клинические синдромы. Принципы и методы лечения фибрилляции предсердий.
2. После изучения темы: определение и сущность фибрилляции предсердий. Этиологию, патогенез ФП. Современную классификацию фибрилляции предсердий. Клинические особенности фибрилляции предсердий. Методы диагностики ФП при оценке риска тромбоэмболических осложнений. Дифференциальную диагностику фибрилляции предсердий с другими наджелудочковыми тахикардиями. Показания, противопоказания, принципы и методы антиаритмической и антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий. Показания и противопоказания для восстановления синусного ритма сердца (электроимпульсная терапия и медикаментозные методы восстановления ритма).

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с нарушения ритма сердца, провести общий осмотр, выявить синдром нарушения ритма, его особенности при фибрилляции предсердий, оценить данные дополнительных исследований (ЭКГ, ЭХОКС, рентгенография, Холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭФИ и т.д.), провести дифференциальный диагноз с другими вариантами наджелудочковых аритмий, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора и анализа жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента, анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования пациента, анализом и интерпретацией результатов ЭКГ, мониторингования ЭКГ, ЭХО-КС, регистрацией и анализом данных ЭКГ, навыками профессионального врачебного поведения, ведением медицинской документации

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. определение и сущность НРС.
2. этиология, патогенез фибрилляции предсердий
3. патоморфология наджелудочковых тахикардий
4. классификация нарушения ритма(наджелудочковые нарушения ритма сердца)
5. клиническая картина мерцательной аритмии.
6. критерии диагностики наджелудочковых нарушений ритма
7. инструментальная диагностика НРС
8. дифференциальная диагностика НРС
9. лечение фибрилляции предсердий (привести обоснование выбора тактики контроля ритма или контроля ЧСС, показания для проведения электроимпульсной терапии, критерии назначения антикоагулянтов)

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Расшифровка электрокардиограмм, данных ДЭХОКГ.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования**(лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной 45 лет, директор завода, вызвал участкового терапевта по поводу жалоб на приступ сердцебиения, возникшего среди полного здоровья. Из анамнеза известно, что раньше больной страдал приступами болей за грудиной, которые быстро снимались валидолом или нитроглицерином. Объективно: бледность кожных покровов, потливость, цианоз губ, одышка. В нижних отделах лёгких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 180 уд/мин, ритмичный. АД -90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Вызвана скорая по-

мощь, сделана ЭКГ.

Эталон решения задачи:

Синдром нарушения ритма и проводимости. Синдром сердечной недостаточности.

Диагноз: ИБС. Стенокардия (уточнить из анамнеза, какая), пароксизмальная желудочковая тахикардия. ХСН IIА ФК I.

Необходимо срочно восстановить синусовый ритм -кардиоверсия (медикаментозная –лидокаин в дозе 1 мг/кг веса больного (примерно 80 мг), амиодарон в дозе 5 мг/кг внутривенно медленно в течение 3 минут или электроимпульсная терапия при нарастании признаков левожелудочковой недостаточности).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной 3., 34 лет, жалуется на приступы сердцебиения, возникающие как в покое, так и при нагрузке, длящиеся до 12 часов, купируются самостоятельно.

Из анамнеза болезни: 1-ый приступ сердцебиения возник после эмоционального напряжения. Повторно приступы сердцебиения стали возникать с 27 лет, повторялись 1-2 раза за 6 мес. Последние полгода частота приступов возросла до 2 раз в мес., длительность увеличилась до 12 часов, задержкой дыхания приступы не купируются. Последний приступ развился 4 часа назад.

Из анамнеза жизни: у матери артериальная гипертония.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин., тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение в норме, ЧСС=PS=160 в мин. АД 110/70 мм Hg. ЖКТ без особенностей.

Лабораторно :общий анализ крови без патологии.

АСТ- 27 ЕД/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, триглицериды - 1,8 ммоль/л

Коагулограмма: фибриноген - 2,99 г/л, протромбин 119%, МНО- 1,0

ЭхоКС: Аорта и клапаны не изменены. ЛП-40, ЛЖ-46 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9мм, ФВЛЖ-72 %, ММЛЖ 156г По доплеру: на аорт, клапане кровотоков не изменен, на митр, клапане регургит.+ , Е/А-1,8, ВИВРЛЖ 60 мс., на трехстворч. клапане кровотоков не изменен. СистДЛА20 ммHg.

ЭКГ :несинусовый ритм с частотой сокращений желудочков 160 в мин., волны f.

По данным ЧПЭКГ: частота ритма предсердий 330 в мин.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, интерпретируйте данные ЭКГ.
2. Предварительный диагноз
3. План обследования, ожидаемые результаты
4. Лечение при приступе тахикардии и тактика ведения больного в межприступный период

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Расшифровка ЭКГ, ДЭХОКГ.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить классификацию НРС и ФП.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при НРС.
3. Обратит внимание на особенности клиники и диагностики ФП.
4. Проведите дифференциальный диагноз между ФП и другими наджелудочковыми тахикардиями.
5. Изучить схемы и принципы терапии при ФП.
6. Составить алгоритм ведения пациента с ФП на амбулаторном этапе.
7. Обратит внимание на показания и противопоказания к восстановлению синусного ритма.
8. Выписать показания и противопоказания к проведению электроимпульсной терапии при ФП.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите клинические и ЭКГ признаки ФП.
2. Какие наджелудочковые НРС следует дифференцировать с ФП?
3. Какие инструментальные методы исследования применяются для диагностики НРС?
4. Какие варианты течения ФП Вы знаете?
5. Каков алгоритм ведения пациента с впервые выявленной ФП на амбулаторном этапе?
6. Какие лекарственные препараты применяют для контроля ЧСС при ФП?
7. Перечислите показания для проведения электроимпульсной терапии при ФП.
8. Каковы критерии назначения антикоагулянтов при ФП?
9. Перечислите противопоказания к восстановлению синусового ритма при ФП.
10. Как оценивается риск тромбоэмболических осложнений при ФП?
11. Как оценивается риск кровотечений при назначении антикоагулянтов при ФП?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Во время мерцания предсердий, возможно, все перечисленное ниже, кроме:
 - а) Полной нерегулярности сердечных сокращений
 - б) Волн «f»
 - в) Зубцов P, отличающихся по форме от «синусовых»
 - г) Правильного ответа нет.
2. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ при заболеваниях сердца является:
 - а) Выявление бессимптомных аритмий.
 - б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
 - в) Оба ответа правильные
 - г) Правильного ответа нет
3. Средние эффективные суточные дозы новокаинамида составляют:
 - а) 500-750 мг
 - б) 1,0 – 1,5 г
 - в) 2,0-3,0 г
 - г) 4,0-6,0 г.
 - д) более 6,0 г.
4. Показания к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются:
 - а) Субъективно плохая переносимость сердцебиения или перебоев в работе сердца.
 - б) Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией.
 - в) Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Ничего из перечисленного.
5. Самым частым осложнением при в/в введении новокаинамида (особенно при очень быстром введении) является:
 - а) Резкая брадикардия.
 - б) Гипотония.
 - в) Тошнота.
 - г) Головная боль.
6. Число предсердных волн F при трепетании:
 - а) менее 200 в мин.
 - б) 220-350 в мин.
 - в) 350-400 в мин.
 - г) более 400 в мин.
7. Типичные ЭКГ-признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии:
 - а) ЧСС - 130 в минуту; QRS обычной формы

- б) ЧСС - 120 в минуту; QRS - 0,10 в секунду
- в) ЧСС - 150-200 в минуту; QRS - 0,12 секунд; деформирован
- г) ЧСС - 120 в минуту; QRS - уширен; P – деформирован

8. При мерцательной аритмии на ЭКГ:

- а) Волны f; RR различное
- б) P обычное, RR различное
- в) P обычное, QRS уширен
- г) P отсутствует, расстояние RR одинаковое

9. Волны f хорошо видны в отведении:

- а) I стандартном
- б) II стандартном и V1 V2*
- в) V5 V6
- г) aVL

10. При обнаружении на ЭКГ нарушений ритма:

- а) Срочно вызвать врача
- б) Снять длинное ЭКГ во II отведении
- в) Без особенностей
- г) Оставить больного на кушетке и вызвать врача

Ответы к тестовым заданиям									
1-в)	2-в)	3-в)	4-г)	5-б)	6-б)	7-в)	8-а)	9-б)	10-б)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Лечение нарушений ритма сердца: учебное пособие / Тарловская Е.И., Казаковцева М.В. – Киров, 2011.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.1: Остеоартроз

Цель: способствовать формированию умений по диагностике остеоартроза (ОА) правильному выбору тактики лечения.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность ОА, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, основные методы обследования, принципы и методы лечения.
2. Обучить обследованию больных с патологией суставов, алгоритму диагностического поиска при суставном синдроме, диагностике ОА, умению формулировать диагноз у больных с остеоартрозом, согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: клинические особенности при воспалительных и дегенеративных поражениях суставов, определение артрита, артроза, артралгии.
2. После изучения темы: Особенности суставного синдрома, этиологию, патогенез, диагностические критерии, варианты течения, современную классификацию остеоартроза. Правила формулировки диагноза. Основные рентгенологические изменения, дифференцированные подходы к лечению.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного, назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания, проводить клинический и лабораторный мониторинг при терапии НПВП.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с заболеваниями суставов (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики при суставном синдроме. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента с остеоартрозом (рентгенография суставов, УЗИ, КТ, МРТ суставов). Методами лечения и профилактики ОА, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и морфологическая сущность ОА.
2. Этиология, патогенез ОА.
3. Классификация ОА.
4. Клиническая картина, особенности суставного синдрома при ОА.
5. Инструментальные методы исследования при ОА, рентгенологические признаки ОА. Показания к УЗИ, МРТ и КТ суставов при ОА.
6. Критерии диагностики ОА.
7. Методы лечения и профилактики ОА. Симптоматические препараты медленного действия: дозы, схемы лечения. Показания к внутрисуставному введению ГК при ОА. НПВП: принципы лечения при ОА, побочные действия, методы контроля за побочными реакциями.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.

6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной С., 55 лет, строитель. Поступил с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утренняя скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Болен около 5 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВП боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей. При осмотре: больной повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движение в них ограничено. Эти суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеоэроз, остеофитоз.

Общий анализ крови: Л-9,2x10⁹/л; СОЭ-15 мм/час, СРБ – 0,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л.

Эталон решения задачи:

Синдромы: суставной по типу артроза, реактивного синовита.

Диагноз: Остеоартроз, полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена), быстро прогрессирующее течение явлениями реактивного синовита ДМФС и коленных суставов. Гонартроз, двусторонний, 2-3 ст., ФКЗ.

План обследования: рентгенография суставов кистей, УЗИ коленных суставов.

План лечения: низкокалорийная диета, ограничение нагрузки на коленные суставы, наколенники, мелоксикам 7,5 мг/сутки, в/суставнодипроспан в коленные суставы №1, после купирования синовита симптоматические препараты медленного действия курсами.

Рентгенография коленных суставов 1 раз в год для оценки прогрессирования заболевания. Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больная З., 59 лет, станочница. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 12 лет. Начало заболевания постепенно с поражения коленных и голеностопных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в коленных суставах и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены, зон поверх-

ностей кожной термоасимметрии не выявлено. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен, объем пассивных движений сохранен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации, в коленных и голеностопных суставах.

Анализ крови: Нв - 123 г/л, лейкоц. - $7,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%.

БАК: общий белок - 79,2 г/л, альбумины - 53%, глобулины а1 - 4%, а2 - 9%, в - 9%, у - 25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,36 ммоль/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, билирубин - 12,4 мкмоль/л, СРБ - 1.

Рентгенография коленных суставов: остеофитоз, остеосклероз, сужение суставной щели.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий, перечислите его особенности.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Сформулируйте окончательный диагноз.
4. Предложите план лечения больного.
5. Оцените трудовой прогноз.

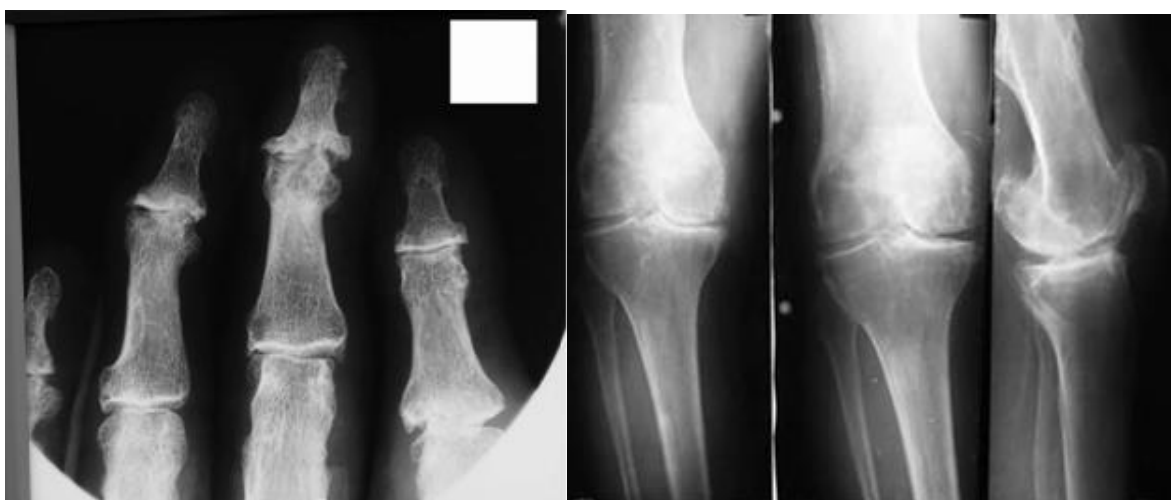
Задача № 2

Больная Д., 55 лет, работает дояркой, поступила в клинику с жалобами на боль в мелких суставах кистей, коленных и тазобедренных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них, снижение мышечной силы в руках и ногах. Отмечает хруст в суставах при движениях и боли больше по вечерам в пораженных суставах. Заболевание началось 5 лет назад, когда впервые появились непостоянные боли, тугоподвижность снижение силы в кистях, правом тазобедренном суставе, через год присоединились боли в других суставах.

При осмотре: деформация проксимальных и дистальных межфаланговых суставов, деформация и припухлость коленных суставов, ограничение подвижности и болезненность в пораженных суставах, гипотрофия мышц.

Пульс ритмичный, 84 ударов в мин., АД 130/90 мм.рт.ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено.

Анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 9×10^9 /л, тромбоциты 180×10^9 /л, СОЭ - 12 мм/ч; СРБ - 12 мг/л.



Вопросы:

1. Синдромы? Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите диагностические критерии, подтверждающие достоверность диагноза.
4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения с указанием препаратов.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Чтение Рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить основные лабораторные и инструментальные методы диагностики в ревматологии.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме.
3. Обратить внимание на особенности суставного синдрома и диагностические критерии ОА.
4. Изучить схемы и принципы базисной терапии при ОА.
5. Обратить внимание на показания для внутрисуставного введения ГК при ОА, побочные действия и лекарственные взаимодействия НПВП.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Факторы риска первичного ОА.
2. Причины вторичного ОА.
3. Причины боли при ОА.
4. Особенности суставного синдрома при ОА.
5. Рентгенологические признаки и стадии ОА.
6. Методы базисной немедикаментозной терапии ОА.
7. Показания к внутрисуставному введению ГК при ОА.
8. Кардиотоксические эффекты НПВП.
9. Сформулируйте основные принципы применения НПВП у больных ОА.
10. Методы контроля за побочными действиями НПВП.
11. Какие препараты относятся к симптоматическим препаратам замедленного действия.

3. Примеры тестовых заданий.

1. К патогенетическим механизмам прогрессирования остеоартроза относятся все перечисленные, кроме:

- а) нарушение функции хондроцитов
- б) уменьшение содержания протеогликанов, разрывы коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща
- в) повышение содержания лизосомальных ферментов в суставном хряще, развитие реактивного синовита
- г) выявление антигена гистосовместимости В35

2. Что из нижеперечисленного составляет рентгенологическую картину остеоартроза?

- а) сужение суставной щели, кисты, эрозии
- б) эрозии суставных поверхностей, остеопороз
- в) остеофитоз, сужение суставной щели, остеосклероз

3. Узелки бушара появляются:

- а) при подагре
- б) при ревматоидном артрите
- в) при остеоартрозе
- г) при ревматизме
- д) при узелковом периартериите

4. Характерным признаком выраженного двустороннего коксартроза является:

- а) нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- б) ограничение отведения и приведения бедер
- в) гипотрофия мышц бедер

- г) хромота
д) "утиная походка"
5. Обязательными рентгенологическими симптомами остеоартроза являются:
- 1) субхондральный склероз
 - 2) краевые остеофиты
 - 3) кисты в эпифизах костей
 - 4) неравномерное сужение суставных щелей
 - 5) узурсы суставных поверхностей костей
- б) подвывихи суставов
- а) верно 1,2,3
 - б) верно 1,2,4
 - в) верно 4,5,6
 - г) верно 1,2,6
 - д) верно 1,2
6. При длительной терапии остеоартроза отрицательно действует на хондроциты, усиливая катаболический процесс в суставном хряще, следующие препараты:
- а) димексид
 - б) структум
 - в) терафлекс
 - г) индометацин
7. Для остеоартроза характерно все перечисленное, кроме:
- а) более "механического" типа в суставах
 - б) периодической "блокады" суставов
 - в) медленного развития болезни
 - г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей
 - д) утренней скованности в суставах в течение часа
8. Укажите один рентгенологический признак не типичный для остеоартроза:
- а) сужение суставной щели
 - б) субхондральный склероз
 - в) околосуставной остеопороз
 - г) подхрящевые кисты
9. Для внутрисуставного введения при остеоартрозе, сопровождающемся синовитом, используется:
- а) синокрот
 - б) остенил
 - в) диклофенак-натрий
 - г) дипроспан
10. К симптоматическим препаратам замедленного действия относят:
- а) индометацин
 - б) ибупрофен
 - в) диацереин
 - г) кеналог
11. Для купирования реактивного синовита при остеоартрозе применяют:
- а) преднизолон
 - б) дипроспан
 - в) колхицин
 - г) синокрот
 - д) алфлутоп

Ответы к тестовым заданиям										
1-г)	2-в)	3-в)	4-д)	5-б)	6-г)	7-д)	8-в)	9-в)	10-в)	11-д)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Остеоартроз: учебное пособие / Немцов Б.Ф. Симонова О.В. – Киров, 2011.
2. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.
3. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.
4. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).
5. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.2: Микрористаллические артриты: подагра, пирофосфатная артропатия

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике подагры, пирофосфатной артропатии, правильному выбору тактики лечения.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность подагры и пирофосфатной артропатии, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, основные методы обследования, принципы и методы лечения.
2. Обучить обследованию больных с патологией суставов, алгоритму диагностического поиска при суставном синдроме, диагностике подагры, пирофосфатной артропатии, умению формулировать диагноз у больных подагрой, согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: клинические особенности при воспалительных и дегенеративных поражениях суставов, определение артрита, артроза, артралгии. Особенности суставного синдрома при подагре и пирофосфатной артропатии. Методы диагностики и лечения микрористаллических артритов. Современные классификации микрористаллических артритов.
2. После изучения темы: Особенности суставного синдрома, этиологию, патогенез, диагностические критерии, варианты течения, современную классификацию подагры и пирофосфатной артропатии. Правила формулировки диагноза. Основные лабораторные и рентгенологические изменения при данных заболеваниях, дифференцированные подходы к лечению.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного, назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с микрокристаллическими артритами (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики подагры и пирофосфатной артропатии. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента (рентгенография суставов, УЗИ суставов, поляризационная микроскопия). Методами лечения подагры и пирофосфатной артропатии, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и морфологическая сущность микрокристаллических артритов.
2. Этиология, патогенез подагры и пирофосфатной артропатии
3. Классификация подагры и пирофосфатной артропатии.
4. Клиническая картина, особенности суставного синдрома при подагре и пирофосфатной артропатии.
5. Критерии диагностики подагры и пирофосфатной артропатии.
6. Особенности диеты у больных подагрой, купирование острого приступа подагры, лечение подагры и пирофосфатной артропатии.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной К., 50 г, поступил с жалобами на боли в локтевых, голеностопных, коленных суставах, сопровождающиеся высокой лихорадкой, ознобом. Болен около 5 лет, заболевание началось с отечности, гиперемии и местного повышения температуры 1 плюсне-фалангового сустава. Через 2 недели после данного приступа все симптомы прошли бесследно, функция суставов восстановилась. Через 4 года появились боли в локтевом суставе и одновременно плотное узелковое образование в области голеностопных и коленных суставах. Настоящее ухудшение в течение 7 дней.

Состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Вес - 92 кг. Рост - 161 см. Дыхание в легких везикулярное. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см от левой СКЛ. АД - 170/110 мм.рт.ст., пульс 72 уд/мин, ритмичный. Печень не увеличена. Припухлость,

покраснение и резкая болезненность суставов стопы, коленных, голеностопных суставов, указанные суставы деформированы, движения в них ограничены

Общий анализ крови: лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Анализ мочи: уд.вес- 1018, белок - 0,450, лейкоц. - 8-10 в п/зр., эр.- 6-8 в п/зр., АЛТ- 26,5 усл. ед. АСТ-31,8 усл. ед., креатинин-99 мкмоль/л.

Клинические синдромы.

- **суставной по типу артрита** (жалобы на боли в локтевых, голеностопных, коленных суставах, сопровождающиеся высокой лихорадкой, ознобом, объективные данные - припухлость, покраснение и резкая болезненность суставов стопы, коленных, голеностопных суставов, указанные суставы деформированы, движения в них ограничены).

Особенности суставного синдрома: резкое и внезапное начало заболевания и локализация - с отека, гиперемии и местного повышения температуры 1 плюсне-фалангового сустава. Через 2 недели после данного приступа все симптомы прошли бесследно, функция суставов восстановилась.

- **воспалительный синдром** (лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час).
- **мочевой синдром** (изменения в общем анализе мочи: уд.вес- 1018, белок - 0,45 г/л, лейкоц. - 8-10 в п/зр., эритроциты - 6-8 в п/зр.).
- **синдром артериальной гипертензии** (АД - 170/110 мм.рт.ст.).
- **избыточной массы тела** (ИМ 35,5, что соответствует 2 степени ожирения).

1. Клинический диагноз.

Первичная подагра, метаболический вариант, тофусная форма, хронический подагрический артрит, обострение. Хроническая подагрическая нефропатия. Симптоматическая артериальная гипертензия. ХПН 0. ХСН I. Ожирение 2 степени алиментарного генеза.

2. План обследования.

- б/х анализ крови: мочевая кислота, С-реактивный белок, фибриноген, СКФ.
- анализ мочи на суточную потерю белка.
- УЗИ почек, Рентгенография поражённых суставов.

3. Лечение.

Режим свободный.

Диета - принимать пищу следует регулярно, 4 раза в день. Переедание и голодание недопустимы. Диета при подагре обязательно включает достаточное количество жидкости - не менее 1,5 - 2 литров, а в период обострения - до 3-х литров. Это могут быть минеральная вода, компоты, морсы, некрепкий чай. Очень полезен отвар шиповника. Пить желательнее в перерывах между едой.

Больной должен отказаться от мясных, рыбных и грибных бульонов, мяса молодых животных, субпродуктов (печенки, почек, легких), мясных копченостей и соусов, животных жиров. Исключаются соленая и жареная рыба, рыбные консервы, икра. При обострении также исключаются жирные сорта рыбы в любом виде. При соблюдении диеты при подагре необходимо отказаться от всех видов бобовых (чечевица, горошек, бобы, фасоль, соя), от различных пряностей (перец, хрен, горчица). Категорически запрещается алкоголь, в том числе и пиво.

Медикаментозная терапия

- аллопуринол 0,1 по 1 табл. 2 р/сутки под контролем уровня мочевой кислоты.

Ингибитор ксантиноксидазы. Противоподагрическое средство, ингибируя ксантиноксидазу, предотвращает переход гипоксантина в ксантин и образование из него мочевой кислоты. Уменьшает концентрацию мочевой кислоты и ее солей в жидких средах организма, способствует растворению имеющихся уратных отложений, предотвращает их образование в тканях и почках.

- диклофенак 50 мг по 1 табл. 2 р/сутки. Нестероидный противовоспалительный препарат из группы производных фенилуксусной кислоты.

- Престариум (периндоприл) 5 мг/сутки – гипотензивное средство, ингибитор ангиотензинпревращающего фактора 2 поколения. Обладает нефропротективным действием, улучшает почечный кровоток.

- ультоп 20 мг/сутки. ИПП, назначается для профилактики НПВС-гастропатии.
- курантил 25 мг 3 р/сутки.

Прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

Прогноз для жизни зависит от того, насколько быстро наступит ХПН, также возможны осложнения артериальной гипертензии, прогрессирующего атеросклероза. Прогноз для трудовой деятельности зависит от трудовой занятости больного, чаще всего прогноз неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной Р., 53 лет, обратился с жалобами боли, припухлость, ограничение движения во 2-4 проксимальных межфаланговых суставах и 3 пястнофалангового сустава левой кисти, головную боль, общую слабость.

Болен около 10 лет, когда впервые в области левого голеностопного сустава на фоне полного здоровья появились боли, отечность, гиперемия кожи. Все симптомы исчезли в течение 3-х дней. Через год подобные симптомы появились в лучезапястных суставах, мелких суставах кистей и стоп, коленных и голеностопных и были купированы приемом вольтарена в течение недели.

Через 2 года выявлена мочекаменная болезнь, через 6 лет – повышение артериального давления до 160/100 мм рт ст.

При осмотре: артриты 2-4 проксимальных межфаланговых суставов и 3 пястнофалангового сустава левой кисти, узловые образования в области правого локтевого сустава, 2-4 проксимальных межфаланговых суставов левой кисти. АД=150/100 мм рт ст.

1. Синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
4. Лечение?

Задача 2

Больной В., 45 лет, обратился с жалобами на боли и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, голеностопных суставах, ограничение движения в них.

Болен около 12 лет. Заболевание началось остро с боли, отека 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Все симптомы через 3 дня полностью исчезли. Функция сустава полностью восстановилась. Подобные симптомы повторялись по 2-3 раза в год. Через 6 лет появились боли в локтевых, коленных, голеностопных суставах и плотное узловое образование в области правого, затем левого локтевого сустава. При осмотре отмечают припухлость, ограничение движения мелких суставов кистей и стоп, коленных, левого голеностопного сустава. Кожные покровы над областью 2,3 плюснефалангового сустава правой стопы и 1 плюснефалангового сустава левой стопы, левого голеностопного сустава гиперемированы, теплые на ощупь. На разгибательной поверхности обеих локтевых суставов и в области тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов наблюдаются плотные, безболезненные узловые образования.

1. Синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
4. Лечение?

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Чтение Рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить особенности суставного синдрома при подагре и пирофосфатной артропатии.

2. Обратить внимание на этапы диагностического поиска при подагре и пирофосфатной артропатии.
3. Провести дифференциальный диагноз подагрой и пирофосфатной артропатии, ОА и пирофосфатной артропатии.
4. Обратить внимание на диагностические критерии подагры и пирофосфатной артропатии.
5. Отметить особенности диеты при подагре.
6. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при подагре и пирофосфатной артропатии, методы купирования острого подагрического артрита..

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Особенности суставного синдрома при подагре.
2. Клинические варианты течения пирофосфатной артропатии.
3. Клинические стадии течения подагры.
4. Клинико-морфологические варианты поражения почек при подагре.
5. Диагностические критерии подагры.
6. Диагностические критерии пирофосфатной артропатии.
7. Особенности диеты при подагре.
8. Препараты для купирования острого подагрического артрита.
9. Классификация антигиперурикемических препаратов.
10. Целевой уровень мочевой кислоты у пациентов подагрой.
11. Какие коморбидные состояния встречаются у пациентов подагорой?
12. Какая связь между коморбидными состояниями и подагрой?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Для оценки пуринового обмена исследуют
 - а) содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой
 - б) содержание мочевины и остаточного азота
 - в) активность креатинфосфокиназы
 - г) уровень креатинина
2. Вторичную гиперурикемию не вызывает
 - а) эритремия
 - б) злокачественные новообразования
 - в) гемолитическая анемия
 - г) хроническое заболевание кишечника
3. При подагре не поражаются следующие суставы
 - а) коленные
 - б) плечевые
 - в) локтевые
 - г) голеностопные
4. В норме уровень мочевой кислоты у женщин равен
 - а) < 0.36 ммоль/л
 - б) > 0.36 ммоль/л
5. При остром приступе подагры эффект колхицина наступает
 - а) на 1-2 сутки
 - б) на 3-4 сутки
6. Урикозурическое действие оказывают перечисленные препараты, за исключением
 - а) антурана
 - б) пробенецида
 - в) этамида
 - г) колхицина
7. Гиперурикемия при подагре наблюдается
 - а) всегда
 - б) не всегда
8. Повышение уровня мочевой кислоты может быть вызвано всеми перечисленными обстоятельствами, кроме

- а) лечения тиазидами
 - б) голодания
 - в) лечения колхицином
 - г) употребления большого количества жиров
9. Для подагры асимметричное поражение суставов стоп
- а) характерно б) не характерно
10. У мужчины 45 лет развился рецидив острого артрита с сильными болями в I плюснефаланговом суставе. Наиболее эффективным препаратом для купирования острых симптомов является
- а) аллопуринол
 - б) диклофенак натрия
 - в) ибупрофен
 - г) пробенецид
 - д) парацетамол

Ответы к тестовым заданиям									
1-а)	2-г)	3-б)	4-а)	5-а)	6-г)	7-б)	8-в)	9-а)	10-б)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Микрористаллические артриты [Электронный ресурс]: учебное пособие / Симонова О.В. Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н. – Киров, 2014 (ЭБС Кировского ГМУ).

4. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

5. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.3: Ревматоидный артрит: диагностика, классификация

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике ревматоидного артрита (РА), определению варианта течения, степени активности и стадии болезни, проведению дифференциальной диагностики РА с остеоартрозом, подагрическим артритом и ревматическим артритом

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность РА, вопросы этиологии и патогенеза заболевания, классификацию, особенности суставного синдрома и внесуставных проявлений при РА, особенно клинику синдромов Стилла и Фелти, диагностические критерии РА, критерии активности РА

2. Обучить обследованию больных с суставной патологией, алгоритму диагностического поиска при суставном синдроме, диагностике РА, умению формулировать диагноз РА согласно существующей классификации.
3. Изучить методы диагностики и лечения РА, дифференциальную диагностику суставного синдрома при РА с ревматическим артритом, остеоартрозом и подагрическим артритом.
4. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: особенности суставного синдрома при РА, внесуставные проявления РА, этиологию, патогенез заболевания, диагностические критерии, классификацию.
2. После изучения темы: определение и сущность РА, этиологию, патогенез РА, современную классификацию РА, алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме, особенности суставного синдрома и внесуставных проявлений при РА, клинические особенности синдромов Фелти и Стилла у взрослых. Методы диагностики РА, диагностические критерии РА, активности РА, дифференциальную диагностику суставного синдрома при РА с подагрическим артритом, ревматическим артритом и остеоартрозом, особенности диагностики РА у пожилых.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного, назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с РА (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики РА. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (общий анализ крови, общий анализ мочи, СРБ, РФ, АЦЦП и др.) и инструментального обследования пациента (рентгенография суставов, УЗИ суставов, КТ, МРТ и др.). Навыками профессионального врачебного поведения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение РА.
2. Этиология, патогенез РА.
3. Патоморфология РА.
4. Классификация РА.
5. Клиническая картина РА, особенности суставного синдрома, системные проявления, поражение внутренних органов.
6. Диагностические критерии РА.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика РА.
8. Дифференциальная диагностика РА.
9. Особенности течения РА у пожилых.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная 42 лет, домохозяйка, 3 месяца назад после ОРЗ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 6 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела до 37,3°C.

При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается деформация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны.

При обследовании: эритроциты=3,5x10¹²/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9x10⁹/л, СОЭ=50 мм/час, СРБ=41 мг/мл. РФ=164 ЕД/мл. ЦИК=78 ед.опт.пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен околоуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

Эталон решения задачи:

Сочетание боли в суставах, припухлости, скованности и ограничения функции свидетельствует о суставном синдроме. Лимфаденопатию, субфебрилитет, анемию следует отнести к синдрому системных проявлений. Повышение СОЭ до 50 мм/час, СРБ до 41 мг/мл, ЦИК до 78 ед.опт.пл., РФ до 164 ЕД/мл указывает на синдром иммунного воспаления.

Ведущим является суставной синдром. Характер, суточный ритм, интенсивность, темп развития болевого синдрома, разлитая припухлость в области сустава, деформация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, ограничение активных движений – говорит о суставном синдроме по типу артрита (воспалительном типе поражения суставов). Особенности суставного синдрома свидетельствуют в пользу ревматоидного артрита: артрит, полиартрит, поражение мелких суставов кистей и стоп, стойкое, симметричное, прогрессирующее, сопровождающееся системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия).

Имеется 10 баллов (необходимо минимум 6) согласно классификационным критериям, применяемых для постановки диагноза ревматоидного артрита. Таким образом, диагноз ревматоидного артрита согласно диагностическим критериям можно считать достоверным.

Поражение более 3-х суставных зон говорит в пользу полиартрита.

Повышенный уровень РФ указывает на серопозитивный вариант ревматоидного артрита.

Наличие артритов вышеперечисленных суставов, длительность утренней скованности в течение 6 часов, субфебрилитет, повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ=21 мг/мл, ЦИК=78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл свидетельствует о II степени активности заболевания.

Анализ рентгенограммы кистей: околоуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов соответствует II стадии по Штейнброкеру.

Ограничение выполнения жизненно-важных манипуляций говорит в пользу ФН II.

Клинический диагноз: Ревматоидный полиартрит серопозитивный, очень ранняя клиническая стадия, с системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия), активность II степени (DAS28=4,39). II рентгенологическая стадия, неэрозивный, АЦЦП? ФК III.

Программа обследования пациента должна включать: 1) исследования, направленные на уточнение активности заболевания и поиск возможных внесуставных проявлений болезни; 2) оценку функции органов и систем организма для исключения противопоказаний к назначению базисной терапии; 3) исключение других причин анемии.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №1

Больная Л., 40 лет, инженер. Поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость мелких суставов кистей, лучезапястных, голеностопных и коленных суставов, утреннюю скованность в данных суставах до обеда. Больна в течение 7 лет, когда появилась боль и припухлость в мелких суставах кистей. Тогда отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Лечилась в стационаре, выписана с улучшением. В последующие годы обострения наступали ежегодно, появилась деформация лучезапястных, пястнофаланговых суставов.

Объективно: кожные покровы бледные. Отмечается стойкая деформация II – IV проксимальных межфаланговых суставов кистей и лучезапястных суставов за счет пролиферативных явлений. Голеностопные суставы деформированы за счет экссудативно-пролиферативных явлений. В области левого локтевого сустава плотное узелковое образование. Со стороны внутренних органов патологий не выявлено.

Ан. крови: Эр. – $2,86 \times 10^{12}/л$, Нв – 88 г/л, Ле – $5,3 \times 10^9 /л$, СОЭ - 48 мм/час, СРБ – 3,5 мг/мл, РФ = 105 ЕД/мл.

Рентгенограмма кистей – остеопороз, щели лучезапястных суставов сужены, пястно-фаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов кистей сужены, множественные краевые узур.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации

Задача №2

Больная К., 50 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в мелких суставах кистей, скованность по утрам до обеда, слабость, недомогание, повышение температуры до $37,2^{\circ}C$.

Больна в течение последних 5 лет. Лечилась неоднократно в стационаре. Похудела за последний год на 5 кг. Настоящее обострение заболевания связывает с перенесенным гриппом 2 недели назад, когда появились боли и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей.

Объективно: состояние удовлетворительное. Т- $37,4^{\circ}C$. Кожные покровы над лучезапястными, пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами горячие, суставы припухшие, болезненные при пальпации и движении, в области левого локтевого сустава обнаружен узел диаметром 2-3 см. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. АД 120/80. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Общий анализ крови: СОЭ=50 мм/час, Нв - 109 г/л, Эр.- $3,8 \times 10^{12}/л$; Л – $10 \times 10^9/л$.

Биохим. ан. крови: α_2 -глобулины= 12,6%, γ -глобулины=24,6%, СРБ=34,5 мг/мл, ЦИК – 85 ед. IgG=20 г/л. РФ=325 ЕД/мл.

Общий анализ мочи: уд. вес=1013, белок=0,5 г/л, Эритро.-1-2 в п/зрения, Лейк. = 3 в п/зр., цилиндры не обнаружены.

На рентгенограмме кистей в прямой проекции выявлено сужение межсуставной щели, остеопороз, множественные эрозии.

УЗИ почек: правая=11х6, левая = 10х6 см.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Чтение Рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить особенности суставного синдрома при РА.
2. Обратить внимание на этапы диагностического поиска при РА.
3. Провести дифференциальный диагноз РА и ОА, РА и ревматического артрита, РА и подагрического артрита, РА и пирофосфатной артропатии.
4. Изучить диагностические критерии и классификацию РА.
5. Обратить внимание на особые формы РА: синдром Стилла у взрослых, синдром Фелти и особенности течения РА у пожилых.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Каковы основные причины разрушения хрящевой и костной ткани при РА?
2. Каковы особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите?
3. Каковы критерии прогрессирования суставного синдрома?
4. Какие суставы поражаются в дебюте ревматоидного артрита наиболее часто?
5. Какие суставы не поражаются в дебюте ревматоидного артрита?
6. Каковы наиболее частые системные проявления при ревматоидном артрите?
7. Какие классификационные критерии применяют для диагностики ревматоидного артрита?
8. Каковы критерии ранней стадии ревматоидного артрита?
9. Какие рентгенологические признаки характерны для III рентгенологической стадии ревматоидного артрита?
10. Какой из иммунологических маркеров является наиболее специфичным для ревматоидного артрита?
11. Каковы возможные причины анемии у больных ревматоидным артритом?
12. Какие клинические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы возможны при ревматоидном артрите?
13. Каковы основные клинические проявления синдрома Фелти?
14. Каковы основные клинические проявления синдрома Стилла у взрослых?

3. Примеры тестовых заданий.

1. К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит?
 - а) воспалительным
 - б) дегенеративным
 - в) метаболическим
 - г) реактивным
2. Какие суставы наиболее часто поражаются при РА
 - а) дистальные межфаланговые суставы
 - б) проксимальные межфаланговые суставы
 - в) первый пястно-фаланговый сустав
 - г) суставы шейного отдела позвоночника
3. Суставной синдром при РА характеризуется:
 - а) боли механического характера

- б) утренняя скованность
 - в) отечность и повышение кожной температуры над суставами
 - г) крепитация при движениях
4. Рентгенологическими признаками РА являются:
- а) остеопороз
 - б) эрозии суставных поверхностей
 - в) остеосклероз
 - г) сужение суставной щели
 - д) остеофитоз
5. При формулировке диагноза РА учитываются
- а) наличие ревматоидного фактора
 - б) степень активности
 - в) рентгенологическая стадия
 - г) длительность заболевания
6. Самой частой причиной смерти при РА является:
- а) поражение легких
 - б) подвывих шейных позвонков со сдавлением
 - в) осложнения лекарственной терапии
 - г) уремия при вторичном амилоидозе почек
 - д) некротизирующий васкулит

Ответы к тестовым заданиям					
1-а)	2-б)	3-б, в)	4-а, б, г)	5-а, б, в)	6-г)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Ревматоидный артрит; учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2016.

4. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

5. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.4: Ревматоидный артрит: лечение

Цель:

способствовать формированию умений по лечению ревматоидного артрита (РА).

Задачи:

2. Изучить методы лечения больных РА.

3. Обучить составлять индивидуальные программы лечения больных РА с учетом показаний и противопоказаний к базисной терапии, клинических особенностей течения заболевания.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность РА, этиологию, патогенез РА, современную классификацию РА, алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме, особенности суставного синдрома и внесуставных проявлений при РА, клинические особенности синдромов Фелти и Стилла у взрослых. Методы диагностики РА, диагностические критерии РА, активности РА, дифференциальную диагностику суставного синдрома при РА с подагрическим артритом, ревматическим артритом и остеоартрозом, особенности диагностики РА у пожилых.
2. После изучения темы: определение и сущность РА, этиологию, патогенез РА, современную классификацию РА, алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме, особенности суставного синдрома и внесуставных проявлений при РА, клинические особенности синдромов Фелти и Стилла. Методы диагностики РА, диагностические критерии РА, активности РА, дифференциальную диагностику суставного синдрома при РА с подагрическим артритом, ревматическим артритом и остеоартрозом, особенности диагностики и лечения РА у пожилых, показания, противопоказания, принципы и методы базисной терапии РА.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного, назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания, проводить клинический и лабораторный мониторинг при терапии ГКС и цитостатиками.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с РА (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики РА. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (общий анализ крови, общий анализ мочи, СРБ, РФ, АЦЦП и др.) и инструментального обследования пациента (рентгенография суставов, УЗИ суставов, КТ, МРТ и др.). Методами лечения РА, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Болезнь модифицирующие препараты при РА: классификация, дозы, схемы лечения, побочные действия, методы контроля за побочными действиями.
2. Показания, противопоказания к базисной терапии при РА.
3. Алгоритм лечения пациента с РА.
4. Показания к системной терапии ГК при РА. Методы контроля за побочными действиями ГК.
5. Показания к локальной терапии ГК при РА.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная Е., 31 год, почтальон. Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 часов дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала ортофен без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132/ 80 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ=46 мм/час. С-реактивный белок 72 дл/мл, РФ=1028.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.

Решение задачи:

Синдром суставной по типу артрита, иммуно-воспалительный, синдром системных проявлений

Диагноз: Ревматоидный полиартрит, серо+, АЦЦП?, с системными проявлениями (субфебрилитет, ревматоидные узелки, похудание), развернутая ст., акт. 2, ст.3, неэрозивный. ФКЗ.

План лечения: учитывая активность процесса и наличие системных проявлений, целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 15 мг/нед. в/м под контролем общего анализа крови, билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, общего анализа мочи не реже 1 раза в 2 недели; фолиевая кислота 5 мг/неделю, не ранее, чем через 24 часа после приема метотрексата; симптоматическую терапию: мелоксикам 15 мг/сутки по потребности; ЛФК.

Диспансерное наблюдение: контроль анализов крови и мочи каждые 2 недели 3 месяца, затем 1 раз в месяц, рентгенография кистей и стоп 1 раз в 6-12 месяцев, осмотр ревматолога 4 раза в год.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный при достижении ремиссии заболевания.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №1

Больная Л., 40 лет, инженер. Поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость мелких суставов кистей, лучезапястных, голеностопных и коленных суставов, утреннюю скованность в данных суставах до обеда. Больна в течение 7 лет, когда появилась боль и припухлость в мелких суставах кистей. Тогда отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Лечилась в стационаре, выписана с улучшением. В последующие годы обострения наступали ежегодно, появилась деформация лучезапястных, пястнофаланговых суставов.

Объективно: кожные покровы бледные. Отмечается стойкая деформация II – IV проксимальных межфаланговых суставов кистей и лучезапястных суставов за счет пролиферативных явлений. Голеностопные суставы деформированы за счет экссудативно-пролиферативных явлений. В области левого локтевого сустава плотное узелковое образование. Со стороны внутренних органов патологий не выявлено.

Ан. крови: Эр. – $2,86 \times 10^{12}/л$, Нв – 88 г/л, Ле – $5,3 \times 10^9 /л$, СОЭ - 48 мм/час, СРБ – 3,5 мг/мл, РФ = 105 ЕД/мл.

Рентгенограмма кистей – остеопороз, щели лучезапястных суставов сужены, пястно-фаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов кистей сужены, множественные краевые узур.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации
5. Назначьте индивидуальную терапию
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача №2

Больная К., 50 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в мелких суставах кистей, скованность по утрам до обеда, слабость, недомогание, повышение температуры до $37,2^{\circ}C$.

Больна в течение последних 5 лет. Лечилась неоднократно в стационаре. Похудела за последний год на 5 кг. Настоящее обострение заболевания связывает с перенесенным гриппом 2 недели назад, когда появились боли и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей.

Объективно: состояние удовлетворительное. Т- $37,4^{\circ}C$. Кожные покровы над лучезапястными, пястно-фаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами горячие, суставы припухшие, болезненные при пальпации и движении, в области левого локтевого сустава обнаружен узел диаметром 2-3 см. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. АД 120/80. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Общий анализ крови: СОЭ=50 мм/час, Нв - 109 г/л, Эр.- $3,8 \times 10^{12}/л$; Л – $10 \times 10^9/л$.

Биохим. ан. крови: α_2 -глобулины= 12,6%, γ -глобулины=24,6%, СРБ=34,5 мг/мл, ЦИК – 85 ед. IgG=20 г/л. РФ=325 ЕД/мл.

Общий анализ мочи: уд. вес=1013, белок=0,5 г/л, Эритроц.-1-2 в п/зрения, Лейк. = 3 в п/зр., цилиндры не обнаружены.

На рентгенограмме кистей в прямой проекции выявлено сужение межсуставной щели, остеопороз, множественные эрозии.

УЗИ почек: правая=11х6, левая = 10х6 см.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Чтение рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить схемы и принципы базисной терапии при РА.
2. Обратит внимание на побочные действия и методы контроля за побочными действиями базисной терапии.
3. Изучить показания и противопоказания к базисной терапии при РА.
4. Составить алгоритм лечения при РА.
5. Обратит внимание на показания для назначения ГК при РА.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Каковы показания для назначения глюкокортикоидов при ревматоидном артрите?
2. Каковы методы контроля за побочными действиями глюкокортикоидов?
3. Каковы показания к локальной терапии глюкокортикоидами при ревматоидном артрите?
4. Каковы показания к назначению базисной терапии при ревматоидном артрите?
5. Каковы противопоказания к назначению базисной терапии при ревматоидном артрите?
6. Какие существуют методы контроля за побочными действиями метотрексата?
7. Какие побочные действия возможны при применении лефлуномида?
8. Что такое цитокины и каковы их свойства?
9. Какова роль цитокинов в развитии аутоиммунных заболеваний?
10. Каковы основные правила назначения сульфасалазина?
11. Перечислите наиболее частые побочные эффекты при использовании сульфасалазина.
12. Каковы показания для использования биологической терапии у больных РА?
13. Перечислите основные механизмы действия НПВП.
14. Какова роль простагландинов в развитии воспаления?
15. Сформулируйте основные правила применения НПВП.

3. Примеры тестовых заданий.

1. К базисной терапии РА относят:

- а) димексид
- б) преднизолон
- в) индометацин
- г) метотрексат

2. К селективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся следующие НПВП:

- 1) мелоксикам
 - 2) диклофенак натрия
 - 3) нимесулид
 - 4) кеторол
 - 5) целебрекс
- а) верно 1,3,5
б) верно 2,4,5

- в) верно 1,2
г) верно 1,2,3,4,5
3. Для внутрисуставного введения при РА используются препараты:
а) диклофенак натрия
б) алфлутоп
в) дипроспан
г) сульфасалазин
д) мовалис
4. Побочные эффекты глюкокортикостероидов включают:
а) синдром Иценко-Кушинга
б) остеопороз
в) катаракта
г) кардиомиопатия
д) все перечисленное
5. Метотрексат при РА обычно используется в дозах:
а) 10 мг/сутки
б) 15-25 мг/сутки
в) 10-25 мг/неделю
6. Терапевтическое действие метотрексата при лечении РА проявляется:
а) через 2 недели
б) через 1 месяц
в) через 1,5-2 месяца
г) через 6 месяцев
7. Серьезными осложнениями терапии метотрексатом являются все перечисленные, кроме:
а) токсический гепатит
б) интерстициальный нефрит
в) панцитопения
г) пигментация кожи
8. Какой препарат представляет собой антитела к ФНО-альфа:
а) инфликсимаб
б) лефлуномид
в) метотрексат
г) сульфасалазин
9. Наиболее опасным осложнением при применении гидроксихлорохина является:
а) уменьшение массы тела
б) диспептические расстройства
в) кожная сыпь
г) ретинопатия
10. Укажите наиболее часто встречающийся побочный эффект НПВП:
а) гепатотоксичность
б) повышение АД
в) дерматит
г) гастропатия

Ответы к тестовым заданиям									
1-г)	2-а)	3-в)	4-д)	5-в)	6-в)	7-г)	8-а)	9-г)	10-г)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.
2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.
3. Ревматоидный артрит; учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2016.
4. Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний: учебное пособие / Политова Н.Н. – Киров, 2016.
5. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).
6. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.5: Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике системной красной волчанки (СКВ) и антифосфолипидного синдрома (АФС), определению варианта течения и степени активности СКВ, правильному выбору тактики лечения в зависимости варианта течения и степени активности СКВ, ведению больных с АФС.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность СКВ, вопросы этиологии и патогенеза заболевания, классификацию, диагностические критерии СКВ, критерии течения и активности заболевания, принципы и методы, базисной терапии при СКВ.
2. Обучить обследованию больных с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ), алгоритму диагностического поиска при СЗСТ, диагностике СКВ, умению формулировать диагноз СКВ согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от степени активности заболевания.
3. Изучить методы диагностики и лечения СКВ и АФС.
4. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность СКВ, этиологию, патогенез СКВ, классификацию, методы диагностики, диагностические критерии, критерии течения и активности, СКВ у пожилых: особенности диагностики и лечения, базисную терапию СКВ. Методы диагностики и лечения больных с АФС.
2. После изучения темы: определение и сущность СКВ, этиологию, патогенез, современную классификацию, алгоритм диагностического поиска при СЗСТ, методы диагностики, диагностические критерии СКВ, критерии течения и активности, СКВ у пожилых: особенности диагностики и лечения, принципы и методы базисной терапии СКВ в зависимости от степени активности заболевания. АФС: определение, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, классификация лечение, ведение беременных с АФС.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с СЗСТ, провести общий осмотр больного с СКВ, АФС, выявить синдромы, оценить данные дополнительных исследований (иммунологические тесты и

т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз СКВ, АФС согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного СКВ и АФС с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СКВ и АФС (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики СЗСТ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (АНА, антитела к фосфолипидам, общий анализ крови, общий анализ мочи и др.) и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторинг АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения СКВ и АФС, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение, клинико-морфологическая сущность СКВ.
2. Этиология, патогенез СКВ.
3. Классификация СКВ.
4. Клиническая картина, методы диагностики, диагностические критерии СКВ.
5. Понятие о волчаночном кризе, причины, клинические проявления, неотложная помощь.
6. Алгоритм диагностического поиска при СЗСТ.
7. Дифференциальная диагностика СКВ и РА, СКВ и первичного АФС.
8. СКВ у пожилых: особенности диагностики и лечения,
9. Методы лечения СКВ в зависимости от степени активности и клинических проявлений, показания к цитостатикам при СКВ. Ведение больных СКВ в период беременности. Абсолютные противопоказания к вынашиванию беременности при СКВ.
10. АФС: определение, морфологическая сущность. Этиология, патогенез.
11. Клинические проявления АФС, иммунологические маркеры, диагностические критерии АФС.
12. Клинические формы АФС. Катастрофический АФС: причины, клиника, диагностические критерии, неотложная помощь.
13. Принципы лечения больных АФС. Ведение беременных с АФС.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.

10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная К., 16 лет жалобы на боли и припухлость лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, утренняя скованность до 2 часов, повышение температуры тела до 38°C, выпадение волос, похудание на 10 кг за 2 месяца, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при дыхании, отечность лица и стоп, больше по утрам, боли в области сердца.

Из анамнеза: болеет в течение 3 месяцев, лечение антибиотиками и НПВП эффекта не дало.

Объективно: эритематозные высыпания в области спинки носа и щек. Увеличены подмышечные и паховые лимфоузлы. Суставы кистей рук припухшие, болезненные. В легких справа в нижних отделах шум трения плевры. Сердце расширено в обе стороны, на верхушке первый тон ослаблен, ритм галопа, на ограниченном участке шум трения перикарда, пульс 130 уд. в мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Печень болезненная, размеры по Курлову 12x10x8 см, селезенка на 10x8 см.

Общ. ан. крови: Эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 108 г/л, Ле – $4,4 \times 10^9/л$, тромб. - $300 \times 10^9/л$, СОЭ - 61 мм/час.

Общ. белок – 68 г/л, альбумины – 39%, глобулины – 61%, α_1 -4%, α_2 -7%, β – 11%, γ – 39%, антитела к нДНК – 56 ЕД.

Общ. ан. мочи: уд. вес – 1009, белок 3,2 г, эритроциты – 20-30 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр., цилиндры–3-4 в п/зр.

Клинические синдромы: суставной по типу артрита, нефротический, мочевого, иммунного воспаления, поражение кожи, системных проявлений, анемии, гепатоспленомегалии, поражения перикарда, поражения миокарда, поражения плевры.

Клинический диагноз: Системная красная волчанка, острое течение, активность 3 степени (27 баллов по шкале SELENA-SLEDAI), дерматит, алопеция, лихорадка, похудание, полиартрит, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия, миокардит, перикардит фибринозный, сухой плеврит справа, гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Иммунологический феномен. ХПН 0. ХСН I.

План обследования: креатинин крови, АСТ, АЛТ, билирубин, СКФ, анализ мочи на суточную потерю белка, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости и почек.

План лечения: пульс-терапия мега-дозами метипреда по 1 г/сутки в/в капельно в течение 3-х дней, затем 1 мг/кг/сутки в течение месяца, с дальнейшим постепенным снижением дозы до поддерживающей 10 мг/сутки. Циклофосфан 1 г/сутки в/в капельно каждый месяц до купирования нефротического синдрома, затем переход на азатиоприн 100-150 мг/сутки. Гепарин по 5000 ЕД 2 раза в день п/к. Курантил 150 мг/сутки.

Диспансерное наблюдение: контроль анализов крови и мочи, осмотр ревматолога 1 раз в месяц.

Прогноз для жизни зависит от развития возможных осложнений нефротического синдрома и эффекта иммунодепрессивной терапии. Прогноз для трудовой деятельности зависит от трудовой занятости больного, чаще всего прогноз неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №1

Больная 32 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 37,2° С, общую слабость, похудание, боли в суставах ноющего характера, периодические боли в области сердца колющего характера, одышку при физической нагрузке, иногда - сухой кашель, высыпания на лице.

Из анамнеза болезни: больна 8 лет, начало заболевания связывает с поездкой на юг, где получила солнечный ожог и была вынуждена уехать домой. Постепенно стали беспокоить боли в суставах, небольшое повышение температуры, общая слабость, недомогание.

Из анамнеза жизни: у больной было 6 самопроизвольных аборт. Наследственность не отягощена.

Объективно: на лице дискоидные очаги, особенно на щеках, покровы бледные, сухие на ощупь. Видимые слизистые желтушные, влажные. Отмечается отечность мелких суставов кистей, голеностопных и коленных суставов, атрофия межкостных мышц голени. Над легкими перкуторно - легочный звук, аускультативно - жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС 80 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Печень на 2 см ниже реберной дуги, плотноватой консистенции, чувствительная, с заостренным краем. ОАК: эритроц. $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 90 г/л, лейкоц. $4,0 \times 10^9/л$, тромб. 170, СОЭ 35 мм/ч. ОАМ: цвет-бурый, реакция кислая, удельный вес 1017, белок -0,066%, лейкоциты 2-0-1 в п/зрения, эритроциты 2-0-1- в п/зрения, гиалиновые цилиндры 2-3-1 в п/зрения. Б/х: белок - 85 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%: альфа1-глобулины 8%, альфа2-глобулины 12%, бета-глобулины-15%, гамма-глобулины 30%, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ +++ , креатинин - 100 мкмоль/л, мочевины - 4,32 ммоль/л, серомукоиды - 78 ед. Рентгенограмма органов грудной клетки: Двусторонние дискоидные ателектазы легких. Анализ крови на антинуклеарный фактор: титр 1:100.

1. Выделить синдромы.
2. Установить предварительный диагноз.
3. Предложить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Определить тактику лечения.

Задача №2

Больная С., 24 года. Жалобы на боли в грудной клетке слева, эритематозные высыпания на лице, боли и припухлость мелких суставов кистей, боли в локтевых суставах, головные боли, бессонницу, снижение памяти, похудание (на 14 кг за 2 года), алопецию, лихорадку до $37,6^{\circ}C$.

Из анамнеза: заболела 2 года назад, когда появились боли и припухлость суставов кистей, повышение температуры тела до $38^{\circ}C$. Через 2 мес. появилась эритема на коже конечностей, боли в грудной клетке слева, а через 6 мес. - эритематозные высыпания на лице, алопеция, прогрессирующее похудание, субфебрильная температура постоянного характера; через 1 год белок в моче. Полгода тому назад - острый психоз, купированный большими дозами стероидов. Последнее ухудшение наступило после пребывания на солнце.

Объективно: эритематозные высыпания в области спинки носа и скуловых дуг. Припухлость пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов. Пастозность голени. Сердце - границы в норме, ритм правильный, ЧСС=74 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. В легких слева в нижних отделах шум трения плевры. Печень: $9 \times 8 \times 6$ см.

Ан. крови: Нв - 92 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Л - $3,7 \times 10^9/л$, тромб. $200 \times 10^9/л$, СОЭ - 52 мм/час. Общий белок 54 г/л, альбумины - 37%, глобулины - 63%. LE клетки 10 на 1000 лейкоцитов. АНФ 1:128; антитела к н ДНК 1:80. Мочевина - 6,7 ммоль/л, креатинин - 0,097 ммоль/л, холестерин - 9,1 ммоль/л.

Ан. мочи: уд. вес 1007, белок 3,6 г/л, Эр - 15-20, Л - 5-6, Цил - 3-5.

Рентгенограмма суставов кистей: остеопороз, сужение суставной щели.

1. Выделите основные синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования, проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача №3

В терапевтическое отделение поступила больная П., 40 лет, в тяжелом состоянии. На вопросы отвечала спутано, резко снижена память. Из анамнеза известно, что летом 1979 года (в 29 лет) после инсоляции появилась лихорадка до $38^{\circ}C$, была диагностирована двусторонняя нижнедолевая пневмония, экссудативный плеврит. Лечилась антибиотиками. Однако длительное вре-

мя (около 6 месяцев) сохранялась субфебрильная температура тела. Две беременности (в 1984 и 1986 годах) окончились спонтанными выкидышами на сроках 9-10 недель. В 1985 г. Третья беременность завершилась внутриутробной гибелью плода на сроке 21 неделя гестации. В 1984 году появилась «зябкость» кистей и стоп с посинением, а затем побелением кожи и стойким мраморным рисунком на коже тыла кистей. В 1986 году выявлен тромбофлебит левой голени, который потом приобрел рецидивирующий характер. Летом 1985 года во время отдыха на юге – фотодерматоз, субфебрильная температура тела, артриты кистей без деформаций. В 1986 году стали беспокоить головные боли, ухудшение памяти, диагностирована вегето-сосудистая дистония. 13.01.97 – неожиданное выпадение правого поля зрения, АД 220/120 мм рт. ст.

При осмотре: энантема слизистой оболочки верхнего неба, ладонные и подошвенные капилляриты, руки и стопы на ощупь холодные, синюшной окраски. В нижней трети левой голени трофическая язва размером 1,5 на 1,5 см. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца глуховатые, ЧСС 87 в минуту, АД 190/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, Пастозность голеней. Неврологический статус: правосторонняя гемианопсия, замедление темпа движений в левой руке, сухожильные и периостальные рефлексy оживлены слева выше, легкая неустойчивость в позе Ромберга, анальгезия. Снижение памяти.

Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $50 \times 10^9/л$, лейкоциты $2,8 \times 10^9/л$. СОЭ 45 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,007-1,010, белок 1,25 г/л, эр 10-15 в п.зр.

1. Синдромы.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Какое лечение следовало бы назначить при своевременной постановке диагноза?

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить основные иммунологические маркеры СКВ и АФС.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при СКВ и АФС.
3. Обратить внимание на диагностические критерии СКВ и АФС.
4. Провести дифференциальный диагноз РА и СКВ, СКВ и первичного АФС.
5. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при СКВ и первичном АФС, методику пульс-терапии мега-дозами метипреда.
6. Обратить внимание на побочные действия и осложнения базисных препаратов.
7. Обратить внимание на противопоказания к вынашиванию беременности при СКВ и особенности ведения беременных с СКВ и АФС.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Иммунологические маркеры СКВ.
2. Диагностические критерии СКВ.
3. Волчаночный криз: понятие, причины, клиника.
4. Критерии течения СКВ.
5. Доза ГК в зависимости от степени активности СКВ.
6. Методика пульс-терапии мега дозами метипреда при СКВ.
7. Показания к цитостатикам при СКВ.
8. Каковы показания для назначения ритуксимаба при СКВ?
9. Каковы показания к назначению белимумаба при СКВ?
10. Каковы лабораторные маркеры АФС?
11. Какие клинические проявления возможны со стороны сердечно-сосудистой системы при

АФС?

12. Перечислите диагностические критерии АФС.
13. Каковы основные правила назначения варфарина?
14. Перечислите абсолютные противопоказания к вынашиванию беременности при СКВ.
15. Каковы особенности ведения беременных с АФС?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Для суставного синдрома при СКВ характерно
 - а) преимущественное поражение мелких суставов кисти
 - б) преимущественное поражение крупных суставов
 - в) частое развитие контрактур
 - г) имеет характер мигрирующих артралгий или артритов
2. Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие
 - а) амилоидоза
 - б) почечно-каменной болезни
 - в) пиелонефрита
 - г) гломерулонефрита
 - д) папиллярного некроза
3. Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ?
 - а) эритроцитоз
 - б) анемия гемолитическая
 - в) лейкоцитоз
 - г) лейкопения
 - д) тромбоцитоз
4. Истинные LE-клетки представляют собой
 - а) сегменто-ядерные нейтрофилы, содержащие обломки ядер других клеток
 - б) моноциты, содержащие ядра других клеток
 - в) гематоксилиновые тельца
 - г) моноциты, образующие «розетки» с эритроцитами
5. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует со всеми перечисленными факторами, кроме
 - а) наличие артериальной гипертензии
 - б) наличие нефротического синдрома
 - в) высокое содержание в крови антител к ДНК
 - г) высокое содержание в крови С-реактивного белка
6. В диагностических критериях СКВ кожный синдром представлен всеми перечисленными признаками, кроме
 - а) дискоидные очаги волчанки
 - б) фотосенсибилизация
 - в) эритема в зоне «бабочки»
 - г) распространенная папулезная сыпь
7. Комбинированная пульс-терапия при СКВ включает назначение метилпреднизолона в сочетании с:
 - а) НПВП
 - б) циклофосфан
 - в) сульфасалазин
 - г) Д-пеницилламин
8. Какой побочный эффект характерен для циклофосфана
 - а) «золотой» дерматит
 - б) геморрагический цистит
 - в) повышение АД
 - г) ретинопатия
9. Аминохинолиновые производные применяются при СКВ в сочетании

- а) с глюкокортикостероидами
 - б) с цитостатиками
 - в) с глюкокортикостероидами и цитостатиками
10. Наиболее серьезным побочным эффектом азатиоприна является
- а) агранулоцитоз
 - б) активация инфекции
 - в) кожный зуд
 - г) холестатическая желтуха

Ответы к тестовым заданиям									
1-а)	2-г)	3-б, г)	4-а)	5-г)	6-г)	7-б)	8-б)	9-а)	10-а)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний: учебное пособие / Политова Н.Н. – Киров, 2016.

4. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

5. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.6: Системная склеродермия. Дерматомиозит. Полимиозит. Ревматическая полимиалгия

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике системной склеродермии (ССД), дерматомиозита (ДМ), полимиозита (ПМ), ревматической полимиалгии (РП), и правильному выбору тактики лечения в зависимости от нозологической формы и степени активности болезни.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность ССД, ДМ, ПМ, РП, вопросы этиологии и патогенеза заболеваний, классификации, диагностические критерии, критерии течения и активности заболеваний, принципы и методы, базисной терапии.
2. Обучить обследованию больных с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ), алгоритму диагностического поиска при СЗСТ, диагностике ССД, ДМ, ПМ, РП, умению формулировать диагноз ССД, ДМ, ПМ, РП согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от степени активности и варианта течения заболевания.
3. Изучить методы диагностики и лечения ССД, ДМ, ПМ, РП.

4. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность ССД, ДМ, ПМ, РП. Этиологию, патогенез заболеваний, классификацию, методы диагностики, диагностические критерии, критерии течения и активности, базисную терапию ССД, ДМ, ПМ, РП.
2. После изучения темы: определение и сущность, этиологию, патогенез, современную классификацию ССД, ДМ, ПМ. Алгоритм диагностического поиска при СЗСТ. Методы диагностики, диагностические критерии ССД, ДМ, ПМ, РП. Критерии течения и активности СЗСТ. Дифференциальный диагноз полимиозита и ревматической полимиалгии у пожилых. Принципы и методы базисной терапии ССД, ДМ, ПМ, РП в зависимости от варианта течения и степени активности заболеваний.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с СЗСТ, провести общий осмотр больного с ССД, ДМ, ПМ, РП, выявить синдромы, оценить данные дополнительных исследований (иммунологические тесты, лабораторные, инструментальные и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз ССД, ДМ, ПМ, РП согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного ССД, ДМ, ПМ, РП с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СЗСТ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики СЗСТ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (общий анализ крови, мочи, антинуклеарные антитела и др.) и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторирования АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения СЗСТ, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение, клинико-морфологическая сущность ССД, ДМ/ПМ, РП.
2. Этиология, патогенез ССД, ДМ/ПМ, РП
3. Классификация ССД, ДМ/ПМ, РП.
4. Клиническая картина ССД, ДМ/ПМ, РП.
5. Методы диагностики (лабораторные, инструментальные) ССД, ДМ/ПМ, РП, диагностические критерии.
6. Алгоритм диагностического поиска при СЗСТ.
7. Дифференциальная диагностика ССД и РА, ПМ и РП.
8. Принципы и методы лечения ССД, ДМ/ПМ, РП.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы.**
2. Сформулировать **предварительный диагноз.**
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.

4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования**(лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная Ж., 35 лет. Жалобы на миалгии и прогрессирующую мышечную слабость генерализованного характера, дисфагию, лихорадку до 38,4°C, затруднение глотания, боли в области сердца.

Из анамнеза. Заболела остро, 3 месяца назад после ОРВИ повысилась температура тела до 38 - 38,5°C, появились боли в мышцах. Лечение антибиотиками и НПВП было без эффекта. Стала прогрессивно нарастать мышечная слабость. Похудела на 12 кг.

Объективно: параорбитальный отек с пурпурно-лиловой эритемой. Положение вынужденное (не может самостоятельно передвигаться, садиться, оторвать голову от подушки). Мышцы конечностей отечны, тестоватой консистенции, увеличены в объеме, резко болезненны при надавливании. Границы относительной сердечной тупости расширены. Тоны сердца глухие. ЧСС 100 в минуту, АД 95/65 мм рт. ст.

Анализ крови: Л - $10,6 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 56 мм/ч, СРБ =45 мг/л. АСТ 302; АЛТ 405 МЕ/л. КФК 1960 МЕ (в N до 110); ЛДГ 830 МЕ (в N до 140).

ЭКГ: снижение вольтажа, желудочковая экстрасистолия до 6-8 в минуту.

Вес – 60 кг. Рост – 165 см.

Эталон решения задачи:

Синдромы: поражения мышц по типу миозита, поражение кожи, воспалительный, поражение миокарда, нарушение ритма.

Диагноз: Дерматомиозит, острое течение, активность 3 степени. Полимиозит с миастеническим синдромом. Дисфагия. Симптом «очков». Миокардит. Желудочковая экстрасистолия. СН 2А (ФК 2)?

Обследование: онкомаркеры, биопсия кожно-мышечного лоскута, электромиография, ДЭХОКС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография грудной клетки.

Лечение: метипред 1000 мг в/в капельно №3, циклофосфан 1000 мг №1.

Диспансерное наблюдение: контроль КФК, осмотр ревматолога 1 раз в 3 месяца.

Прогноз для жизни и трудоспособности зависит от эффекта иммунодепрессивной терапии и отсутствия опухолевой природы болезни, чаще при первичном дерматомиозите – благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 1.

Больная М., 40 лет. Жалобы на посинение кожи пальцев стоп и кистей, снижение массы тела, укорочение пальцев кистей, необходимость запивать водой сухую еду, сухой кашель, похудание на 10 кг за 2 года, одышку при ходьбе.

Из анамнеза: больна в течение 15 лет. Заболевание началось с побеления пальцев стоп и кистей на холоде. Через 2 года начала отмечать уплотнение кожи кистей и лица. В последние 3 года появилась необходимость запивать сухую еду. Полтора года назад впервые появились изменения в анализах мочи.

Объективно: укорочение дистальных фаланг пальцев кистей. Цианоз кожи кистей, стоп, носа, ушных раковин. Язвочки на коже кистей не заживают в течение месяца. Уплотнение кожи конеч-

ностей туловища и лица. Черты лица заострены, кисетообразные складки вокруг рта. Контрактуры проксимальных межфаланговых суставов. В легких в задне-базальных отделах ослабление везикулярного дыхания. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс-80 уд. в минуту, АД - 130/80 мм рт ст.

Общий ан. крови: Л- $5,7 \times 10^9$ /л, СОЭ-37мм/час, креатинин крови 0,084 ммоль/л. Общ. ан. мочи: уд. вес-1012, белок-0,35 г/л, Эр -2-5, Л1-3, ЦИЛ-1-2 в п/зр.



1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительных исследований, проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача №2

Больная М., 37 лет. Жалобы на утолщение и стягивание кожи пальцев кисти, затруднение движений в суставах кистей, уплотнение кожи лица и затруднение при открытии рта, сухой кашель и одышку при физической нагрузке, похудание на 5 кг за полгода, не связанное с ухудшением питания, субфебрильную температуру.

Заболевание началось 1 год назад. Лечилась преднизолоном 15 мг/сутки. В последнюю неделю появились изменения в анализе мочи, повышение АД до 200/125 мм рт.ст.) и жалобы на головные боли, отеки нижних конечностей, повышенную утомляемость, нарушение остроты зрения.

Из анамнеза жизни: доярка, помещение не отапливаемое, пищевая аллергия.

Объективно: уплотнение кожи кистей, стоп, голеней, кисетообразные складки вокруг рта, телеангиэктазии на коже спины. В нижних отделах легких дыхание ослабленное, везикулярное. Перкуторно: левая граница сердца на 1 см влево от СКЛ. АД 200/140 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: Лейк.- $7,2 \times 10^9$ /л; Эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /л Нв - 125г/л, СОЭ - 47 мм/час. СРБ – 5,2 мг/л. Общий белок сыворотки крови – 75 г/л.

Мочевина - 10,2 ммоль/л. Креатинин – 0,29 ммоль/л.

Обнаружены антитела к СКЛ 70 и к центромерам.

АНФ 1:32, РФ 32 ЕД/мл

Общий анализ мочи: удельный вес 1013, белок 1,45 г/л, Ле – 3-5 п/зр, Эр. – 25-30 в п/зр., цилиндры – 1-2 в п/зр.

1. Выделите основные синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз

4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Чтение рентгенограмм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить основные клинические проявления ССД, ДМ/ПМ и РП.
2. Обратить внимание на этапы диагностического поиска при СЗСТ.
3. Выписать диагностические критерии ССД, ДМ, РП.
4. Провести дифференциальный диагноз ССД и РА, ПМ и РП.
5. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при ССД, ДМ/ПМ, РП.
6. Обратить внимание на побочные действия и осложнения базисных препаратов, применяемых для лечения данных заболеваний.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Особенности поражения мышц при ПМ/ДМ, дифференциальный диагноз миозита и миалгии.
2. Какие группы мышц поражаются при ревматической полимиалгии?
3. Какие специфичные поражения кожи встречаются при ДМ?
4. Сформулируйте диагностические критерии ДМ/ПМ.
5. Какова локализация поражения кожи при лимитированной форме ССД?
6. Каковы причины и механизм фиброза кожи и внутренних органов при ССД?
7. Охарактеризуйте клинические формы ССД.
8. Чем отличается 3 стадия ССД от 2 стадии?
9. Каковы клинические особенности течения острой склеродермической нефропатии?
10. Перечислите основные клинические варианты поражения легких при ССД.
11. Каковы причины дисфагии при ССД и ДМ/ПМ?
12. Перечислите основные побочные действия купренила.
13. Какие показания к назначению циклофосфана при ССД?
14. Каковы показания к назначению пульс-терапии мега дозами метипреда при ДМ/ПМ?
15. Какие дозы ГК применяются для лечения ревматической полимиалгии?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Основным функциональным нарушением фибробластов при ССД является
 - а) увеличение продукции коллагена
 - б) увеличение продукции протеогликанов
 - в) нарушение мембранной рецепции
 - г) снижение скорости деления
2. При диффузной форме ССД поражается кожа преимущественно следующих участков тела
 - а) лица, пальцев кистей и стоп
 - б) туловища и проксимальных отделов конечностей
 - в) туловища
 - г) головы
3. Первая фаза синдрома Рейно проявляется
 - а) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей и стоп
 - б) цианозом дистальных отделов конечностей
 - в) «побелением» пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции

- г) парестезиями по всем верхним конечностям
4. Для дерматомиозита характерно все нижеперечисленное, кроме
- иногда связь с опухолевыми заболеваниями
 - миозит проксимальных отделов конечностей
 - средством выбора являются аминохинолиновые препараты
 - повышение уровня КФК в крови
5. Наиболее характерным признаком дерматомиозита из перечисленных является
- миокардит
 - поражение кистей, сходное с РА
 - диффузное поражение интерстициальной ткани легких
 - прогрессирующее похудание
 - гипотония верхней трети пищевода
6. Crest-синдром характеризуется развитием
- кардита
 - синдрома Рейно
 - эрозий
 - склеродактилий
 - телеангиэктазий
7. У больной 42 лет месяц назад диагностирован дерматомиозит. Лечение преднизолоном в дозе 30 мг/сутки не повлияло на болезнь. Какова возможная причина неэффективности лечения?
- недостоверный диагноз
 - опухоль
 - неверный выбор препарата
 - недостаточная доза преднизолона
8. Показанием к назначению ГКС при ССД являются все, кроме
- дигитальный артериит
 - синдром Рейно
 - гломерулонефрит
 - артрит
9. Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?
- азатиоприн
 - коринфар
 - преднизолон
 - делагил
 - колхицин
10. У больной начата терапия Д-пеницилламином. Каковы возможные побочные действия
- протеинурия
 - фиброзирующий альвеолит
 - агранулоцитоз
 - миозит
 - все перечисленное выше

Ответы к тестовым заданиям									
1-а)	2-б)	3-в)	4-в)	5-д)	6-б, г, д)	7-г)	8-б)	9-в)	10-д)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих

Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний: учебное пособие / Политова Н.Н. – Киров, 2016.

4. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

5. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.7: IgA-ассоциированный васкулит. Узелковый полиартериит. Гранулематоз с полиангиитом

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике системных васкулитов СВ, определению вариантов течения и степени активности IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, правильному выбору тактики лечения в зависимости от варианта течения и степени активности болезни.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность СВ, вопросы этиологии и патогенеза заболеваний, классификации, диагностические критерии, критерии течения и активности IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, принципы и методы, базисной терапии данных заболеваний.
2. Обучить обследованию больных с СВ, алгоритму диагностического поиска при СВ, диагностике IgA-ассоциированный васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, умению формулировать диагноз IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от степени активности и варианта течения заболевания.
3. Изучить методы диагностики и лечения IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом.
4. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, этиологию, патогенез заболеваний, классификацию, методы диагностики, диагностические критерии, критерии течения и активности, базисную терапию IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом.
2. После изучения темы: Определение и сущность, этиологию, патогенез, современную классификацию IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, алгоритм диагностического поиска при СВ, методы диагностики, диагностические критерии IgA-ассоциированный васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, критерии течения и активности, принципы и методы базисной терапии IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом в зависимости от варианта течения и степени активности заболеваний.

Обучающийся должен уметь:

Владеть методом расспроса больных с СВ, провести общий осмотр больного IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом, выявить синдромы, оценить

данные дополнительных исследований (иммунологические тесты, лабораторные, инструментальные и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СВ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики СВ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (ОАК, ОАМ, АНЦА и др.) и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторинг АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения СВ, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение, клинико-морфологическая сущность СВ.
2. Алгоритм диагностического поиска при СВ.
3. СВ первичные и вторичные: причины.
4. Этиология, патогенез первичных СВ.
5. Классификация СВ.
6. IgA-ассоциированный васкулит: клинико-морфологическая характеристика, триггерные факторы, эпидемиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
7. УП: клинико-морфологическая характеристика, триггерные факторы, эпидемиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
8. Гранулематоза с полиангиитом: клинико-морфологическая характеристика, триггерные факторы, эпидемиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Д., 29 лет. Жалобы на боли за грудиной коронарного характера, повышение АД до 240/160 мм рт.ст., лихорадку до 39⁰С, правосторонний парез стоп, быстрое похудание.

Заболел год назад, когда появилась боль в икроножных мышцах, через три месяца повысилась температура тела до 38 - 38,5⁰С, усилились миалгии. Лечение НПВП давало временный эффект, назначение антибиотиков было неэффективным. 6 месяцев назад развился асимметричный парез стоп. 4 месяца назад впервые зарегистрированы высокие цифры АД (190/110) и изменения в анализе мочи. Артериальная гипертония вскоре приобрела злокачественное течение (АД 240/160 мм рт.ст.). Похудел на 30 кг за 3 мес.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,5⁰С. Резко истощен. Выраженная атрофия мышц, особенно правой голени и стопы. Парез правой стопы. По ходу плечевых и локтевых артерий пальпируются мелкие узелки. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая и верхняя в норме, левая – по срединно-ключичной линии в V м/р. Пульс 94 в мин. АД - 230/150 – 240/160 мм рт. ст.

Общий анализ крови: Нв – 121 г/л, Л – 14,2x10⁹/л; СОЭ - 51 мм/час. Обнаружен HBsAg в титре 1:64. Мочевина- 6,7 ммоль/л. Креатинин – 0,09 ммоль/л.

Анализ мочи: уд. вес – 1018, белок 0,805 г/л, Ле – 0-1, Эр. – 10-15 в п/зр.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: коронарной недостаточности, системных проявлений, поражения периферической нервной системы, поражения мышц по типу миалгии, мочевого, артериальной гипертонии, поражение миокарда, воспалительный.
2. Диагноз: Узелковый полиартериит, ассоциированный с HBsAg, классический вариант, подострое течение, активность III степени. Лихорадка, похудание, парез правой стопы, миалгии, коронарит, гломерулонефрит с симптоматической артериальной гипертонией. ХПН 0.
3. План обследования: ЭКГ, ДЭХОКГ, глазное дно, суточная потеря белка, лубочковая фильтрация, УЗИ почек, маркеры вирусных гепатитов, консультация невролога, рентгенография грудной клетки, ангиография или биопсия кожно-мышечного лоскута.
4. Лечение: а) МП 1 г/сутки в/в капельно в течение 3-х дней, с последующим назначением преднизолона внутрь 1 мг/кг/сутки до достижения эффекта, в дальнейшем с постепенным снижением дозы до поддерживающей. 2) Циклофосфан (при отсутствии маркеров репликации вируса гепатита В) в/в капельно 15 мг/кг/сутки (не более 1 г) каждые 2 недели трехкратно, затем каждые 3 недели. 3) плазмаферез 7-10 процедур в течение 2 недель с удалением 60 мл/кг плазмы и замещением равным объемом 4,5-5% альбумина человека. 4) При наличии маркеров репликации вируса гепатита В: интерферон α 3x10⁶ЕД 3 раза в неделю и ламивудин 100 мг/сутки. 4) Курантил 150 мг/сутки. 5) периндоприл (при отсутствии стеноза почечных артерий) 5 мг /сутки + амлодипин 5-10 мг/сутки + метопролола сукцинат 12,5- 25 мг/сутки + нитроспрей по требованию.
5. Диспансерное наблюдение: анализы крови и мочи, осмотр ревматолога 1 раз в 3 месяца.
6. Прогноз для жизни зависит от того, насколько быстро наступит ХПН, также возможны осложнения артериальной гипертонии. Прогноз для трудовой деятельности зависит от трудовой занятости больного, чаще всего прогноз неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной В., 18 лет, строитель. Поступил с жалобами на температуру 38,3⁰С, слабость, геморрагические мелкоочечные высыпания на нижних конечностях, животе, предплечье, боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту.

Все выше указанные признаки появились после заболевания гриппом (в течение 2 недель).

Объективно: состояние тяжелое. Кожа голеней в области высыпаний отечная. Суставы болезненные при движении, припухшие. Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС=110 мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области.

Общий анализ крови: Лейк.-9x10⁹/л; Эр.- 4,5x10¹²/л Нв - 126г/л, СОЭ - 32 мм/час.

Креатинин крови= 90 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: уд. вес = 1015, белок 0,99 г/л, эритроциты 20-25 в п/зр.

1. Выделите основные синдромы.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача 2

Больная 48 лет поступила с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 37,8°-38,4° С, артралгии, гнойно-геморрагические выделения из носа. Считает себя больной 3 месяца, когда после ОРЗ появились кашель, осиплость голоса, ринит, а затем пневмония с кровохарканьем. Улучшение на фоне приема преднизолона в дозе 20 мг/сутки. После отмены преднизолона вновь гнойный ринит, осиплость голоса, боли в лобной области.

Объективно: отечность лица, в легких рассеянные сухие хрипы. АД 140/96 мм рт. ст., Пульс – 94 в 1 мин. ЛОР: перфорация носовой перегородки.

Ан. крови: Нб – 112 г/л; СОЭ – 54 мм/час.

Ан. мочи: уд. вес 1020, белок – 0,118 г/л, эритроц. 12-18 в поле зрения.

Вопросы:

1. Синдромы?
2. Предполагаемый диагноз?
3. Дополнительные исследования?
4. План лечения с обоснованием.

Задача 3

Мужчина 40 лет госпитализирован с жалобами на боли в области сердца давящего характера до 15 мин. Эффект от нитроглицерина неполный и кратковременный. Заболел 2 месяца назад после переохлаждения: появились миалгии, артралгии, лихорадка до 38-39° С, позже почувствовал онемение и слабость в кистях и стопах. Похудел на 8 кг. Повысилось АД до 170/100 мм рт. ст.

По ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST с (-) T в отв. V₂-V₆. Пульсация крупных артерий сохранена.

Ан. крови: Нб – 100 г/л; Эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л; Л – 14×10^9 ; СОЭ – 50 мм/час.

Вопросы:

1. Назовите клинические синдромы болезни.
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. План лечения?

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить алгоритм диагностического поиска при СВ.
2. Изучить клинические проявления IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом.
3. Обратить внимание на диагностические критерии IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом и определение степени активности при СВ.
4. Провести дифференциальный диагноз IgA-ассоциированного васкулита и УП, IgA-ассоциированного васкулита и гранулематоза с полиангиитом, УП и атеросклероза с поражением сосудов нижних конечностей, УП и облитерирующего эндартериита.

5. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при IgA-ассоциированного васкулита, УП, гранулематоза с полиангиитом.
6. Обратить внимание на осложнения циклофосфана и глюкокортикостероидов.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Какие иммунопатологические процессы лежат в основе развития системных васкулитов?
2. В чем заключается алгоритм диагностического поиска при системных васкулитах?
3. Как классифицируют системные васкулиты в зависимости от калибра пораженных сосудов?
4. Перечислите диагностические критерии IgA-ассоциированного васкулита.
5. Каковы особенности геморрагических высыпаний при IgA-ассоциированном васкулите?
6. Какие существуют варианты течения IgA-ассоциированного васкулита?
7. Каковы основные клинические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы узелкового полиартериита?
8. Каковы наиболее частые клинические проявления локальной формы гранулематоза с полиангиитом?
9. Какой иммунологический маркер является специфичным для диагностики гранулематоза с полиангиитом?
10. Каковы показания к терапии глюкокортикостероидами при IgA-ассоциированном васкулите?
11. Какие существуют показания к противовирусной терапии при узелковом полиартериите?
12. Какие наиболее частые побочные действия циклофосфана?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Для системных васкулитов характерны следующие синдромы, за исключением
 - а) кожный
 - б) почечный
 - в) гепатолиенальный
 - г) суставно-мышечный
2. Вторичные васкулиты встречаются при следующих заболеваниях:
 - а) злокачественные опухоли
 - б) СЗСТ
 - в) инфекции
 - г) лекарственная болезнь
 - д) все вышеперечисленное
3. Причинными факторами развития IgA-ассоциированного васкулита могут быть следующие, кроме
 - а) антибиотики и сульфаниламиды
 - б) персистенция вируса гепатита В
 - в) стрептококковая инфекция
 - г) пищевая аллергия
 - д) вакцинация
4. При узелковом полиартериите поражаются
 - а) крупные артерии
 - б) средние артерии
 - в) мелкие и средние артерии
 - г) мелкие сосуды
5. Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является
 - а) сухой перикардит
 - б) миокардит
 - в) крупноочаговый кардиосклероз
 - г) фибропластический эндокардит
 - д) коронарит

6. При IgA-ассоциированном васкулите сыпь чаще локализуется
- на коже лица
 - на верхних конечностях
 - на нижних конечностях
 - на туловище
7. К диагностическим критериям узелкового периартериита относятся
- похудание на 4 кг и более
 - миалгии
 - утренняя скованность
 - вирус гепатита В
 - фотосенсибилизация
8. Для поражения легких при синдроме Чарга-Стросса характерно
- бронхиальная астма
 - пневмосклероз
 - эозинофильные инфильтраты
 - фиброзирующий альвеолит
9. При кожно-суставной форме IgA-ассоциированного васкулита препараты выбора
- антиагреганты
 - глюкокортикостероиды
 - цитостатики
 - НПВП
10. При остром течении узелкового периартериита назначают
- антибиотики
 - плаквенил
 - преднизолон и циклофосфамид
 - D-пеницилламин
 - бруфен

Ответы к тестовым заданиям									
1-в)	2-д)	3-б)	4-в)	5-д)	6-в)	7-а, б, г)	8-а, в)	9-а, г)	10-в)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Системные васкулиты: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2018.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

4. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.8. Артериит Такаясу. Гигантоклеточный артериит

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике системных васкулитов (СВ), определению вариантов течения и степени активности артериита Такаясу (АТ) и гигантоклеточного артериита (ГКА), правильному выбору тактики лечения в зависимости от варианта течения и степени активности болезни.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и сущность СВ, вопросы этиологии и патогенеза заболеваний, классификации, диагностические критерии, критерии течения и активности АТ и ГКА, принципы и методы, базисной терапии данных заболеваний.
2. Обучить обследованию больных с СВ, алгоритму диагностического поиска при СВ, АТ и ГКА, умению формулировать диагноз АТ и ГКА согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от степени активности и варианта течения заболевания.
3. Изучить методы диагностики и лечения АТ и ГКА.
4. Обучение навыкам профессионального медицинского поведения, ведение медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение и сущность АТ и ГКА, этиологию, патогенез заболеваний, классификацию, методы диагностики, диагностические критерии, критерии течения и активности, базисную терапию АТ и ГКА.
2. После изучения темы: Определение и сущность, этиологию, патогенез, современную классификацию АТ и ГКА, алгоритм диагностического поиска при СВ, методы диагностики, диагностические критерии АТ и ГКА, критерии течения и активности, принципы и методы базисной терапии АТ и ГКА в зависимости от варианта течения и степени активности заболеваний.

Обучающийся должен уметь:

Владеть методом расспроса больных с СВ, провести общий осмотр больного АТ и ГКА, выявить синдромы, оценить данные дополнительных исследований (иммунологические тесты, лабораторные, инструментальные и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать АТ и ГКА согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного АТ и ГКА обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СВ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики СВ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного (ОАК, ОАМ, АНЦА и др.) и инструментального обследования пациента (ЭКГ, мониторинг АД и ЭКГ, ЭХО-КС, рентгенография легких). Методами лечения СВ, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Артериит Такаясу: клиничко-морфологическая характеристика, клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
2. Гигантоклеточный артериит: клиничко-морфологическая характеристика, клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.

2.3 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

У 28-летней нерожавшей женщины после ангины в течение 6 мес. сохраняется субфебрильная температура, зарегистрировано повышение АД до 180/110 мм рт. ст.; отмечает слабость, утомляемость, головные боли. Объективно: кожные покровы бледные, чистые, гипергидроз. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент II тона над аортой. АД 170/110 мм рт. ст. ЧП – 92 в 1 мин. Пульсация на лучевых, височных артериях D = S, сохранена. Выслушивается шум на сонных артериях и слева от пупка на брюшной аорте.

Ан. крови: Hb – 112 г/л; Эр. – $3,0 \cdot 10^{12}/л$; Л – $9 \cdot 10^9$; СОЭ – 38 мм/час. Ан. мочи: без патологии.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: ишемический, системных проявлений, артериальной гипертензии, анемии, воспалительный.
2. Диагноз: Артериит Такаясу с поражением сонных и почечных артерий, подострое течение, активность II степени. Субфебрилитет, анемия. Вазоренальная артериальная гипертензия. ХБП?
3. План обследования: ЭКГ, ДЭХОКГ, доплер брахецефальных, почечных артерий, глазное дно, креатинин, СКФ, УЗИ почек, ангиография.
4. Лечение: преднизолон 1 мг/кг/сутки, дипиридамол 225 мг/сутки, амлодипин 5-10 мг/сутки.
5. Диспансерное наблюдение: общий анализ крови, СРБ, осмотр ревматолога 1 раз в 3 месяца, ангиография или МРТ 1 раз в год.
6. Прогноз для жизни зависит от развития возможных осложнений артериальной гипертензии, локализации и степени стенозирования пораженных сосудов. Прогноз для трудовой деятельности зависит от трудовой занятости больного, чаще всего прогноз неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больная Т., 22 лет, секретарь-референт. Заболела около 7 месяцев назад: появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура тела, увеличение СОЭ до 38 мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 6 месяцев стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на левый глаз. Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение АД. Направлена в стационар.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа умеренно бледная, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке - 230/130 мм рт. ст., на левой - 150/130 мм рт. ст., на ногах - 220/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

Общий анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 139 г/л, цв.п. - 0,86, лейкоц. - $5,4 \times 10^9/л$, б - 0%, э - 3%, п/я - 1%, с/я - 60%, лимф. - 29%, мон. - 7%, СОЭ - 51 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, сл. кислая, уд. вес - 1018, белок - 0,33 г/л, сахара нет, желчные пигм. - 0, лейкоц. - 0-1-3 в п/зр., эр. - 1-3 в п/зр.

УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК не расширены, паренхима сохранена.

Консультация окулиста: глазное дно - диски зрительных нервов серовато-розового цвета с расплывчатыми контурами (отек дисков и перипапиллярных отделов сетчатки). Артерии сетчатки резко и неравномерно сужены, местами с прерывистым просветом, стенки их утолщены. Вены извиты. В области макул сетчатка утолщена, неравномерно пигментирована. Отдельные мелкие атрофические очажки на месте рассосавшихся кровоизлияний.

1. Выделить синдромы. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

Задача 2

Женщина 65 лет, пенсионер, поступает с жалобами на ежедневные повышения температуры, головную боль.

Заболевание началось примерно месяц назад, когда появилась боль в мышцах бедер, ягодиц, несколько позже – мышцах плечевого пояса; боль имела ноющий, довольно интенсивный характер, затрудняла движения (ходьбу, причесывание и др.), почти одновременно с болью стала повышаться температура тела вначале до субфебрильных, а затем и фебрильных цифр (иногда – с ознобом). Недели через полторы-две в поликлинике было проведено обследование больной. ОАК: гемоглобин 96 г/л, лейкоц. 11000, п/я 8%, с/я 68%, лимфоциты 16%, моноциты 8%, эозинофилы 0%, СОЭ 65 мм/час; Общий анализ мочи – в норме. Рентгеноскопия грудной клетки: в легких инфильтративные и очаговые изменения не выявлены, сердце – увеличение левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости – без изменений. Назначен вольтарен 100 мг/сут. На фоне лечения интенсивность боли в мышцах уменьшилась, температура тела снизилась до субфебрильных цифр. Однако неделю назад развилась сильнейшая боль в левой височной области, лишь на короткий срок ослабевавшая после дополнительного приема анальгина.

С 50-летнего возраста обнаруживается умеренная артериальная гипертензия (140 и 90 – 160 и 100 мм рт. ст.) с редкими повышениями АД до 200 и 100 мм рт. ст. Последние 3-4 года беспокоят редкие загрудинные боли, возникающие при ходьбе в гору, подъеме по лестнице. В возрасте 30-35 лет выявляли язву двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: мышцы верхних и нижних конечностей нормального объема, сила их не изменена, пальпация болезненна. В левой височной области визуально определяется извитой тяж (височная артерия?), кожа над ним гиперемирована, при пальпации тяж – плотный, резко болезненный, не пульсирует. Правая височная артерия – мягкая, безболезненная, пульсирует. На других периферических сосудах пульсация сохранена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: на верхушке - тоны приглушены, систолический шум средней громкости, над аортой – систолический шум, Птон акцентирован. Пульс 90 уд.в мин., ритм правильный. АД 160 и 90 мм рт. ст.

Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Очаговой неврологической симптоматики нет. Зрение – в пределах возрастной нормы.

1. Выделить синдромы.
2. Установить предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Определить тактику лечения.

Задача 3

У 22-летней девушки в течение 3 мес. лихорадка до 38,2° С, боли в крупных суставах и мышцах, отмечено преходящее снижение остроты зрения.

Объективно: суставы не изменены. АД на правой руке 130/80 мм рт. ст., на левой – 80/60 мм рт. ст. Ослаблен пульс на левой лучевой артерии.

Ан. крови: Нв – 120 г/л; Лейк. – $10 \cdot 10^9$ /л; СОЭ – 42 мм/час.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Установить предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Определить тактику лечения.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить клинические проявления артериита Такаясу и гигантоклеточного артериита.
2. Обратит внимание на диагностические критерии артериита Такаясу и гигантоклеточного артериита.
3. Провести дифференциальный диагноз артериита Такаясу и гигантоклеточного артериита.
4. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при артериите Такаясу и гигантоклеточном артериите.
5. Обратит внимание на осложнения циклофосфана и глюкокортикостероидов.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите диагностические критерии артериита Такаясу.
2. Какие сосуды чаще поражаются при артериите Такаясу?
3. Какие клинические проявления характерны для хронического течения артериита Такаясу?
4. Какие инструментальные методы применяют для подтверждения поражения сосудов крупного калибра?
5. Перечислите симптомы поражения височной артерии.
6. С какой патологией часто сочетается гигантоклеточный артериит?
7. Перечислите диагностические критерии гигантоклеточного артериита.
8. Какие методы диагностики применяют для подтверждения диагноза гигантоклеточный артериит?
9. Какие дозы глюкокортикостероидов используют в дебюте артериита Такаясу?
10. Каковы показания к цитостатикам при артериите Такаясу?
11. От чего зависит доза глюкокортикоидов при гигантоклеточном артериите?
12. Каковы показания к пульс-терапии мега дозами метипреда при гигантоклеточном артериите?

13. Какие показания к оперативному лечению при артериите Такаясу?

3. Примеры тестовых заданий.

1. При артериите Такаясу поражаются сосуды преимущественно
 - а) мелкого калибра
 - б) среднего калибра
 - в) крупного калибра
 - д) мелкого и среднего калибра
2. Для гигантоклеточного артериита характерно
 - а) аневризмы сосудов среднего калибра (по данным ангиографии)
 - б) воспалительная инфильтрация артерий крупного и среднего калибра макрофагами, лимфоцитами и плазматическими клетками, а также гигантскими многоядерными клетками
 - в) гранулематозная пери- и экстравазкулярная инфильтрация
 - г) сужение или окклюзия аорты и ее ветвей в проксимальных отделах (по данным ангиографии)
3. Для артериита Такаясу характерно
 - а) развитие болезни в возрасте 20 –30 лет
 - б) чередование стенозированных участков артерий с участками артерий нормального калибра (по данным ангиографии)
 - в) наличие симптомов ревматической полимиалгии
 - г) поражение сосудов крупного и среднего калибра
4. При гигантоклеточном артериите наблюдается
 - а) нестойкая гематурия и незначительная протеинурия
 - б) депрессия
 - в) диплопия
 - г) болезненность височных артерий при пальпации
5. Величина суточной дозы преднизолона при гигантоклеточном артериите от возраста пациента
 - а) не зависит
 - б) зависит
6. Следующие положения, касающиеся терапии гигантоклеточного артериита, верны
 - а) целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств
 - б) выбор дозы глюкокортикостероидов зависит от тяжести поражения органа зрения и крупных артериальных стволов
 - в) лечение поддерживающими дозами преднизолона должно проводиться не менее двух лет
 - г) суточная доза преднизолона обычно не превышает 40 мг
7. Для ревматической полимиалгии характерно
 - а) боли в мышцах плечевого и тазового пояса
 - б) анемия
 - в) значительное увеличение СОЭ
 - г) возраст больных моложе 40 лет
8. При болезни Такаясу возможно поражение
 - а) только дуги аорты и ее ветвей
 - б) только нисходящей части аорты (грудная и брюшная части)
 - в) дуги аорты и ее нисходящей части
 - г) коронарных артерий
 - д) всех перечисленных сосудов
9. Ишемический синдром при болезни Такаясу может проявляться
 - а) головокружением, обмороками
 - б) различным уровнем артериального давления на руках и ногах (на ногах выше, чем на руках)
 - в) болью в нижних конечностях
 - г) систолическим шумом над сонными и плечевыми артериями

д) всем перечисленным

10. У 22-летней девушки в течение 3 мес. Лихорадка до 38,2° С, боли в крупных суставах и мышцах, отмечено преходящее снижение остроты зрения. Объективно: суставы не изменены. АД на правой руке 130/80 мм рт. ст., на левой – 80/60 мм рт. Ст. Ослаблен пульс на левой лучевой артерии. Ан.крови: НВ – 120 г/л; лейкоц. – 10·10⁹/л; СОЭ – 52 мм/час. Ваш предварительный диагноз?

- а) ревматоидный полиартрит
- б) ревматическая полимиалгия
- в) системная красная волчанка
- г) артериит Такаясу
- д) гигантоклеточный артериит

Ответы к тестовым заданиям									
1-в)	2-б)	3-а, б, г)	4-б, в, г)	5-а)	6-б, в)	7-а, в)	8-д)	9-д)	10-г)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Системные васкулиты: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2018.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

4. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 3: Нефрология

Тема 3.1: Нефротический синдром. Амилоидоз.

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике нефротического синдрома (НС), амилоидоза, как возможной причине НС, правильно выбрать тактику лечения в зависимости от этиологии нефротического синдрома.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и критерии НС, вопросы этиологии, патогенеза, классификации и осложнений НС, принципы и методы лечения НС.
2. Рассмотреть определение и морфологическую сущность амилоидоза, вопросы этиологии и патогенеза, классификацию, методы диагностики и лечения амилоидоза.
3. Обучить обследованию больных с НС, алгоритму диагностического поиска при НС, дифференциальной диагностике НС при гломерулонефрите и амилоидозе почек, умению формулировать диагноз амилоидоза согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от причины НС и клинико-морфологической формы амилоидоза.
4. Изучить методы диагностики и лечения НС и амилоидоза.
5. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.

6. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: Определение и критерии НС, патогенез основных симптомов НС, классификацию НС, осложнения, принципы и методы лечения НС, сущность и определение, этиологию и патогенез, классификацию амилоидоза, методы диагностики и лечения заболевания.
2. После изучения темы: Определение и критерии НС, патогенез основных симптомов НС, классификацию НС, осложнения, принципы и методы лечения НС в зависимости от этиологии, дифференциальную диагностику НС при гломерулонефрите и амилоидозе почек, алгоритм диагностического поиска при НС, сущность и определение, этиологию и патогенез, классификацию амилоидоза, методы диагностики и лечения заболевания.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с НС и амилоидозом, провести общий осмотр больного с НС, выявить признаки НС, оценить данные дополнительных исследований (общий анализ мочи, суточную протеинурию, биохимический анализ крови, данные УЗИ почек и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию больного НС и амилоидозом с обоснованием, уметь диагностировать и проводить профилактику осложнений НС.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с НС и амилоидозом (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики НС и амилоидоза. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента. Методами лечения НС и амилоидоза, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и признаки НС.
2. Этиология НС, понятие о первичном и вторичном НС.
3. Алгоритм диагностического поиска при НС. Дифференциальный диагноз НС при амилоидозе и гломерулонефрите.
4. Клиническая классификация НС.
5. Патогенез основных симптомов НС.
6. Осложнения НС.
7. Этиология и патогенез амилоидоза.
8. Клинико-морфологическая классификация амилоидоза. Особенности клиники и диагностики различных клинико-морфологических вариантов течения.
9. Старческий амилоидоз: формы, клиника, диагностика, лечение.
10. Программа обследования при амилоидозе.
11. Принципы и методы лечения НС и амилоидоза.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Интерпретация данных анализов мочи и крови, УЗИ почек.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной Ф., 42 лет. Более 15 лет беспокоит кашель по утрам с большим количеством мокроты желто-зеленого цвета, иногда отходящей полным ртом; одышка при умеренной физической нагрузке, слабость, недомогание. В анализах мочи в течение последнего года отмечается протеинурия; периодически - жидкий стул. Из анамнеза жизни: трижды лечился стационарно по поводу пневмонии. Более 20 лет много курит. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледные, отёки нижних конечностей, передней брюшной стенки, поясничной области, лица. При аускультации выслушиваются средне- и крупно-пузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких с обеих сторон. Перкуторно – легочный тон с обеих сторон. ЧДД 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Шейные вены не набухшие. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени – 13/10/8 см. Почки не пальпируются. Лабораторно: Общий ан. крови: гем-126 г/л, эр- $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейко. – $9,8 \times 10^9$ /л, СОЭ = 64 мм/ч. Креатинин – 98 мкмоль/л, мочевины 7,8 ммоль/л. Общий белок 47 г/л, альбумины 40 %, гамма-глобулины 28 %. Холестерин 8,3 ммоль/л, глюкоза крови 4,5 ммоль/л. Общий ан. мочи: щелочная, отн. пл. 1020, белок 8,2 г/л, эритроциты 0-2 в п/зр, лейкоциты 5-6 в п/зр., цилиндры восковидные 1-3 в п/зр.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: НС (массивная протеинурия, гипопроteinемия и гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, отёки). Синдром бронхоэктазов. Синдром гепатомегалии. Синдром мальабсорбции. Мочевой синдром. Синдром воспаления (повышение СОЭ).

2. Предварительный диагноз: Бронхоэктатическая болезнь, обострение. Вторичный амилоидоз с поражением почек, желудочно-кишечного тракта. Нефротический синдром. ХПН 0. Дифференциальный диагноз с хронической обструктивной болезнью лёгких в сочетании с ГН; с туберкулезом легких, осложненным амилоидозом; с паранеопластической нефропатией на фоне рака легкого.

3. План обследования: КТ лёгких (для уточнения характера патологии лёгких, выявления бронхоэктазов), спирография, посев мокроты на ВК, флору и чувствительность к антибиотикам. ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ректороманоскопия со щипковой биопсией слизистой прямой кишки и окраской биоптата на амилоид, при отрицательном результате - биопсия почки. Определение группы крови, маркёров гепатитов В и С, билирубина, трансаминаз, амилазы крови, уровня С-реактивного белка. Копрограмма. В стационаре - контроль диуреза и выпитой жидкости ежедневно, уровня общего белка крови и суточной протеинурии 1-2 раза в неделю, креатинина, мочевины, трансаминаз, общего анализа мочи – в динамике.

4. Лечение: режим палатный (2). Диета высокобелковая с ограничением соли до 3 г/сутки, жидкости – менее литра в сутки. Лечение должно быть направлено на тщательную санацию бронхиального дерева, снижение воспаления, и уровня С-реактивного белка. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности флоры (цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны), бронхолитики, муколитики, постуральный дренаж. Консультация торакального хирурга о возможности оперативного лечения бронхоэктазов. Лечение амилоидоза: колхицин 1,5 мг/сутки. При снижении альбумина крови ниже 20 г/л и значительных отеках – белково-замещающие препараты (альбумин, плазма). Цитостатическая терапия противопоказана из-за наличия очага хронической инфекции.

5. Консультация нефролога 2-4 раза в год, осмотр терапевта ежемесячно. Контроль уровня общего белка крови, суточной потери белка (ежемесячно), общего анализа крови и мочи, креатинина, мочевины.

6. Прогноз трудоспособности неблагоприятный, показана МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больная К., 66 лет поступила с жалобами на одышку при ходьбе, отеки лица, голеней и стоп, увеличение живота.

Из анамнеза: страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Базисной терапии не получала. В течение последних 10 лет принимает преднизолон (10-20 мг в сутки). Отеки впервые появились около года назад.

Объективно: повышенного питания, лунообразное, багрово – цианотичное лицо. Деформация мелких суставов кистей и стоп, ульнарная девиация кисти, амиотрофии. Артритов нет. Дыхание в н/отделах не проводится, там же притупление перкуторного тона. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=90 уд. в мин. АД=130/80 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме (асцит).

Общ.ан.крови: Эр. $4,8 \times 10^{12}/л$; Нв-138 г/л, СОЭ-48 мм/час.

Общ.белок= 46 г/л, альбумины=50,8%, холестерин=6,8 ммоль/л, креатинин=68,9 мкмоль/л

Общ.ан.мочи: уд.вес 1020, белок-7,9г/л, лейкоциты 2-4 в п/зрения, эритроциты 1-2 в п/зр.

УЗИ брюшной полости и почек: асцит. Печень 126x48 мм, почки 105x50 мм, 105x49 мм.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача № 2

Больной Н., 44 года. Полгода назад стал замечать появление на ногах небольших отеков, обратился к врачу. В анализах мочи была выявлена протеинурия 100 мг/л. Отечный синдром постепенно становился более выраженным и стойким. Из анамнеза известно, что в 20-летнем возрасте болел туберкулезом. Много курит, кашель по утрам с отхождением небольшого количества мокроты. Отмечает периодически жидкий стул.

Объективно: стопы, голени, бедра отечны, передняя брюшная стенка и поясница пастозны. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=72 в минуту. АД=105/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное ослабленное, рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5-6 см ниже реберной дуги.

Ан.крови: Ле- $6,0 \times 10^9/л$, Эритро- $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 108 г/л, СОЭ - 62 мм/час.

Общ.ан.мочи: уд.вес= 1016, белок= 6,6 г/л, Эр.=3-4 в п/зр., Ле=6-8 в п/зр., цилиндры гиали-

новые =5-6 в п/зр.

В сыворотке крови общий белок= 54 г/л, альбумины= 30%, глобулины= 70%. Креатинин – 0,2 ммоль/л.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
3. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
4. Назначьте индивидуальную терапию.
5. Диспансерное наблюдение больного.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка данных анализов крови и мочи, УЗИ почек.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомьтесь с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполните следующие задания:

1. Изучить патогенез признаков НС, классификацию и осложнения НС.
2. Составить алгоритм диагностического поиска при НС.
3. Проведите дифференциальный диагноз НС при амилоидозе и гломерулонефрите.
4. Изучить клинико-морфологическую классификацию амилоидоза.
5. Обратит внимание на причины и особенности клиники различных форм амилоидоза.
6. Изучить схемы и принципы терапии НС и амилоидоза.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите признаки НС.
2. Каков патогенез отеков при НС?
3. Как определить степень тяжести НС?
4. Перечислите причины вторичного НС.
5. Перечислите осложнения нефротического синдрома.
6. Какие клинические проявления характерны для нефротического криза?
7. Проведите дифференциальный диагноз при НС между гломерулонефритом и амилоидозом.
8. Перечислите основные принципы лечения НС.
9. Перечислите клинико-морфологические варианты течения амилоидоза.
10. Назовите причины вторичного АА-амилоидоза.
11. Какие клинические проявления характерны для AL-амилоидоза?
12. Какие методы обследования применяют для подтверждения диагноза амилоидоз?
13. Объясните механизм действия колхицина при амилоидозе?
14. Какие еще лекарственные средства, кроме колхицина применяют для лечения амилоидоза?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Протеинурия – это выделение белка с мочой, превышающее:
 - а) 1 г/сутки
 - б) 0,15 г/сутки
 - в) 0,05 г/сутки
 - г) 0,033 г/сутки
2. Для нефротического синдрома характерно:
 - а) гипоальбуминемия
 - б) суточная потеря белка более 3 г/сутки
 - в) гиперхолестеринемия

- г) отеки
д) все выше изложенное
3. В основе патогенеза нефротического синдрома лежит:
- а) снижение проницаемости клубочков
б) повышение проницаемости клубочков
в) снижение функции эпителия проксимальных канальцев
г) сочетание а) и в)
4. В происхождении гипопроteinемии при нефротическом синдроме играет роль:
- а) потеря белка с мочой
б) усиленный катаболизм белков
в) перемещение белков в отечную жидкость
г) снижение синтеза отдельных белков
д) все верно
5. Гиперлипидемия при нефротическом синдроме обусловлена
- а) компенсаторное повышение синтеза липопротеидов и холестерина
б) задержкой липопротеидов в сосудистом русле
в) снижение катаболизма липопротеидов
г) все верно
6. Причиной первичного нефротического синдрома может быть:
- а) амилоидоз почек
б) мембранозный гломерулонефрит
в) тромбоз почечных вен
г) все перечисленное
7. У больного амилоидозом почек в последний год в анализах мочи отмечается суточная протеинурия от 6 до 9 г/л. 5 часов назад появились тошнота, рвота, боли в животе, снижение АД до 80/60 мм.рт.ст., эритема на передней поверхности бедер. Как можно расценить подобное состояние?
- а) обострение хронического гастрита
б) перитонит
в) желудочно-кишечное кровотечение
г) нефротический криз
д) рожистое воспаление
8. Больному нефротическим синдромом с выраженными отеками необходимо ограничение соли:
- а) до 4-5 г/сутки
б) до 2-3 г/сутки
в) до 0,5 г/сутки
9. У больного 45 лет имеется хр.остеомиелит правой бедренной кости. В моче: белок 4 г/л, Le – 0-1 в п/з, эр – 0-1 в п/з. Вероятный диагноз?
- а) хр.пиелонефрит
б) хр.гломерулонефрит
в) амилоидоз почек
г) возможно все
10. Выберите средства патогенетической терапии АА-амилоидоза:
- а) преднизолон
б) колхицин
в) мелфалан
г) все перечисленное

Ответы к тестовым заданиям									
1-б)	2-д)	3-б)	4-д)	5-г)	6-б)	7-г)	8-в)	9-в)	10-б)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е,

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Гломерулонефриты и амилоидоз: учебное пособие / Постникова Г.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2012.

Раздел 3: Нефрология

Тема 3.2: Тубулоинтерстициальные нефриты

Цель:

Способствовать формированию умений по диагностике и лечению тубулоинтерстициальных нефритов (ТИН), развивать навыки по проведению дифференциальной диагностики тубулопатий, формировать клиническое мышление обучающихся.

Задачи:

1. Рассмотреть определение и морфологию ТИН, вопросы этиологии, патогенеза, классификации и ТИН.
2. Обучить обследованию больных с ТИН, дифференциальной диагностике ТИН с пиелонефритами и гломерулонефритами, умению формулировать диагноз ТИН согласно существующей классификации и правильно выбрать тактику лечения в зависимости от причины ТИН и варианта течения.
3. Изучить методы современной диагностики и лечения ТИН.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания): Клинические и лабораторные признаки инфекций мочевых путей и тубулоинтерстициальных нефритов, особенности мочевого синдрома, характерные для инфекций мочевых путей; ведущие лабораторные и инструментальные признаки пиелонефрита; возможности различных методов исследования (в том числе бактериологических, серологических, УЗИ, R-графии); антибиотики и уроантисептики, применяемые в лечении пиелонефрита.
2. После изучения темы: Этиологию, патогенез, современную классификацию тубулоинтерстициальных нефритов, лечение, прогноз, диспансеризацию.

Обучающийся должен уметь:

владеть методом расспроса больных с признаками ТИН, провести общий осмотр больного с ТИН, выделить синдромы, оценить данные дополнительных исследований (общий анализ мочи, суточную протеинурию, биохимический анализ крови, данные УЗИ почек и т.д.), провести дифференциальный диагноз, сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Обучающийся должен владеть:

Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента с ТИН (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики ТИН.

Анализом и интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациента. Методами лечения ТИН, навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация тубулоинтерстициальных нефритов.
2. Признаки мочевого синдрома, характерные для тубулопатий.
3. Ведущие лабораторные и инструментальные признаки ТИН бактериальной и иной этиологии.
4. Возможности различных методов исследования (серологических, бактериологических, УЗИ, R-графических) в диагностике ТИН различной этиологии.
5. Лечение ТИН в зависимости от этиологии.
6. Показания к назначению кортикостероидов при ОТИН.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Интерпретация данных анализов мочи и крови, УЗИ почек.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной И., 16 лет. Жалобы на приступы нехватки воздуха в положении лёжа, головную боль, тошноту и рвоту, не связанную с приёмом пищи, ноющие боли в пояснице, отёки на лице, уменьшение количества мочи до 300 мл в сутки. Две недели назад переболел фолликулярной ангиной, лечился амбулаторно амоксициллином с хорошим эффектом. В течение последних двух дней появились вышеуказанные жалобы. Объективно: общее состояние тяжёлое, больной вялый, заторможенный. Кожные покровы бледные, отеки лица, пастозность стоп, голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке систолический шум, акцент 2 тона на аорте. ЧСС 82 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их умеренно болезненна. Лабораторно: Общий ан. крови: Эр- $2,4 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л. лейкоц. $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/ч. Общий ан. мочи: отн. пл. 1018, кислая, белок 2,4 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 40-60 в п/зр., гиалиновые цилиндры 3-6 в п/зр. Креатинин 150 мкмоль/л, мочеви-

на 14 ммоль/л. Общий белок 66 г/л. Калий 5,4 ммоль/л, Na 128 ммоль/л. УЗИ: Почки расположены типично, размерами правая 124/64 мм, левая 125/65 мм, паренхима толщиной 23-24 мм. ЧЛС не расширена. Конкрементов не выявлено.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: остронефритический синдром (отёки, синдром АГ, гематурия, снижение диуреза) с явлениями отёка головного мозга (головная боль, заторможенность, рвота). Синдром острой левожелудочковой недостаточности (приступы сердечной астмы, расширение границ сердца влево, влажные хрипы в легких). Синдром ОПН (олигурия, повышение азотемии – мочевины и креатинина). Мочевой синдром с умеренной протеинурией, микрогематурией, цилиндрурией. Болевой синдром (боли в поясничной области обусловлены отёком почечной паренхимы и растяжением капсулы).

2. Диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит с остронефритическим синдромом, тяжёлое течение. ОПН, олигурическая стадия. Острая левожелудочковая недостаточность (приступы сердечной астмы). Диф. диагноз – с БПН, ОПН токсической этиологии, инфекционным эндокардитом, пневмонией.

3. План обследования: ЭКГ, Р-графия органов грудной клетки, ЭХО-КС, УЗИ органов брюшной полости. Контроль водного баланса, уровня креатинина, мочевины, калия ежедневно в период олигурии; контроль трансаминаз и билирубина. Определение группы крови, маркёров гепатитов В и С, титра антистрептолизина-О (повышен).

4. Неотложная помощь должна быть направлена на снижение АД и уменьшение объема циркулирующей крови: фуросемид (лазикс) 80-120 мг в/в (далее – в зависимости от диуреза). Препараты центрального действия (клофелин 0,5-1 мл в/в или в/м, или 0,000075 под язык) или магнезии сульфат 25% -10,0 в/в медленно. Плановая терапия: режим постельный, с постоянным наблюдением. Диета низкобелковая с ограничением соли до 3 г/сутки; контроль диуреза и выпитой жидкости (жидкость при наличии олигурии ограничивать: потери жидкости за предыдущие сутки + 300-400 мл). Антигипертензивная терапия: БКК (верапамил по 40-80 мг x 3 р/сутки). ИАПФ противопоказаны (ОПН, гиперкалиемия). Фуросемид по 40-80 мг утром натощак и/или парентерально – до увеличения диуреза и нормализации уровня азотемии. Антибактериальная терапия: препараты пенициллинового ряда или макролиды, цефалоспорины 3 поколения - 5-10 дней. Антиагреганты: дипиридамола (постепенно увеличивать дозу с 50 до 200-300 мг/сутки).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной П., 27 лет. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, головные боли, слабость. Из анамнеза: 7 лет назад при устройстве на работу в анализах мочи обнаруживали белок, повышение АД; цифры не помнит. Не обследовался. Ухудшение самочувствия – в течение месяца, после перенесенного ОРВИ. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Массивные отёки нижних конечностей, поясничной области, лица: мягкие, при надавливании длительное время остается ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; в нижнезадних отделах легких дыхание не выслушивается. Притупление перкуторного звука определяется ниже углов лопаток с обеих сторон. ЧД 19 в минуту. Левая граница сердца – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 90 в минуту. АД 180/105 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки, селезенка не пальпируются. Диурез 700 мл/сутки.

Общий ан.крови: Эр. $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв 110 г/л, лейкоц. $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ=48 мм/ч. Общий белок 42 г/л, альбумины 34%, глобулины 66%: альфа-1=5%, альфа-2=28%, бета=18%, гамма=9% . Креатинин - 145 мкмоль/л, мочевина 9,3 ммоль/л. Общий холестерин 13,2 ммоль/л. Калий 4,8 ммоль/л, ЦИК-100 Ед.

Общий ан.мочи: щелочная, отн. пл. 1017, белок 16,2 г/л. Эритроциты до 40 в п/зр, лейкоц. 3-4

в п/зр. Зернистые и восковидные цилиндры 1-2 в п/зр. УЗИ: Почки расположены типично, размерами правая 94/42 мм, левая 95/45 мм, паренхима толщиной 15-17 мм, повышенной эхогенности. ЧЛС не расширена. Конкрементов не выявлено.

1. Выделить синдромы, объяснить патогенез отёков.
2. Предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечение.
5. Прогноз. МСЭ. Диспансеризация.

Задача № 2

Больная Ш., 49 лет, предъявляет жалобы на частые головные боли, приступообразного характера. Боли возникают ежедневно, их продолжительность 2-3 часа, купируются приёмом 2-3 таб анальгина, пентальгина. Также беспокоит слабость, жажда, учащение мочеиспускания. Суточный диурез – 2,6 л.

Из анамнеза: головные боли беспокоят с 19 лет. Ухудшение самочувствия – последние 2 года: слабость, жажда, увеличение диуреза.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. В лёгких везикулярное дыхание без хрипов. Границы сердца в норме. ЧСС=78 в мин, тоны ритмичные. АД=140/90. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Отёков нет. Лабораторно: ОАМ: уд. вес-1004, белок-0,066 г/л, глюкоза-следы, лейкоциты-10-12 в п/зр, эр-3-4 в п/зр. ОАК: гем-98 г/л, эр-2,98, лейко-5,3, СОЭ=10 мм/ч. Креатинин-176 мкмоль/л, мочевина-12,8, глюкоза-3,8 ммоль/л. УЗИ почек: расположены типично, правая-85/46 мм, левая-88/48 мм. Паренхима 13-14 мм, повышенной эхогенности. ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено.

1. Выделите синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назначьте дообследование.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение, прогноз, диспансеризация.

Задача №3

Больная Л., 40 лет. Жалобы на постоянные ноющие боли в поясничной области, слабость. Анамнестически: 18 лет назад после переохлаждения – остро повысилась температура до 38,8^{0С} с ознобом, боли в поясничной области, в обоих подреберьях, частое болезненное мочеиспускание. Лечилась стационарно по месту жительства, после антибактериальной терапии – улучшение. В течение последних 2-х лет появились вышеуказанные жалобы и зафиксировано повышение АД до 170/110. В анализах мочи постоянно лейкоцитурия. Эффект от приёма нитроксилина отсутствует.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: левая – по левой средне-ключичной линии. ЧСС 78 в мин, тоны ритмичные. АД 160/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезёнка - не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо + справа. Отёков нет.

Лабораторно: ОАМ: уд. вес-1015, белок-0,099 г/л, лейко- умеренно покрывают п/зр, эр.-0-2 в п/зр, бактерии ++. ОАК: гем-118 г/л, эр-4,2, лейко-9,8, СОЭ=29 мм/ч. Креатинин-98 мкмоль/л, мочевина-7,6 ммоль/л, общий билирубин-12,8 ммоль/л., общий белок-69 г/л, глюкоза крови-4,2 ммоль/л.

УЗИ: почки расположены типично, размерами правая-90/40 мм, левая-102/52 мм, толщина корково-медуллярного слоя справа-14-15 мм, слева-17-18 мм., эхогенность несколько повышена. Справа ширина лоханки - 26 мм, в области верхней группы чашечек – гипозоногенное образование 20/12 мм. Конкрементов не выявлено.

1. Выделите синдромы.
2. Предварительный диагноз.

3. Необходимое обследование.
4. Диф. диагноз.
5. Прогноз, лечение, МСЭ.

4. Задания для групповой работы

- 4.1 Курация пациентов группами.
- 4.2 Расшифровка анализов крови и мочи, УЗИ почек.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить признаки мочевого синдрома, характерные для ТИН, классификацию ТИН.
2. Выписать признаки острого почечного повреждения (ОПП) и показания к заместительной почечной терапии при ОПП.
3. Составьте алгоритм диагностического поиска при остром ТИН.
4. Провести дифференциальный диагноз ТИН с гломерулонефритом и пиелонефритом.
5. Обратить внимание на лекарственные препараты, способные приводить к ТИН.
6. Выписать критерии диагностики НПВС/анальгетик-ассоциированного ХТИН.
7. Изучить схемы и принципы терапии острого и хронического ТИН.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите признаки мочевого синдрома, характерные для хронического ТИН.
2. Какие лекарственные препараты чаще всего приводят к ТИН?
3. Перечислите критерии диагностики НПВС/анальгетик-ассоциированного хронического ТИН.
4. Перечислите признаки острого почечного повреждения.
5. Каков алгоритм диагностического поиска при остром ТИН?
6. Перечислите принципы терапии острого ТИН.
7. Какие показания к заместительной почечной терапии при остром ТИН?
8. Проведите дифференциальный диагноз между ТИН и гломерулонефритом.
9. Проведите дифференциальный диагноз между ТИН и гломерулонефритом.
10. Перечислите основные принципы лечения хронического ТИН.

3. Примеры тестовых заданий.

1. Какой вид бактерий чаще всего (в 90 % случаев) вызывает развитие инфекции мочевых путей?
 - а) Staphylococci
 - б) Streptococci
 - в) Echerichia coli
 - г) Clebsiella
2. Какой симптом может отсутствовать при гематогенном пути попадания инфекции в почку при развитии острого пиелонефрита?
 - а) интоксикация
 - б) дизурия
 - в) лихорадка
 - г) боли в пояснице
3. Какая группа препаратов чаще вызывает развитие хронич. интерстициального нефрита?
 - а) анальгетики и НПВП

- б) кортикостероиды
в) антибиотики
г) R-контрастные средства
4. Для острого интерстициального нефрита характерны все нижеперечисленные синдромы, кроме:
а) интоксикационно-воспалительный синдром
б) болевой синдром
в) нефротический синдром
г) снижение концентрационной функции почек
5. Препарат выбора при пиелонефрите беременных в сроке до 12 недель:
а) бисептол
б) ампициллин
в) ципрофлоксацин
г) тетрациклин
6. Какой симптом появляется у больного хроническим пиелонефритом при развитии вторично-сморщенной почки?
а) макрогематурия
б) дизурия
в) артериальная гипертония
г) отёки
7. Что должно быть первым мероприятием у больного с клиникой острого пиелонефрита:
а) массивная антибактериальная терапия
б) цистоскопия
в) 3-х стаканная проба
г) консультация хирурга (уролога)
8. Какой минимум инструментального обследования необходим больному с клиникой острого пиелонефрита?
а) хромоцистография
б) ретроградная пиелография
в) УЗИ почек, обзорная R-графия мочевых путей
г) цистоскопия, 3-х стаканная проба
9. Больная 27 лет, больна хроническим пиелонефритом в течение 12 лет с ежегодными обострениями. Последний год беспокоит повышенная утомляемость, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. Объективно: состояние удовлетворительное, $t = 36,5$. В лёгких везикулярное дыхание. ЧСС=72 в мин, тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. На глазном дне – ангиопатия сосудов сетчатки. Анализы крови – без патологии, креатинин 0,08 ммоль/л. Анализ мочи: отн. плотность 1015, щелочная, белок 0,066 г/л, лейкоциты 0-4 в п/зр.
- А. Какое осложнение хронического пиелонефрита возможно развилось у больной?
1) вторичный амилоидоз почек 2) гломерулонефрит 3) ХПН
4) вторично-сморщенная почка
- Б. Какое исследование подтвердит наличие этого осложнения?
1) бак. посев мочи на флору с подсчётом колоний 2) внутривенная урография
3) биопсия почки 4) Проба Реберга
- В. Какой должна быть лечебная тактика при наличии этого осложнения?
1) лечение программным гемодиализом 2) нефрэктомия
3) массивная антибактериальная терапия 4) симптоматическое лечение

Ответы к тестовым заданиям

1-в)	2-б)	3-а)	4-в)	5-б)	6-в)	7-г)	8-в)	9: А-4, Б-2, В-2
------	------	------	------	------	------	------	------	------------------

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е,

исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 3: Нефрология

Тема 3.3: Хроническая болезнь почек

Цель:

способствовать формированию умений по диагностике хронической болезни почек (ХБП), дифференцированного подхода к лечению.

Задачи:

1. Рассмотреть патогенез ХБП и её синдромов.
2. Обучить обследованию больных для раннего выявления ХБП, дифференцированному подходу к больным различными стадиями ХБП.
3. Изучить методы диагностики и лечения ХБП.
4. Сформировать навыки профессионального медицинского поведения при работе с пациентами.
5. Обучить навыкам ведения медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: определение понятия ХПН, уремии. Классификация ХПН по стадиям (С.И.Рябов). Синдромы ХПН. Показания к заместительной терапии программным гемодиализом при ХПН. Возможности консервативной нефропротективной терапии при ХПН.
2. После изучения темы: этиология, патогенез, стадии и клиника ХПН в зависимости от её стадии. Факторы, приводящие к ускорению прогрессирования ХПН. Понятие о ХБП, стадии ХБП в сопоставлении со стадиями ХПН. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП. Особенности этиопатогенеза, клинической картины и лечения ХБП у лиц пожилого и старческого возраста. Патогенез развития вторичного гиперпаратиреоза при ХПН. Осложнения и причины смерти при ХПН. Виды заместительной терапии терминальной ХПН, показания к началу её проведения. Возможности консервативной терапии ХПН, подходы к лечению основных синдромов. Вопросы трудоспособности, диспансеризации и прогноза при ХПН.

Обучающийся должен уметь:

провести обследование больного с симптомами почечной недостаточности, провести дифференциальный диагноз (острая или хроническая почечная недостаточность), назначить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования и интерпретировать их результаты; определить этиологию ХПН, сформулировать диагноз с учетом стадий ХБП и ХПН; составить индивидуальный план лечения, определить показания к проведению заместительной терапии, оценить прогноз для жизни и трудоспособности пациента.

Обучающийся должен владеть:

навыками сбора жалоб и анамнеза у пациента и родственников больного с использованием деонтологических принципов, навыками физикального обследования пациента, навыками анализа и ведения медицинской документации, интерпретации данных лабораторного и инструментального обследования, составления алгоритма диагностики и индивидуальной программы лечения, МСЭ и

реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология и патогенез ХПН, классификация по стадиям.
2. Понятие о ХБП, стадии ХБП в сопоставлении со стадиями ХПН.
3. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП.
4. Осложнения и причины смерти при ХПН.
5. Особенности этиопатогенеза, клинической картины и лечения ХПН у лиц пожилого и старческого возраста.
6. Заместительная терапия терминальной ХПН. Виды ЗПТ: программный гемодиализ, трансплантация почки, амбулаторный перитонеальный диализ.
7. Ведение больных после трансплантации почки.
8. Консервативная терапия ХПН. Возможности нефропротективной терапии; лечение осложнений ХПН.
9. Вопросы МСЭ и диспансеризации больных ХПН.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Интерпретация данных анализов мочи и крови, УЗИ почек.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
8. - режим, диета
- медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
- сопроводительная терапия
9. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
10. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 82 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007.

Скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин.

Эталон решения задачи:

1. Синдромы: хронической почечной недостаточности, артериальной гипертензии, анемии.
2. Хронический пиелонефрит в анамнезе, отсутствие системных проявлений, олигурия, никтурия, гипоизостенурия, снижение скорости КФ до 15 мл/мин - все перечисленное позволяет предположить диагноз: хронический пиелонефрит в фазе ремиссии, анемия, артериальная гипертензия. ХПН2Б. ХБПС5.
2. УЗИ почек для подтверждения уменьшения их размера, толщины паренхимы и УЗИ признаков хронического пиелонефрита.
3. Креатинин крови, электролиты, КЩС, моча на посев. Возможны нарушения электролитного баланса.
4. Лечение: малобелковая диета, кетостерил 12 т/сутки, фуросемид 40 мг, контроль диуреза, заместительная почечная терапия, коррекция артериальной гипертензии (амлодипин 5-10 мг) и анемии (эритропоэтин, препараты железа).
5. Прогноз для жизни и трудоспособности неблагоприятный, показана МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв - 94 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 28 %, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$, СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения.

Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности -1004-1010.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевины - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

Задача № 2

Больной В., 45 лет, предъявляет жалобы на слабость, постоянные тупые боли в поясничной области, не связанные с физической нагрузкой, головные боли.

В течение последнего месяца – ухудшение самочувствия: усиление болей в поясничной области, по вечерам – подъем температуры до $37,6^{\circ}C$, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажно-

сти. В лёгких везикулярное дыхание без хрипов. Границы сердца расширены влево на 1,0 см. ЧСС=76 в мин., тоны ритмичные. АД=160/105. При пальпации в обоих подреберьях пальпируются плотные бугристые образования с обеих сторон. Диурез -2 л. Отёков нет. Лабораторно: ОАМ: уд. вес-1005, белок 0,066 г/л, лейкоциты-30-40 в п/зр. и скоплениями, эритроциты-0-2 в п/зр. ОАК: гем-142, эритроциты-5,4, лейкоциты-8,2 СОЭ=28 мм/ч. Креатинин-153 мкмоль/л, мочевина-12 ммоль/л, глюкоза-4,8 ммоль/л.

УЗИ: правая почка - 130/64 мм, левая – 135/69 мм. С обеих сторон визуализируются множественные гипоэхогенные образования диаметром от 22 до 50 мм. ЧЛС не расширена. Конкрементов не выявлено.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.
6. Диспансерное наблюдение больного.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Расшифровка данных анализов крови и мочи, УЗИ почек.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

1. Изучить патогенез ХБП и ее синдромов.
2. Составить сравнительную таблицу ХПН и ХБП (по стадиям).
3. Перечислить (письменно) группы лекарственных препаратов, противопоказанных при ХПН.
4. Перечислить группы нефропротективных препаратов, противопоказания к и-АПФ и сартанам.
5. Составить таблицу сравнительной эффективности методов ЗПТ (программного гемодиализа, перитонеального диализа и трансплантации почки).
6. Составить индивидуальный план обследования, клинического и лабораторного наблюдения и лечения больного с ХБП (варианты с различными стадиями).

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите факторы риска и прогрессирования ХБП.
2. Каков патогенез анемии при ХБП?
3. Каков патогенез кожного зуда при ХБП?
4. Чем опасна гиперкалиемия при ХБП?
5. Как определить стадию ХБП?
6. Какой уровень скорости клубочковой фильтрации соответствует ХБП3а?
7. Какие показания к заместительной почечной терапии при ХБП?
8. Какие клинические проявления характерны для нефротического криза?
9. Какие особенности диеты при ХБП С5?
10. Какие противопоказания существуют к ингибиторам АПФ и сартанам при ХБП?
11. Какой целевой уровень АД должен быть при лечении артериальной гипертензии при ХБП?
12. Какие показания существуют к назначению эритропоэтина при ХБП?
13. Какой уровень целевого гемоглобина должен быть при лечении анемии при ХБП?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Причины анемии при ХПН:
 - а) гемолиз
 - б) дефицит фолиевой кислоты

- в) дефицит железа
- г) недостаток эритропоэтина.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) а, г 2) а, б, в, г 3) а, б, г 4) а, в, г
5) б, в, г

2. Изменение биохимических показателей при ХПН:

- 1) гиперальбуминемия
- 2) дислипидемия
- 3) гиперкреатининемия
- 4) уробилинурия
- 5) гипербилирубинемия

3. Изменения костного аппарата при ХПН:

- а) гиперостоз
- б) остеомалация
- в) остеопороз
- г) остеосклероз
- д) патологические переломы.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) б, в, д 2) в, д 3) а, д
4) б, в, д 5) а, г

4. Какие антибиотики целесообразно назначать при ХПН:

- а) тетрациклин
- б) пенициллин
- в) оксациллин
- г) гентамицин
- д) стрептомицин.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) г, д 2) а, б 3) б, в 4) в, г, д 5) а, г

5. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии ХПН:

- 1) 60 мл/мин
- 2) 50 мл/мин
- 3) 40 мл/мин
- 4) 30 мл/мин
- 5) 15 мл/мин

6. Какие осложнения встречаются при гемодиализе:

- а) перикардит
- б) невриты
- в) артериальная гипертензия
- г) остеодистрофии
- д) инфекции.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) г, д 2) а, б, г, д 3) а, г, д 4) а, в, д 5) б, г

7. Какой должна быть калорийность диеты больного ХПН, чтобы предотвратить распад собственного белка:

- 1) 1200-1500 ккал
- 2) 1800-2200 ккал
- 3) 2200-2500 ккал
- 4) 2500-3000 ккал
- 5) 3000-3500 ккал

8. Какой из алкогольных напитков необходимо исключить больному с ХПН:

- 1) пиво
- 2) сухое вино
- 3) водка
- 4) спиртовая настойка

9. Склонность к какому состоянию появляется у больных с инсулинопотребным сахарным диабетом и ХПН:

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) гипергликемия
- 3) гипогликемия
- 4) гипербилирубинемия

10. Какой антибиотик противопоказан больному ХПН:

- 1) эритромицин
- 2) гентамицин
- 3) ампициллин
- 4) цефтазидим

Ответы к тестовым заданиям									
1-2)	2-3)	3-4)	4-3)	5-5)	6-2)	7-4)	8-2)	9-3)	10-2)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Методические рекомендации подготовлены: профессором кафедры госпитальной терапии, д.м.н. Симоновой О.В.

Составитель: _____ / Симонова О.В. _____ /

Зав. кафедрой _____ / Б.Ф. Немцов _____ /

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

Приложение А к рабочей программе модуля учебной дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению модуля «Госпитальная терапия»

Специальность Лечебное дело 31.05.01

6 курс

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: способствовать формированию у студентов умений по клиническому обследованию больных атеросклерозом, разобрать этапы диагностического поиска, стратифицировать риск ССЗ. Научить правильно оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов, правильно формулировать диагноз в соответствии с классификацией, назначать рациональную терапию.

Задачи: рассмотреть патогенез развития атеросклероза, диагностировать атеросклероз, назначать основные

Обучающийся должен знать:

1) до изучения темы: знать липидные и нелипидные факторы риска атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний, эффективность профилактических и лечебных мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска;

2) после изучения темы: знать липидные факторы риска (лабораторные критерии атерогенной дислипидемии). Нелипидные факторы риска модифицируемые и немодифицируемые. Расчет 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE, формирование групп пациентов по категориям сердечно-сосудистого риска (очень высокий, высокий, умеренный, низкий). Целевые параметры липидов в зависимости от категории сердечно-сосудистого риска. Немедикаментозные методы лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Показания и индивидуализация гиполипидемической терапии.

Обучающийся должен уметь:

- установить факторы риска атеросклероза и связанных с ним ССЗ, дать им комплексную оценку,
- стратифицировать обследуемых по категориям сердечно-сосудистого риска
- определить тактику лечения в зависимости от установленной категории с целью улучшения прогноза;

Обучающийся должен владеть: оценкой сердечно-сосудистого риска.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них.
2. Патогенез сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом.
3. Группы суммарного кардиоваскулярного риска.
4. Основные шкалы для стратификации риска ССЗ. Шкала SCORE
5. Дифференциальный подход к пациентам в зависимости от уровня группы риска.
6. Принципы профилактики.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование пациента с атеросклеротическим поражением артерий:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию органов и систем)
3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, необходимых данному больному.
4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.
5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации. Стратифицировать риски ССЗ.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- определить по условию задачи диагностическое значение и особенности выявленных из-

менений

- предложить методы коррекции

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 55 лет. Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперхолестеринемия.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,25 ммоль/л, ЛПВП 0,8 ммоль/л, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

Задания:

1. Определите группу кардиоваскулярного риска.
2. Какой уровень общего холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
3. 2. Каковы методы коррекции гиперхолестеринемии в данном случае?
4. Целевые уровни ЛПНП.

Решение: У больного гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, повышение уровня глюкозы (сахарный диабет). Группа кардиоваскулярного риска очень высокая. Оптимальными для данного больного являются ОХС <4 ммоль/л, ЛПНП <1,8 ммоль/л, ТГ <1,7 ммоль/л. В качестве методов коррекции гиперхолестеринемии необходим прием статинов в высоких дозах (аторвастатин 40мг, розувастатин 20мг).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Женщина 53 лет. В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭхоКГ: без особенностей

Анализы: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

Задания:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Группа кардиоваскулярного риска.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Тактика лечения.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач

- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Группы кардиоваскулярного риска. Шкала SCORE

2. Показания к определению группы риска.
3. Реклассификаторы сердечно-сосудистого риска.
4. Современные нормативы содержания липидов различных классов в плазме крови.
5. Клинические проявления атеросклероза, методы диагностики. Первичные и вторичные гиперлипидемии.
6. Немедикаментозные мероприятия в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Гиполипидемическая диета.
7. Дифференциальный медикаментозный подход к пациентам в зависимости от группы риска.
8. Классификация гиполипидемических препаратов, сравнительная эффективность.
9. Контроль факторов риска, их целевые уровни.

2) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Выберите атерогенный класс липопротеидов:

- А) липопротеиды высокой плотности;
- Б) липопротеиды низкой плотности;
- В) липопротеиды очень низкой плотности;
- Г) триглицериды;
- Д) все перечисленное.

2. Уровнем триглицеридов, являющимся фактором риска Развития сердечно-сосудистых заболеваний, является:

- А) 1,7 ммоль/л
- Б) 1,2 ммоль/л
- В) 1,0 ммоль/л
- Г) 0,7 ммоль/л

3. Холестерин в организме человека

- А) поступает исключительно с пищей
- Б) синтезируется в печени и надпочечниках
- В) синтезируется в печени и поступает с пищей
- Г) синтезируется в печени и почках

4. Целевым значением ЛПНП для пациентов с СД 2 типа в сочетании с ИБС является уровень <

- А) 1,8 ммоль/л
- Б) 2,0 ммоль/л
- В) 2,5 ммоль/л
- Г) 3,0 ммоль/л

5. К модифицируемым факторам риска развития атеросклероза относится

- А) сахарный диабет 2 типа
- Б) возраст
- В) отягощенная наследственность
- Г) мужской пол

6. В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель

- А) общего холестерина
- Б) глюкозы крови
- В) систолического АД
- Г) возраста

7. Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме

- А) правастатина
- Б) симвастатина
- В) аторвастатина
- Г) розувастатина

8. Назначение ацетилсалициловой кислоты в качестве первичной профилактики показано:

- А) с риском 5-9% по SCORE
- Б) всем мужчинам старше 40 лет
- В) всем женщинам старше 60 лет
- Г) при выявлении почечной недостаточности
- Д) Не показано

9. К какой группе риска относятся пациенты с СКФ 15мл\мин

- А) низкий
- Б) Средний
- В) Высокий
- Г) Очень высокий

10. Что относится к реклассификаторам риска:

- А) Низкий уровень ЛПВП
- Б) Индекс Агатсона более 400
- В) Гипертриглицеридемия.
- Г) Гипергомоцистеинемия

Ответы к тестовым заданиям

1 - Б	2 - А	3 - В	4 - Б	5 - А	6 - А	7 - Г	8 - Д	9 - Г	10 - Б
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.2. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия гипертонической болезни.

Цель: закрепить знания по диагностике гипертонической болезни и её степень тяжести, осложнения. Усвоить основные принципы лечения артериальной гипертензии.

Задачи:

1. рассмотреть этиологию и патогенез артериальной гипертензии,

2. диагностировать гипертоническую болезнь,
3. изучить критерии диагноза,
4. основные принципы оказания неотложной помощи, плановой рациональной терапии и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- 1) до изучения темы: особенности жалоб и анамнеза при гипертонической болезни; критерии синдрома артериальной гипертензии; классификацию антигипертензивных препаратов.

После изучения темы.

- 2) после изучения темы: определения артериальной гипертензии и гипертонической болезни, этиологию и патогенез этих состояний, этапы диагностического поиска, классификацию, осложнения, особенности гипотензивной терапии.

Обучающийся должен уметь:

- проводить обследование больного при выявлении артериальной гипертензии,
- формулировать план диагностики и лечения при артериальной гипертензии,
- диагностировать гипертоническую болезнь, степени тяжести, осложнения,
- интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы,
- формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ, - оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях, обусловленных артериальной гипертензией,
- назначать гипотензивную терапию.

Обучающийся должен владеть:

- 1) обследованиями больного при выявлении артериальной гипертензии,
- 2) диагностикой гипертонической болезни, степени тяжести, осложнений,
- 3) оценкой данных основных лабораторных, инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы,
- 4) формулировкой развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ,
- 5) оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях, обусловленных артериальной гипертензией,
- 6) назначением гипотензивной терапии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1) Определение и сущность гипертонической болезни;
- 2) Характеристика ведущего синдрома – артериальной гипертензии;
- 3) Патогенез гипертонической болезни;
- 4) Классификация гипертонической болезни;
- 5) Стратификация риска;
- 6) Лечебные мероприятия при гипертонической болезни.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование больного с АГ:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию органов и систем)
3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных

исследований, необходимых данному больному.

4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.
5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 43 года. Пришел на анализы в рамках ежегодного профилактического осмотра. Внезапно появилась головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами. При измерении АД – 180/110, Пульс 92 уд в мин твердый, ритмичный, хорошего наполнения. Из анамнеза в течение последних 6 месяцев периодически отмечает головные боли, связанные со стрессом, не обследовался, ничем не лечился.

Решение:

Ведущий синдром: артериальной гипертензии.

Диагноз: Артериальная гипертензия 3 степени АД. Гипертонический криз 2 типа.

Тактика: Оказание неотложной помощи: каптоприл 25-50 мг под язык, либо амлодипин 10мг, либо моксонидин 0,4мг.

Дополнительные методы исследования после оказания неотложной помощи: ОАК, ОАМ, биохимические методы: глюкоза, креатинин, СКФ, АЛТ, АСТ, билирубин, МАУ, липидограмма, ЭКГ, ЭХОКС, Дуплекс БЦА, УЗИ почек.

Лечение: комбинированная антигипертензивная терапия – фиксированная комбинация иАПФ или БРА с БКК или ТД на старте, при неэффективности – тройная терапия, лучше – фиксированная. Решение о назначении статинов после определения группы суммарного кардиоваскулярного риска.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Мужчина 55 лет при обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную антигипертензивную терапию (эналаприл 40 мг в сутки, амлодипин 10 мг, бетаксолол 20 мг, гипотиазид 25 мг) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.).

По данным Эхо-КГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тзс = 1,8 см).

В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 вп/зр. При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Регуляция АД в норме.
 2. Теории патогенеза гипертонической болезни.
 3. Патоморфологические проявления АГ.
 3. Современная классификация, клиническая картина, диагностика гипертонической болезни.
 4. Фармакологические свойства основных классов антигипертензивных препаратов.
 5. Тактика лечения гипертонической болезни и профилактики развития ее сердечно-сосудистых осложнений.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:
Выберите 1 правильный вариант ответа.
 1. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии 3 степени, является:
А) 170/115
Б) 175/105
В) 165/95
Г) 170/100.
 2. Уровень артериального давления регулируют факторы:
А) психосоциальные
Б) тканевые
В) генетические
Г) интоксикационные.
 3. Признаком поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии является индекс массы миокарда левого желудочка, который составляет у мужчин:
А) 105
Б) 100
В) 115
Г) 110.
 4. К ассоциированному клиническому состоянию при артериальной гипертензии относится
А) расслаивающая аневризма аорты
Б) аортальный стеноз
В) аортальная недостаточность
Г) трикуспидальная недостаточность.
 5. Артериальная гипертензия при феохромоцитоме обусловлена:
А) повышением секреции катехоламинов
Б) повышением секреции ренина
В) избыточной секрецией минералокортикоидов
Г) повышением образования ангиотензина.

6. Причиной артериальной гипертензии при поражении паренхимы почек является
- А) избыточная секреция минералокортикоидов
 - Б) повышенная секреция катехоламинов
 - В) повышенное образование ангиотензина
 - Г) активация ренин-ангиотензиновой системы.
7. Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является:
- А) запоры
 - Б) кашель
 - В) головная боль
 - Г) мышечная слабость.
8. У мужчины 78 лет с аденомой простаты предпочтительно начать лечение АГ с назначения:
- А) индапамида
 - Б) карведилола
 - В) доксазозина
 - Г) Кандесартана
 - Д) гидрохлортиазида.
9. Бета-адреноблокаторы имеют преимущество в лечении пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с
- А) ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом)
 - Б) нефропатией
 - В) перенесенным инсультом
 - Г) Подагрой.
10. Противопоказанием к назначению антагонистов кальция дегидропиридинового ряда является
- А) запор
 - Б) блокада левой ножки пучка Гиса
 - В) атрио-вентрикулярная блокада
 - Г) удлинение интервала QT)

Ответы к тестовым заданиям									
1 - А	2 - Б	3 - В	4 - А	5 - Г	6 - Б	7 - В	8 - Б	9 - А	10 - В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.3. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия нарушений ритма сердца.

Цель: рассмотреть основные направления терапии НРС.

Задачи:

1. Научить правильно оценивать результаты инструментальных методов исследования,
2. на основании данных клинического и инструментального исследований выявлять синдромы, начиная с ведущего,
3. правильно формулировать диагноз в соответствии с классификацией,
4. назначать рациональную терапию.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: особенности жалоб и анамнеза при различных формах НРС; классификацию препаратов для лечения НРС.
2. После изучения темы: определение НРС, морфологический субстрат различных форм НРС, факторы риска, классификацию, принципы и методы терапии НРС.

Обучающийся должен уметь:

- оценивать состояние больных с нарушениями ритма и проводимости,
 - прогнозировать течение заболевания и вероятность возможных осложнений,
 - диагностировать НРС,
 - интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований,
 - формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации,
- назначать рациональную терапию.

Обучающийся должен владеть:

- 1) оценки состояния больных с нарушениями ритма и проводимости,
- 2) оценкой данных основных лабораторных, инструментальных исследований,
- 3) формулировкой и обоснованием развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации,
- 4) назначением рациональной терапии в соответствии с рекомендациями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.**
- 2.
1. Патогенетические механизмы развития нарушений ритма сердца (тахикардии, брадикардии, экстрасистол, аритмий, блокад сердца).
2. Классификация аритмий (тахикардии, брадикардии, аритмии, блокады сердца).
3. Пароксизмальные тахикардии (клиника, ЭКГ- признаки различных видов тахикардии).
4. Фибрилляция желудочков (клиника, ЭКГ- признаки).
5. Нарушения проводимости (клиника, ЭКГ- признаки, изменения гемодинамики при различных нарушениях проводимости, осложнения, диагностика – ЭФИ, ХМ-ЭКГ).
6. Классификация антиаритмических препаратов.
7. Принципы лечения различных видов брадикардий и блокад сердца.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование больного с НРС:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию органов и систем)
3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, необходимых данному больному.
4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.

5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 59 лет, жалуется на головные боли в теменно-затылочной области, одышку при ходьбе, перебои в области сердца, сердцебиение, головокружение, слабость. Страдает гипертонической болезнью около 10 лет. В момент осмотра появилось ухудшение, давящие боли за грудиной, сердцебиение. Состояние тяжелое, видимая одышка, цианоз губ. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Пульс аритмичный, мягкий. Тоны сердца глухие аритмичные. ЧСС 180 в минуту. АД 200/130. Пульс 158 в минуту. На ЭКГ: частота сокращений желудочков 160-180 в минуту, предсердий - 400 в минуту, отсутствует зубец Р, множественные волны f, инт. R-R- разные.

Решение:

Синдромы: нарушения ритма сердца, артериальной гипертензии, острой сердечной недостаточности.

Диагноз: Гипертоническая болезнь II? стадии, 3 степени повышения АД. Гипертонический криз 1 типа. Фибрилляция предсердий, впервые возникшая, пароксизм от текущей даты, класс тяжести EHRAIV. OCH Killip II.

Оказание неотложной помощи: фуросемид внутривенно, экстренное восстановление синусового ритма ЭКВ. Госпитализация.

Дополнительные методы исследования после оказания неотложной помощи: ОАК, ОАМ, биохимические методы: глюкоза, креатинин, СКФ, АЛТ, АСТ, билирубин, МАУ, липидограмма, ЭКГ, ЭХОКС, Дуплекс БЦА, УЗИ почек. УЗИ ЩЖ и Гормоны ЩЖ

Лечение: комбинированная антигипертензивная терапия – фиксированная комбинация иАПФ или БРА с БКК или ТД на старте, при неэффективности – тройная терапия, лучше – фиксированная.

Решение о назначении статинов после определения группы суммарного кардиоваскулярного риска. Расчёт рисков ТЭ и кровотечений по шкалам. В данном случае риск ТЭ осложнений не менее 2 (АГ и женский пол), назначение ПОАК с классом доказанности IIА – ривароксабан 20мг, либо дабигатран 150мг*2р\д, либо апикабан 5мг*2р\д.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной 47 лет, поступил с жалобами на слабость, головокружения и потерю сознания.

Из анамнеза болезни: 2 года назад перенес ОИМ с Q, 6 месяцев назад ОИМ без Q, после выписки из стационара регулярно принимает метопролол, эналаприл, аспирин. Данные симптомы появились около месяца назад. 2 дня назад потерял сознание и решил обратиться к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 42 в мин. А.Д. 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Отеков нет.

По данным ХМ-ЭКГ, проведенного при поступлении: основной ритм синусовый, средняя ЧСС 46 в мин, постоянная АВ блокада 1 степени, преходящая АВ блокада 2 степени Мобиц I и II.

Задание:

1. Выделите основные симптомы, сгруппируйте их в синдромы, объясните патогенез.
2. Поставьте предварительный диагноз.

3. План обследования.
4. Поставьте окончательный диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. План лечения.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Классификация, клиническая фармакология антиаритмических препаратов.
2. Современные принципы фармакотерапии НРС.
3. Осложнения антиаритмической терапии.
4. Немедикаментозная терапия НРС.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Какие характерные признаки характерны для желудочковой экстрасистолии?

- А) выпадение комплексов QRS
- Б) экстрасистолический комплекс QRS расширен и деформирован
- В) наличие неполной компенсаторной паузы
- Г) измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом.

2. Частота замещающего ритма из AV-соединения

- А) Менее 20 в мин
- Б) 20-30 в мин
- В) 40-50 в мин
- Г) 60-80 мин
- Д) 90-100 в мин.

3. Лекарственные препараты, способные вызвать желудочковую тахикардию типа «пируэт»

- А) Дигоксин
- Б) Хинидин
- В) Метопролол
- Г) Амлодипин.

4. Электрокардиографические проявления, характерные для АВ-блокады II тип 1

- А) Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов
- Б) На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия
- В) Постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS
- Г) Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS.

5. Антикоагуляционный эффект и риск геморрагических осложнений увеличивается при сочетании антикоагулянтов с

- А) нестероидными противовоспалительными средствами
- Б) агонистами П-имидазолиновых рецепторов

- В) блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов
 Г) частичными агонистами никотиновых рецепторов.

6. К антиаритмическим мембраностабилизирующим препаратам Ic класса (с выраженной блокадой натриевых каналов) относят:

- А) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
 Б) аллапинин, пропafenон, этаизин
 В) метопролол, бетаксоллол, бисопролол
 Г) амиодарон, соталол, дронедазон.

7. Желудочковый ритм расценивается как «устойчивая Желудочковая тахикардия» при продолжительности более:

- А) 15 секунд
 Б) 20 секунд
 В) 30 секунд
 Г) 90 секунд.

8. Рекомендуемой тактикой антиаритмической терапии при групповой желудочковой эктопии у пациента с постинфарктным кардиосклерозом является применение

- А) соталолола - при наличии тенденции к тахикардии
 Б) аллапинина или пропafenона в сочетании с соталололом
 В) амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии
 Г) верапамила.

9. Показаниями к имплантации постоянного электрокардиостимулятора являются

- А) паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
 Б) эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
 В) признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
 Г) признаки синдрома Бругада.

10. Чреспищеводную эхоКГ следует проводить для исключения внутрисердечного тромбоза при длительности пароксизма фибрилляции предсердий

- А) менее 24 часов
 Б) более 24 часов
 В) менее 48 часов
 Г) более 48 часов.

Ответы к тестовым заданиям									
1 - Б	2 - В	3 - Б	4 - Г	5 - А	6 - Б	7 - В	8 - В	9 - А	10 - Г

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Лечение нарушений ритма сердца: учебное пособие / Тарловская Е.И., Казаковцева М.В. – Киров, 2011.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.4. Диагностика и дифференцированное лечение хронических форм ИБС.

Цель: Научить своевременно диагностировать стабильную стенокардию, проводить лечебные мероприятия.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез, морфологические субстраты ИБС,
2. научиться диагностировать стабильную стенокардию,
3. изучить критерии диагнозов, проводить дифференциальный диагноз между этими состояниями и дифференцированный подход к терапии.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: варианты по классификации; отличительные признаки стенокардии, принципы оптимальной медикаментозной терапии ИБС.
2. После изучения темы: дифференциальную диагностику с некоронарогенными заболеваниями сердца. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Значение холтеровского мониторирования ЭКГ, нагрузочных тестов, ЭхоКГ, стресс- ЭхоКГ'. Диагностику ИБС, основанную на принципах доказательной медицины. Показания к направлению на коронарографию. Лечение ИБС в условиях поликлиники, выбор препаратов с доказанной эффективностью высокого уровня, тактика купирования ангинозных приступов.

Обучающийся должен уметь:

- проводить обследование больного при подозрении на ИБС,
- оценивать данные основных лабораторных, инструментальных исследований,
- формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации,
- назначать патогенетическую терапию.

Обучающийся должен владеть:

- 1) обследованием больного при подозрении на ИБС,
- 2) оценкой данных основных лабораторных, инструментальных исследований,
- 3) формулировкой и обоснованием развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации,
- 4) назначением патогенетической терапии в соответствии с рекомендациями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.**
 1. Определение стенокардии.
 2. Современные патогенетические варианты синдрома стенокардии.
 3. Алгоритм диагностического поиска при жалобах на боли в грудной клетке.
 4. Выбор методов дообследования на основе предтестовой вероятности.
 5. Стратификация риска смерти на основе полученных результатов дообследования.
 6. Лечение ИБС в условиях поликлиники, выбор препаратов с доказанной эффективностью высокого уровня.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование больного с ИБС:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию)

органов и систем)

3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, необходимых данному больному.
4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.
5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.

Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 4 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день. Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 64 уд. в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Решение:

Синдромы: хронической коронарной недостаточности, артериальной гипертензии.

Диагноз: ИБС: вазоспастическая стенокардия. Гиперхолестеринемия.

Диагноз «вазоспастическая стенокардия» установлен на основании характеристики болевого приступа: загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, возникающие в ночные и ранние утренние часы, купирующиеся самостоятельно в течение нескольких минут, наличие высокой толерантности к физической нагрузке. Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез.

Дополнительные методы обследования: суточное мониторирование ЭКГ для выявления эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, их характера (особо обратить внимание на возможность появления эпизодов элевации сегмента ST наиболее характерных для этого вида стенокардии), общего количества и длительности; проведение ЭХО-КГ

Лечение: Нитраты короткого действия. Антагонисты кальция в качестве антиангинальных препаратов для профилактики приступов вазоспастической стенокардии. С учётом склонности к

брадикардии, пациенту предпочтительнее применение дигидропиридиновых антагонистов кальция - Амлодипин 10 мг в сутки. При недостаточной эффективности антагонистов кальция рассмотреть добавление блокатора калиевых каналов - Никорандила. Прогностическое действие АСК, статинов, ингибиторов АПФ при вазоспастической стенокардии на фоне ангиографически интактных коронарных артерий не изучено. Несмотря на это, учитывая атерогенный тип дислипидемии целесообразно применение статинов. Целями лечения является уровень ХС-ЛНП < 1,8.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больная У., 52 года. Жалобы на боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при физ. нагрузке, ходьбе 150 м, длящиеся от 3 до 5 минут, купирующиеся 2 таблетками нитроглицерина под язык. Из анамнеза болезни: считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера при физической нагрузке, снимающиеся 1 таблеткой нитроглицерина. Сначала боли возникали при значительных физических нагрузках, затем толерантность к физическим нагрузкам медленно снижалась. Три года назад боли стали беспокоить при подъеме на первый этаж. Из анамнеза жизни: ИБС у матери и брата. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологические. ЧСС = 84 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 84 ударов в минуту, ритмичный. АД. 130/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 19 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9x8x7 см. Отеков нет.

1. Выделите основные симптомы, сгруппируйте их в синдромы, объясните патогенез.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. План обследования.
4. Поставьте окончательный диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. План лечения.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Отличительные признаки стенокардии.
 2. Дифференциальная диагностика ИБС с некоронарогенными заболеваниями сердца, инфарктом миокарда.
 3. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС.
 4. Значение холтеровского мониторирования ЭКГ, нагрузочных тестов, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ.
 5. Показания к направлению на коронарографию.
 6. Лечение ИБС в условиях поликлиники, выбор препаратов с доказанной эффективностью высокого уровня, тактика купирования ангинозных приступов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Выберите 1 правильный вариант ответа

1. При наличии у пациента в течение года при малейшей физической нагрузке давящей боли за грудиной, купирующейся приемом нитроглицерина, следует думать о стенокардии:
 - А) напряжения функциональный класс IV
 - Б) напряжения функциональный класс II
 - В) напряжения функциональный класс III
 - Г) прогрессирующей.

2. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:
- А) потребление алкоголя
 - Б) этническая принадлежность
 - В) артериальная гипертензия
 - Г) характер трудовой деятельности.
3. Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных с :
- А) проксимальным поражением задней коронарной артерии
 - Б) стенозом основного ствола левой коронарной артерии
 - В) дистальным поражением огибающей артерии
 - Г) проксимальным поражением огибающей артерии
4. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:
- А) подъем сегмента ST более чем на 2 мм
 - Б) уменьшение вольтажа всех зубцов
 - В) появление отрицательных зубцов T
 - Г) депрессия ST более чем на 2 мм.
5. Время «интервальной» терапии для предотвращения толерантности к нитратам составляет (час):
- А) 4-6
 - Б) 8-12
 - В) 14-16
 - Г) 18-20
 - Д) 40-46.
6. Механизмом гиполипидемической активности статинов являются ингибирование:
- А) фермента ГМГ-КоА редуктазы
 - Б) аденозина
 - В) фосфодиэстеразы.
7. Для диагностики ишемической болезни сердца в сомнительных случаях наиболее важным является метод:
- А) Коронарографии
 - Б) Электрокардиографии
 - В) велоэргометрии
 - Г) чрезпищеводной стимуляции левого предсердия
 - Д) эхокардиографии.
8. Показания для коронарной ангиографии
- А) У лиц молодого возраста с атипичными болевыми ощущениями в груди и отрицательными результатами стресс-теста
 - Б) У больных молодого возраста с типичной стенокардией, положительными результатами стресс-теста и малой вероятностью атеросклероза коронарных артерий, как причины ишемии миокарда
 - В) У больных стенокардией IIIФК с малой эффективностью монотерапии большими дозами нитратов.
9. Наиболее часто встречающиеся причины стенокардии
- А) Микроваскулярная дисфункция
 - Б) Эктазия коронарных артерий
 - В) Атеросклеротическое сужение коронарных артерий
 - Г) Мышечные мостики.
10. Критерий, не имеющий значения для высокого риска наличия ИБС

- А) Подъем АД на нагрузке выше 200ммртст
- Б) Снижение АД на нагрузке
- В) Появление желудочковых экстрасистол на небольшой нагрузке
- Г) Депрессия сегмента ST более 1мм на 1 ступени нагрузки

Ответы к тестовым заданиям									
1 - Г	2 - В	3 - Б	4 - Г	5 - В	6 - А	7 - А	8 - А	9 - Б	10 - В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.5. Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение при остром коронарном синдроме (ОКС).

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний об острых формах ишемической болезни сердца. Отрастить основные вопросы этиологии, патогенеза, различных вариантов клинического течения. Подчеркнуть основные современные методы диагностики и лечения.

Задачи:

1. рассмотреть этиологию, патогенез, морфологические субстраты острого коронарного синдрома,
2. освоить принципы диагностики нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда,
3. изучить критерии диагнозов,
4. знать основные критерии дифференциального диагноза между этими состояниями,
5. стратифицировать риск для дифференцированного подхода к терапии.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: особенности жалоб и анамнеза при остром коронарном синдроме; критерии синдрома острой коронарной недостаточности; классификацию антиангинальных препаратов.
2. После изучения темы: морфологическую сущность инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии, особенности коронарного синдрома, критерии диагноза, осложнения инфаркта миокарда, тактику ведения больного с острой коронарной недостаточностью.

Обучающийся должен уметь:

- своевременно диагностировать острый коронарный синдром и его осложнения по данным анамнеза и дополнительных исследований,
- интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований на фоне ОКС,
- формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации,

- назначать лечение и оказывать неотложную помощь при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда, при осложнениях инфаркта.

Обучающийся должен владеть:

- 1) навыками своевременной диагностики острого коронарного синдрома и его осложнений по данным анамнеза и дополнительных исследований,
- 2) оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований ИБС,
- 3) формулировки и обоснования развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации,
- 4) назначения лечения и оказания неотложной помощи при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда, при осложнениях инфаркта.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.**
 1. Определение понятия и классификация ОКС.
 2. Определение и классификация нестабильной стенокардии.
 3. Определение и классификация инфаркта миокарда.
 4. Патогенез острого коронарного синдрома с подъемом и без подъема ST.
 5. Стратификация риска ОКС без подъема ST.
 6. Клинические варианты начала ИМ.
 7. Диагностика ИМ (клиническая картина, ЭКГ-диагностика, маркеры некроза миокарда).
 8. Осложнения инфаркта миокарда.
 9. Основные стратегии ведения ОКС.
 10. Первичная и вторичная профилактика инфаркта миокарда.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование больного с острым коронарным синдромом:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию органов и систем)
3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, необходимых данному больному.
4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.
5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 ммI, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 ммII, III, AVF.

Решение:

Синдромы: острой коронарной недостаточности, артериальной гипертензии.

Диагноз: ИБС: ОКС с подъемом сегмента ST (острый ИМ передний распространенный).

Тактика: экстренная госпитализация в инвазивный сосудистый центр для проведения ЧКВ. Предполагается поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии.

Решение вопроса о реваскуляризации - стентирование стентом с лекарственным покрытием.

Догоспитальная помощь: аспирин 250мг, гепарин 4000ЕД в\в, нитраты сублингвально, в\в, при сохранении болевого синдрома морфин 10мг. В стационаре перед ЧКВ – тикагрелор 180 мг или прасугрел. Для подтверждения диагноза ИМ – тропонины ультрачувствительным методом.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной Л., 63 года поступил в стационар с жалобами на загрудинные боли давящего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, иррадиирующие в левое плечо, участвовавшие до 10 раз в сутки в течение последней недели. С этого же времени увеличилась интенсивность и длительность болей. Каждый приступ сопровождается чувством страха и купируется приемом нитроглицерина в течение 3-х минут. За последнее время потребность в нитроглицерине увеличилась в 5 раз. Одышка при незначительной нагрузке.

Из анамнеза болезни: Боли в области сердца отмечает в течение 12 лет, но они были меньшей интенсивности, возникали около 3-4 раз в сутки, при умеренной физической нагрузке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологичны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД = 17 в мин. Границы сердца: правая – 0,5 см от правого края грудины; верхняя – нижний край III ребра по левой парастернальной линии; левая – по СКЛ в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 130/70 мм рт.ст. PS = 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9х8х7 см. Отеков нет.

Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования, предположите результаты обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Назначьте лечение.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Характеристика ведущего синдрома – острой коронарной недостаточности;

2. Патогенез и клинические особенности синдрома острой коронарной недостаточности при инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии;
3. Классификация острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда;
4. Дифференциальная терапия при острой коронарной недостаточности

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля. Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Нестабильная стенокардия это:

- А) Впервые возникшая стенокардия
- Б) Появление приступов стенокардии в покое или ночью
- В) Увеличение количества, продолжительности, выраженности приступов стенокардии в течение последних 2 месяцев
- Г) Все перечисленное.

2. Наиболее достоверным ЭКГ-критерием инфаркта миокарда является

- А) Элевация сегмента ST
- Б) Депрессия сегмента ST
- В) Отр Т
- Г) Все перечисленные.

3. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка появляются в отведениях:

- А) II, III, aVF, V1-V3
- Б) II, III, aVF, V4-V6
- В) I, II, aVL, V4-V6
- Г) II, III, aVF.

4. Наиболее специфичный сывороточный маркер инфаркта миокарда:

- А) СРБ
- Б) АСТ
- В) ЛДГ
- Г) тропонин I.

5. Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда необходимо использовать:

- А) наркотические анальгетики
- Б) ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- В) анальгетики-антипиретики
- Г) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа.

6. ЭКГ-диагностику инфаркта миокарда усложняет:

- А) блокада левой ножки пучка Гиса
- Б) фибрилляция предсердий
- В) желудочковая экстрасистолия
- Г) атриовентрикулярная блокада 1 степени.

7. Характер экстренного вмешательства (тромболизис) при остром инфаркте миокарда определяется:

- А) наличием зубца Q на электрокардиограмме
- Б) положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии на электрокардиограмме
- В) наличием (-) зубца T на электрокардиограмме.

8. Какие признаки не характерны для кардиогенного шока?

- А) снижение систолического АД менее 90 мм рт ст

- Б) брадикардия
- В) олигурия
- Г) ацидоз.

9. К поздним осложнениям острого инфаркта миокарда относится:

- А) синдром Дреслера
- Б) фибрилляция желудочков
- В) кардиогенный шок
- Г) блокада левой ножки пучка Гиса.

10. К типичной причине инфаркта миокарда относят

- А) увеличение потребности миокарда в кислороде
- Б) нарушение коронарной гемодинамики вследствие падения артериального давления
- В) врожденные особенности строения коронарных артерий
- Г) тромбоз коронарной артерии вследствие надрыва атеросклеротической бляшки.

Ответы к тестовым заданиям									
1 - Г	2 - А	3 - Б	4 - Г	5 - А	6 - А	7 - Б	8 - Б	9 - А	10 - Г

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 1. Кардиология

Тема 1.6. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН): дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия.

Цель: приобретение знаний по вопросам клинических проявлений, этиопатогенетическим механизмам острой и хронической сердечной недостаточности, их диагностике, лечению и профилактике.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез, морфологические субстраты ХСН,
2. научиться диагностировать сердечную недостаточность,
3. изучить критерии диагнозов, проводить дифференциальный диагноз между этими состояниями
4. научиться выбирать основные направления терапии.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: особенности жалоб и анамнеза при сердечной недостаточности; специфичные и чувствительные диагностические критерии; классификацию препаратов для лечения сердечной недостаточности.
2. После изучения темы: определение и сущность ХСН, этиологию, патогенез, клинику и нозологическую принадлежность ХСН, классификацию ХСН, определение рефрактерности СН, особенности медикаментозной коррекции ХСН, базовые препараты.

Обучающийся должен уметь:

- диагностировать СН,
- проводить анализ данного функционального состояния,
- определять функциональный класс ХСН,
- интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований,
- формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации,
- назначать адекватное лечение.

Обучающийся должен владеть:

- 1) навыками диагностики СН,
- 2) анализа данного функционального состояния,
- 3) определения функционального класса ХСН,
- 4) оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований,
- 5) формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации,
- 6) назначения адекватного лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1 Определение термина хроническая сердечная недостаточность (ХСН);
- 2 Механизмы развития ХСН, роль нейро - гуморальной регуляции в патогенезе СН, классификация;
- 3 Принципиальные медикаментозные особенности в терапии систолической и диастолической сердечной недостаточности;
- 4 Компенсаторные механизмы СН;
- 5 Современные патогенетические направления в лечебной тактике СН;
- 6 Современные принципы лечения больных ХСН, группы применяемых препаратов, дозировки; особенности фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Практическая работа.

Провести клиническое обследование больного с ИБС:

1. Сбор анамнеза
2. Объективный осмотр (провести пальпацию, перкуссию, аускультацию органов и систем)
3. Определить план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, необходимых данному больному.
4. Оценить результаты данных лабораторных и инструментальных исследований.
5. Сформулировать диагноз согласно современной классификации.
6. Назначить и обосновать терапию данному больному.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приём к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области стоп к вечеру.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в мин. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; БАК: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Решение:

Синдромы: хронической коронарной недостаточности, хронической сердечной недостаточности.

Диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ с Q по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Гиперхолестеринемия. СНнФВ? IIb стадия, ПФК.

Диагноз «ХСН» установлен на основании жалоб пациента (одышка, отёки в области стоп, общая слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (перенесённый ОИМ, давность симптоматики, постепенное её развитие), результатов осмотра (пастозность нижних конечностей до нижней трети голени, ЧД - 20 в 1 минуту, приглушённые тоны сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС - 92 в минуту, увеличение размеров печени).

Пациенту рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лёгких; измерение содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP) показано для исключения альтернативной причины одышки и для определения прогноза; выполнение стресс тестов - предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований - стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%), при невозможности выполнения исследования с визуализацией - может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%). По результатам неинвазивного обследования проводится стратификация риска и принимается решение о целесообразности выполнения коронароангиографии.

Лечение: ИАПФ (периндоприл или рамиприл 2,5-10мг, Бета-блокаторы (метопролола сукцинат, бисопролол, карведилол), сСпиринолактон в дозе 25 -50 мг в сутки или эплеренон. При сохранении застойных явлений рассмотреть добавление малых доз петлевых диуретиков с пролонгированным действием- Торасемида. Аспирин кардио 100мг, Аторвастатин 40мг или розувастатин 20мг.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больная 69 лет обратилась с жалобами на перебои в работе сердца, одышку.

Из анамнеза: в течение 6 лет отмечает перебои в работе сердца, одышка – последние 2 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: левая – в V межреберье, на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая – правый край грудины, верхняя – III межреберье, по левой парастернальной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС – 96 в 1 мин. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

На ЭКГ: ритм неправильный, зубец P не определяется, волны фибрилляции предсердий.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите осложнения.
3. Составьте программу обследования.
4. Тактика ведения больной.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- клинический разбор кардиологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Классификация ХСН
 2. Основные симптомы ХСН.
 3. Признаки ХСН.
 4. Формулировка диагноза ХСН.
 5. Современные принципы лечения больных ХСН, группы применяемых препаратов, дозировки; особенности фармакотерапии.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля. Выберите 1 правильный вариант ответа.
 1. Показания для сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью
А) Атриовентрикулярная блокада 1 степени
Б) ЧСС 50 уд в 1 мин
В) Фибрилляция предсердий
Г) Гиперкалиемия.
 2. К депрессорному нейрогуморальному механизму при развитии сердечной недостаточности относится активация:
А) мозгового и предсердного натрийуретических пептидов
Б) САС
В) РААС
Г) АДГ.
 3. При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение:
А) лизиноприлу
Б) каптоприлу
В) фозиноприлу
Г) периндоприлу.
 4. Жалобой при развитии застойных явлений в малом круге кровообращения является:
А) одышка;
Б) отеки;
В) диспепсические расстройства;
Г) тяжесть в правом подреберье.
 5. Наиболее частая причина развития ХСН:
А) АГ.
Б) Амилоидоз сердца.

- В) ИБС.
- Г) Миокардит.
- Д) Фибрилляция предсердий.

6. В патогенезе хронической сердечной недостаточности ведущую роль играет нарушение:

- А) Хронотропной функции сердца.
- Б) Дромотропной функции сердца.
- В) Инотропной функции сердца.
- Г) Батмотропной функции сердца.
- Д) Нарушение автоматизма сердца.

7. Нейрогуморальная активация при ХСН проявляется:

- А) Активацией САС и РААС.
- Б) Повышением уровня кортизола.
- В) Активацией РААС.
- Г) Гиперфункцией щитовидной железы.
- Д) Активацией САС.

8. Основными патогенетическими факторами образования отеков при ХСН являются:

- А) Увеличение задержки Na^+ и жидкости.
- Б) Увеличение центрального венозного давления.
- В) Ухудшение дренажной функции лимфатической системы.
- Г) Уменьшение содержания альбуминов плазмы и снижение коллоидно-осмотического давления.
- Д) Увеличение транскапиллярного градиента давления.

9. Классической триадой симптомов ХСН являются:

- А) Боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка.
- Б) Чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение.
- В) Одышка, слабость и отеки ног.
- Г) Гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия.
- Д) Приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение.

10. Признаки ХСН I стадии:

- А) Скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке.
- Б) В покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому кругу.
- В) В покое имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу.
- Г) Дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах
- Д) В покое имеются признаки застоя в малом и большом круге кровообращения.

Ответы к тестовым заданиям									
1 - В	2 - А	3 - В	4 - А	5 - В	6 - В	7 - А	8 - А	9 - В	10 - А

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант

студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии, д.м.н. Мальчикова С.В.

/_____/

Зав. кафедрой: профессор, д.м.н Немцов Б.Ф. /_____/

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.1: Особенности суставного синдрома, дифференцированная терапия при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, серонегативных спондилоартропатиях.

Цель: способствовать формированию умений по дифференциальной диагностике и терапии заболеваний суставов.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, диагностику и лечение различных ревматических заболеваний.
2. Обучить обследованию больных с поражением опорно-двигательного аппарата, дифференциальную диагностику суставного синдрома, поражения суставов и периартикулярных тканей.
3. Составлять план обследования больных с заболеваниями суставов, интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования,
4. Составлять индивидуальные программы лечения больных.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: клинические особенности при воспалительных и дегенеративных поражениях суставов, определение артрита, артроза, артралгии.

2. После изучения темы: Особенности суставного синдрома, этиологию, патогенез, диагностические критерии, варианты течения, современную классификацию заболеваний: ревматоидный артрит (РА), остеоартроз, острая ревматическая лихорадка, реактивные артриты, анкилозирующий спондилит, псориатическая спондилоартропатия, подагра. Правила формулировки диагноза (предварительного, заключительного) пациенту с данными заболеваниями. Основные рентгенологические изменения при данных заболеваниях, дифференцированные подходы к лечению, показания и противопоказания для назначения цитотоксической терапии и ГКС.

Обучающийся должен уметь:

Провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного, назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания, проводить клинический и лабораторный мониторинг при терапии ГКС и цитостатиками.

Вести историю болезни пациента с заболеваниями суставов (заполнение всех разделов, включая этапные и выписные эпикризы), формулировать предварительный и заключительный диагнозы.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с заболеваниями суставов (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики заболеваний суставов. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования (общего анализа крови, мочи, биохимии крови, иммунологических показателей), инструментальных методов обследования – Р-графия суставов, лёгких, Эхо-КС, ФГДС. Методами лечения и профилактики заболеваний суставов: РА, остеоартроз, острая ревматическая

лихорадка, реактивные артриты, анкилозирующий спондилит, псориатическая спондилоартропатия, подагра.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Лабораторные методы диагностики при ревматических заболеваниях.
2. Иммунологические методы диагностики в ревматологии, их роль специфичность и чувствительность при диагностике отдельных заболеваний. Роль исследования клеточного иммунитета при ревматических заболеваниях, значение определения аутоантител при диффузных заболеваниях соединительной ткани, антигенов HLA при некоторых ревматических заболеваниях.
3. Общие вопросы рентгеносемиотики ревматических заболеваний, роль и диагностические возможности рентгенологических методов исследования. Инструментальные методы диагностики ревматических заболеваний (ультразвуковые, радиоизотопные, ядерномагнитный резонанс)
4. Ревматоидный артрит. Реактивные артриты. Анкилозирующий спондилоартрит. Псориатическая артропатия. Остеоартроз. Подагра. Этиология и патогенез, классификация, основные клинические проявления. Диагностика. Варианты течения и исходы.
5. Дифференцированная терапия. Базисные препараты, локальная терапия, методы интенсивной терапии при РА. Особенности диагностики и лечения ревматоидного артрита у пожилых. Дифференциальная диагностика между СКВ и РА.

2. Практическая работа.

- 2.1 Клинический разбор.
- 2.2 Решение ситуационных задач.
- 2.3 Чтение рентгенограмм.
- 2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

1. Выделить **клинические синдромы**.
2. Сформулировать **предварительный диагноз**.
3. Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить **выделенные синдромы**.
6. Сформулировать **окончательный диагноз**.
7. Предложить **план лечения пациента**.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной К., 50 г, поступил с жалобами на боли в локтевых, голеностопных, коленных суставах, сопровождающиеся высокой лихорадкой, ознобом. Болен около 5 лет, заболевание началось с отечности, гиперемии и местного повышения температуры 1 плюсне-фалангового сустава. Через 2 недели после данного приступа все симптомы прошли бесследно, функция суставов восстановилась. Через 4 года появились боли в локтевом суставе и одновременно плотное узелковое образование в области голеностопных и коленных суставах. Настоящее ухудшение в течение 7 дней.

Состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Вес - 92 кг. Рост - 161 см. Дыхание в легких везикулярное. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см от левой СКЛ. АД - 170/110 мм.рт.ст., пульс 72 уд/мин, ритмичный. Печень не увеличена. Припухлость, покраснение и резкая болезненность суставов стопы, коленных, голеностопных суставов, указанные суставы деформированы, движения в них ограничены

Общий анализ крови: лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Анализ мочи: уд.вес- 1018, белок - 0,450, лейкоц. - 8-10 в п/зр., зр.- 6-8 в п/зр., АЛТ - 26,5 усл. ед АСТ- 31,8 усл.ед., креатинин-99мкмоль/л.

Клинические синдромы.

- **суставной по типу артрита** (жалобы на боли в локтевых, голеностопных, коленных суставах, сопровождающиеся высокой лихорадкой, ознобом, объективные данные - припухлость, покраснение и резкая болезненность суставов стопы, коленных, голеностопных суставов, указанные суставы деформированы, движения в них ограничены).

Особенности суставного синдрома: резкое и внезапное начало заболевания и локализация - с отека, гиперемии и местного повышения температуры 1 плюсне-фалангового сустава. Через 2 недели после данного приступа все симптомы прошли бесследно, функция суставов восстановилась.

- **воспалительный синдром** (лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час).

- **мочевой синдром** (изменения в общем анализе мочи: уд.вес- 1018, белок - 0,45 г/л, лейкоц. - 8-10 в п/зр., эритроциты - 6-8 в п/зр.).

- синдром **артериальной гипертензии** (АД - 170/110 мм.рт.ст.).

- **избыточной массы тела** (ИМ 35,5, что соответствует 2 степени ожирения).

Клинический диагноз.

Первичная подагра, метаболический вариант, тофусная форма, хронический подагрический артрит, обострение. Хроническая подагрическая нефропатия. Симптоматическая артериальная гипертензия. ХПН 0. ХСН I. Ожирение 2 степени алиментарного генеза.

План обследования.

- б/х анализ крови: мочевая кислота, с-реактивный белок, фибриноген, СКФ.

- анализ мочи на суточную потерю белка.

- УЗИ почек, Р-графия поражённых суставов.

Лечение.

Режим свободный.

Диета - принимать пищу следует регулярно, 4 раза в день. Переедание и голодание недопустимы. Диета при подагре обязательно включает достаточное количество жидкости - не менее 1,5 - 2 литров, а в период обострения - до 3-х литров. Это могут быть минеральная вода, компоты, морсы, некрепкий чай. Очень полезен отвар шиповника. Пить желательно в перерывах между едой.

Больной должен отказаться от мясных, рыбных и грибных бульонов, мяса молодых животных, субпродуктов (печенки, почек, легких), мясных копченостей и соусов, животных жиров. Исключаются соленая и жареная рыба, рыбные консервы, икра. При обострении также исключаются жирные сорта рыбы в любом виде. При соблюдении диеты при подагре необходимо отказаться от всех видов бобовых (чечевица, горошек, бобы, фасоль, соя), от различных пряностей (перец, хрен, горчица). Категорически запрещается алкоголь, в том числе и пиво.

Медикаментозная терапия

- аллопуринол 0,1 по 1 табл. 2 р/сутки под контролем уровня мочевой кислоты.

Ингибитор ксантиноксидазы. Противоподагрическое средство, ингибируя ксантиноксидазу, предотвращает переход гипоксантина в ксантин и образование из него мочевой кислоты. Уменьшает концентрацию мочевой кислоты и ее солей в жидких средах организма, способствует растворению имеющихся уратных отложений, предотвращает их образование в тканях и почках.

- диклофенак 50 мг по 1 табл. 2 р/сутки. Нестероидный противовоспалительный препарат из группы производных фенилуксусной кислоты.

- Престариум (периндоприл) 5 мг/сутки – гипотензивное средство, ингибитор ангиотензин-превращающего фактора 2 поколения. Обладает нефропротективным действием, улучшает почечный кровоток.

- ультоп 20 мг/сутки. ИПП, назначается для профилактики НПВС-гастропатии.
- курантил 25 мг 3 р/сутки.

Прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

Прогноз для жизни зависит от того, насколько быстро наступит ХПН, также возможны осложнения артериальной гипертензии, прогрессирующего атеросклероза. Прогноз для трудовой деятельности зависит от трудовой занятости больного, чаще всего прогноз неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больной С., 55 лет, строитель. Поступил с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утренняя скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Болен около 5 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВС боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей.

При осмотре: больной повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движение в них ограничено. Эти суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз.

Общий анализ крови: Л-9,2x10⁹/л; СОЭ-25 мм/час, СРБ – 1,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение.

Задача 2

Мужчина 28 лет жалуется на резкие боли в левом коленном и голеностопном суставах, припухлость, ограничение движений. Ходит с большим трудом с помощью костыля и палки. Заболел остро две недели тому назад, были явления дизурии. Заболевание сопровождалось повышением температуры до 37,8⁰. Объективно: коленный и голеностопный суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные при пальпации. Болезненны сухожилия и правая пяточная кость. Увеличены лимфатические узлы паховой области слева. Кровь: лейкоц 10*10⁹/л, СОЭ 48 мм/час.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Задача 3

Мужчина 26 лет. 10 лет назад почувствовал тупые боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливавшиеся при физической работе. К врачу не обращался. Позднее боли усилились, временами принимали острый характер. Больного лечили от люмбаишалгии НПВС, которые уменьшали боли на короткое время. Три года тому назад появились боли в шейном и грудном отделах позвоночника особенно при кашле и чихании, а также боли в тазобедренных и коленных

суставах. Стало трудно наклоняться.

Объективно: туловище фиксировано в положении сгибания вперёд с опущенной головой (поза «просителя»). Сердце и лёгкие без особенностей. Атрофия ягодичных мышц. Дорсальный кифоз. Рентгенологически: остеопороз тел позвонков и особенно их поперечных отростков, окостенение продольных межостистых связок. В ОАК СОЭ 32 мм/час.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Чтение Р-грамм.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомьтесь с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполните следующие задания:

1. Изучить основные лабораторные и инструментальные методы диагностики в ревматологии.
2. Составить алгоритм дифференциальной диагностики при суставном синдроме.
3. Обратит внимание на этапы диагностического поиска при РА, ОА и подагре.
4. Провести дифференциальный диагноз РА и ОА, РА и СКВ, РА и подагрой.
5. Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при РА, ОА и подагре.
6. Отметить схемы и принципы базисной терапии при РА. Обратит внимание на показания для назначения цитостатической и гормональной терапии при РА.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Механизмы действия и основные показания к назначению глюкокортикостероидов в ревматологии.
2. Рентгенологическая характеристика поражения суставов при хронических воспалительных заболеваниях суставов.
3. Анкилозирующий спондилоартрит – этиология, патогенез.
4. Лечение псориатического артрита.
5. Метотрексат в лечении РА.
6. Сформулируйте основные показания для локальной терапии ГК.
7. Что такое цитокины и каковы их свойства?
8. Какова роль цитокинов в развитии аутоиммунных заболеваний?
9. Каковы основные причины разрушения хрящевой и костной ткани при РА?
10. Какие клинические проявления характерны для системных форм РА?
11. Перечислите критерии постановки диагноза заболеваний, указанных в основных темах раздела.
12. Каковы основные правила назначения сульфасалазина?
13. Перечислите наиболее частые побочные эффекты при использовании сульфасалазина.
14. Каковы показания для использования биологической терапии у больных РА?
15. Перечислите основные механизмы действия НПВС.
16. Какова роль простагландинов в развитии воспаления?
17. Сформулируйте основные правила применения НПВС.

3. Примеры тестовых заданий.

1. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

- 1) суставов поясничного отдела позвоночника;
- 2) симфиза;
- 3) тазобедренных суставов;
- 4) илеосакральных сочленений

2. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются

в:

- 1) локтевых суставах;
- 2) плечевых суставах;
- 3) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- 4) коленных суставах;
- 5) голеностопных суставах.

3. Для остеоартроза не характерно:

- 1) наличие боли "механического" типа в суставах;
- 2) периодическая "блокада" суставов;
- 3) медленное развитие болезни;
- 4) воспалительное поражение суставов стоп и дистальных межфаланговых суставов кистей

4. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- 1) гепатотоксические;
- 2) нефротоксические;
- 3) гематологические;
- 4) кожные;
- 5) желудочно-кишечные

5. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- 1) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- 2) ульнарная девиация;
- 3) в виде "шеи лебедя";
- 4) в виде "бутоньерки";
- 5) в виде "молоткообразного пальца"

6. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:

- 1) околосоуставной остеопороз;
- 2) узурация суставных поверхностей эпифиза;
- 3) кисты в эпифизах;
- 4) сужение суставной щели.

7. Что не характерно для заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов:

тов:

- 1) наличие сакроилеита;
- 2) асимметричный артрит периферических суставов;
- 3) тенденция к семейной агрегации;
- 4) преимущественное поражение суставов нижних конечностей.
- 5) симметричное поражение мелких суставов кистей

8. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- 1) ирит и иридоциклит;
- 2) склерит;
- 3) конъюнктивит;

- 4) блефарит;
- 5) катаракта

9. Сакроилеит не встречается при:

- 1) синдроме Рейтера;
- 2) псориатическом артрите;
- 3) болезни Бехтерева;
- 4) неспецифическом язвенном колите;
- 5) остеоартрозе

10. Характерным признаком двустороннего коксартроза является:

- 1) протрузия вертлужных впадин;
- 2) укорочение нижних конечностей;
- 3) сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме;
- 4) нарушение внутренней и наружной ротации бедер

Ответы на тестовые задания									
1-4)	2-3)	3-4)	4-5)	5-2)	6-1,2,4)	7-5)	8-1)	9-5)	10-4)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Основы диагностики суставного синдрома: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

2. Методика объективного обследования больных при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Смирнова Л.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2017.

3. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

4. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.2: Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия диссеминированных заболеваний соединительной ткани.

Цель: способствовать формированию умений по дифференциальной диагностике и терапии диссеминированных заболеваний соединительной ткани.

Задачи:

1. Обучить диагностике болезней, ведущим проявлением которых является полисиндромность (системность), составлять и реализовывать индивидуальные программы лечения больных СЗСТ.

2. Диагностике заболеваний, проявляющихся помимо артропатии, поражением мышц кожи.

3. Купированию обострения и вторичной медикаментозной профилактике СЗСТ.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы: типы иммунных реакций – иммунокомплексные реакции, антительный механизм повреждения.

2. После изучения темы: алгоритм диагностического поиска при постановке диагноза СЗСТ, этиологию, патогенез, современную классификацию, диагностические критерии СЗСТ – СКВ, ССД, ДМ/ПМ, ревматической полимиалгии, болезни Шегрена, смешанного заболевания соединительной ткани. Методы лечения, показания к базисной терапии, принципы назначения ГКС и цитостатиков (дозы, пути введения, показания, противопоказания, побочные действия, их профилактика). Правила формулировки диагноза (предварительного, заключительного) пациенту с данными заболеваниями. Дифференцированные подходы к лечению, показания и противопоказания для назначения цитотоксической терапии и ГКС.

Обучающийся должен уметь:

Провести исследование пациента с СЗСТ, диагностировать системность поражения, назначить дополнительные методы исследования с целью Исключения опухолевого процесса, инфекции как причин системности, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз. Вести историю болезни пациента с заболеваниями суставов (заполнение всех разделов, включая этапные и выписные эпикризы), формулировать предварительный и заключительный диагнозы.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СЗСТ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики СЗСТ. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования (общего анализа крови, мочи, биохимии крови, иммунологических показателей), инструментальных методов обследования – Р-графия суставов, лёгких, Эхо-КС, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, почек, органов малого таза. Методами лечения и профилактики СЗСТ: СКВ, ССД, ДМ/ПМ, ревматической полимиалгии, болезни Шегрена, смешанного заболевания соединительной ткани.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1) СКВ, ССД, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия. Патогенез, классификация, основные клинические проявления, течение.

Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия.

2) Дифференциальный диагноз полимиозита и ревматической полимиалгии у пожилых.

3) Болезнь и синдром Шегрена. Патогенез, клиника, лечение.

4) Цитостатическая терапия при ДЗСТ. Показания, противопоказания, осложнения.

2. Практическая работа.

2.1 Клинический разбор. Провести исследование пациента с СЗСТ, диагностировать системность поражения, назначить дополнительные методы исследования с целью исключения опухолевого процесса, инфекции как причин системности, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

2.2 Решение ситуационных задач.

2.3 Чтение рентгенограмм.

2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

- 1) Выделить **клинические синдромы**.
 - 2) Сформулировать **предварительный диагноз**.
 - 3) Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
 - 4) Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
 - 5) Дополнить **выделенные синдромы**.
 - 6) Сформулировать **окончательный диагноз**.
 - 7) Предложить **план лечения пациента**.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
- Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
8. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больная М., 40 лет. Жалобы на посинение кожи пальцев стоп и кистей, снижение массы тела, укорочение пальцев кистей, необходимость запивать водой сухую еду, сухой кашель, похудание на 10 кг за 2 года, одышку при ходьбе.

Из анамнеза: больна в течение 6 лет. Заболевание началось с беспричинной лихорадки 37,2-37,6° С. Тогда же стала отмечать побеление пальцев стоп и кистей на холоде. Через 2 года начала отмечать уплотнение кожи кистей и лица. В последние 3 года появилась необходимость запивать сухую еду. Полтора года назад впервые появились изменения в анализах мочи.

Об-но: Укорочение дистальных фаланг пальцев кистей. Цианоз кожи кистей, стоп, носа, ушных раковин. Язвочки на коже кистей не заживают в течение месяца. Уплотнение кожи конечностей туловища и лица. Черты лица заострены, кисетообразные складки вокруг рта. Контрактуры проксимальных межфаланговых суставов. В легких в задне-базальных отделах выслушивается незначительная крепитация. ЧД 24 уд.в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Рс-80, АД - 180/120.

Общий ан. крови: Л-5,7x10⁹ /л, СОЭ-37мм/час, СРБ+, РФ 1:80, Le-клеток нет, АНФ отр., креатинин крови 0,284 ммоль/л. Общ. ан. мочи: уд. вес-1012, белок-0,35 г/л, Эр -2-5, лейкоциты-3, ЦИЛ-1-2 в п/зр.

1. Выделите синдромы, объясните механизм укорочения пальцев кистей, окраски кожи кистей.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

Синдромы: Рейно, общих системных проявлений, дисфагии, поражения кожи по типу склеродермы, дыхательной недостаточности, иммунно-воспалительный, мочевого, артериальной гипертензии.

Предварительный диагноз: Системная склеродермия, лимитированная форма, хроническое течение, активность 2, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия, пневмосклероз, хроническая нефропатия. Симптоматическая артериальная гипертензия. ДН 2. ХБП?

Дополнительные методы исследования: суточная протеинурия, анализ мочи по Амбурже, СКФ, мочевины, электролиты, газовый состав крови, ЭХОКС, ФВД, Р-графия пищевода, Р-графия лёгких, УЗИ почек, Р-графия кистей.

Лечение: Р-свободный, Д- с ограничением соли.

Антифиброзная терапия не показана в связи с поражением почек и азотемией.

Возможно назначение ЦФ в связи с поражением лёгких. Расчётная доза 1-3 мг/кг/сутки.

Антиагреганты, гипотензивная терапия, прокинетики, ангибиторы АПФ.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1.

Больной М., 46 лет. Жалобы на кашель со скудной мокротой, Лихорадку 37,2 - 37,6 С , одышку в покое; похудание на 12 кг за 2 месяца; миалгии и нарастающую мышечную слабость генерализированного характера, поперхивание при приёме пищи.

Из анамнеза: болеет 4 месяца. Заболевание началось с немотивированной слабости, суб-фебрильной температуры, появились мышечная слабость и боли в мышцах, в последние 2 недели отмечает появление одышки, кашля.

Об-но: с трудом поднимает конечности, голову. Мышцы тестоватой консистенции, резко болезненны при пальпации. В легких справа в нижнем отделе усиленное голосовое дрожание, перкуторно - притупление легочного звука, аускультативно - звучная крепитация, ЧД 26 в мин.

Р-логически: негомогенное затемнение с нечёткими контурами в нижней доле правого легкого. Ан. крови: Л- $6,9 \times 10^9$ /л, П-8%, С-58%, Э-21%, Л-10%, М-3%, СОЭ-54мм/час, СРБ+++ , фибриноген 7,1 г/л.

АСТ-68ед., АЛТ-98ед., КФК - 590 МЕ, ЛДГ- 620 МЕ.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

Задача № 2

Больная К., 24 лет. Жалобы на слабость, головные боли диффузного характера, повышение т до 38,0° С, отеки век, больше утром, отеки на ногах, периодические парестезии на коже конечностей, выпадение волос, ноющие боли в околопупочной области, не имеющие четкой связи с приемом пищи, понижение аппетита, потерю веса (5-6 кг за последний месяц), боли в мелких суставах кистей.

Больной себя считает в течение 2,5 лет, когда появились слабость, нестойкие атралгии кистей, боли в мышцах голени, повышение Т до 37,5° С по вечерам. Через 3 месяца обратилась к врачу (в ОАК анемия Нв - 100 г/л, СОЭ -35 мм/час), ОАМ - без патологии. Получала амбулаторно НПВС с незначительным эффектом. Два года назад при повторном обследовании выявлена анемия Нв-89г/л, СОЭ-42 мм/час, в ОАМ - белок 0,99г/л, Эр.-40-50 в п/зр. Госпитализирована в ЦРБ, назначен преднизолон в дозе 60 мг/сут. На фоне терапии состояние субъективно улучшилось. В течение последнего года появилось умеренное выпадение волос. Последнее ухудшение в течение 2 мес. вышеуказанные жалобы прогрессировали после психо-эмоционального стресса.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы сухие и бледные. На волосистой части головы - алопеция. Увеличены подмышечные, паховые л/у. Питание понижено. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слева значительно ослаблено. Побочных дыхательных шумов нет. Границы сердца: левая граница по СКЛ. ЧСС=ПС=96в/мин. АД-180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, диффузная чувствительность при пальпации. Печень по Курлову 12x10x10см. Селезенка +2см. Отеки в области голеностопных суставов и н/трети голени.

ОАК: Нв-81г/л, ЦП-0,9, Ле-3,6 ХЮ⁹ /л, Лимф-20%, п/я-4%, с/я-79%, Э-1%, СОЭ-60мм/ час. ОАМ -1020, белок 1,65 г/л, Эр.-40, Ле-7-10 в п/зр. Суточная протеинурия -2,8 г/сутки. БАК - АСТ-49 усл.ед, АЛТ-51 усл.ед, общ. билирубин 21мкмоль/л, креатинин 0,112 ммоль/л, мочевина 6,8ммоль/л.

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение.

5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

4.2 Чтение Р-грамм, интерпретация лабораторных методов исследования.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы и выполнить следующие задания:

- 1) Составить (письменно) алгоритм дифф. диагностики при ДЗСТ.
- 2) Обратить внимание на этапы диагностического поиска при СКВ, ССД и ДМ.
- 3) Провести (письменно) дифференциальный диагноз СКВ и РА.
- 4) Выписать базисные препараты в лечении СКВ, ССД и ДМ.
- 5) Изучить алгоритмы лечения (базисные препараты и методы, принципы, индивидуальная терапия) при СКВ, ССД и ДМ.
- 6) Выписать показания и противопоказания к назначению цитостатиков при ДЗСТ.
- 7) Цитостатический агранулоцитоз. Патогенез, диагностика, лечение.

2. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Теоретические аспекты воспаления.
- 2) Иммунологическое исследование больного при подозрении на системную красную волчанку.
- 3) Классификация системного склероза.
- 4) Принципы лечения реактивных артритов.
- 5) Механизмы действия и основные показания к назначению глюкокортикостероидов в ревматологии.
- 6) Показания и противопоказания пульс-терапии в ревматологии, методы проведения, осложнения.
- 7) Смешанное заболевание соединительной ткани и другие перекрестные синдромы.
- 8) Дерматомиозит – варианты течения.
- 9) Системная красная волчанка – диагностика, варианты течения.
- 10) Терапия системной красной волчанки
- 11) Антифосфолипидный синдром.
- 12) Сформулируйте основные механизмы действия глюкокортикоидов.
- 13) Каковы основные правила назначения ГК?
- 14) Каков механизм развития стероидного остеопороза?
- 15) Что означает термин пульс-терапия метипредом?
- 16) Каковы правила проведения пульс-терапии метипредом?
- 17) Какие побочные эффекты пульс-терапии метипредом вам известны?

3. Примеры тестовых заданий.

1. Для системной склеродермии характерно развитие:

- 1) диффузного пневмофиброза;
- 2) базального пневмофиброза;
- 3) адгезивного плеврита;
- 4) увеличения размеров сердца

2. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- 1) острой ревматической лихорадки;
- 2) системной красной волчанки;
- 3) дерматомиозита;
- 4) ревматической полимиалгии;

5) системной склеродермии

3. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек:

- 1) изолированный мочевои синдром;
- 2) нефритический мочевои синдром;
- 3) нефротический мочевои синдром;
- 4) пиелонефритический мочевои синдром

4. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является:

- 1) активность волчаночного нефрита;
- 2) высокая общая активность болезни;
- 3) резистентность к глюкокортикостероидам;
- 4) выраженность синдрома Рейно.

5. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

- 1) бета-адреноблокаторы;
- 2) ингибитор ангиотензин превращающего фермента;
- 3) нативная плазма;
- 4) глюкокортикостероиды;
- 5) цитостатики.

6. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

- 1) параорбитальный отек с лиловой "гелиотропной" эритемой верхнего века и синдром Готтрона (эритема над пястно-фаланговыми суставами);
- 2) эритема на открытых участках кожи;
- 3) пойкилодермия;
- 4) алопеция;
- 5) синдром Рейно

7. Для ревматической полимиалгии характерно:

- 1) снижение веса;
- 2) боль в плечевом и/или тазовом поясе;
- 3) значительное увеличение СОЭ;
- 4) возраст больных старше 40 лет;
- 5) все ответы правильные

8. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности:

- 1) креатинфосфокиназы;
- 2) аминотрансфераз;
- 3) щелочной фосфатазы;
- 4) лактатдегидрогеназы

9. При системной красной волчанке чаще всего выявляется:

- 1) серопозитивность по ревматоидному фактору;
- 2) снижение уровня комплемента по СН50;
- 3) ложноположительная реакция Вассермана;
- 4) антитела к двуспиральной ДНК.

10. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды;

- 1) артериолы и капилляры;
- 2) сосуды среднего калибра;
- 3) сосуды любого диаметра;

- 4) крупные сосуды;
- 5) венозные сосуды.

Ответы на тестовые задания									
1-2)	2-3)	3-1,2,3)	4-1,2,3)	5-2)	6-1)	7-5)	8-1,2,4)	9-4)	10-1)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 2. Ревматология

Тема 2.3: Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия системных васкулитов (СВ).

Цель: способствовать формированию умений по дифференциальной диагностике системных васкулитов.

Задачи:

- 1) Научить диагностике СВ; дифференциации СВ от ДЗСТ (диффузных заболеваний соединительной ткани).
- 2) Диагностике паранеопластического синдрома; купированию обострения СВ.
- 3) Составлять и реализовывать индивидуальные программы лечения больных СВ.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы: анатомию и морфологию сосудов, механизмы воспаления сосудистой стенки (гранулематозное, некротизирующее).

2) После изучения темы: алгоритм диагностического поиска при постановке диагноза СВ, этиологию, патогенез, современную классификацию, диагностические критерии основных СВ - узелкового полиартериита (УП), микроскопического полиартериита, гранулематоза с полиангиитом (ГПА), IgA-ассоциированного васкулита, неспецифического аортоартериита, гигантоклеточного артериита, эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (ЭГПА), микроскопического полиартериита. Правила формулировки диагноза (предварительного, заключительного) пациенту с данными заболеваниями. Дифференцированные подходы к лечению, показания и противопоказания для назначения цитотоксической терапии и ГКС (дозы, пути введения, показания, противопоказания, побочные действия, их профилактика).

Обучающийся должен уметь:

Провести исследование пациента с СВ, диагностировать системность поражения, назначить дополнительные методы исследования с целью исключения опухолевого процесса, инфекции как причин системности, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

Вести историю болезни пациента с заболеваниями суставов (заполнение всех разделов, включая этапные и выписные эпикризы), формулировать предварительный и заключительный диагнозы.

Обучающийся должен владеть:

Сбором и анализом информации о состоянии здоровья пациента с СВ (жалоб, анамнеза и данных физикального обследования). Алгоритмом решения практических задач диагностики системных васкулитов. Анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования (общего анализа крови, мочи, биохимии крови, иммунологических показателей), инструментальных методов обследования – Р-графия суставов, лёгких, Эхо-КС, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, почек, органов малого таза. Методами лечения и профилактики СВ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. УП, Ig A-ассоциированный васкулит васкулит, гранулематоз с полиангиитом, неспецифический аортоартериит, гигантоклеточный артериит, микроскопический полиартериит, эозинофильный гранулематоз с полиангиитом. Этиология, патогенез.
2. Современная классификация, критерии диагноза.
3. Клиника, течение, осложнение, диф. диагностика.
4. Дифференцированное лечение, показания к пульс-терапии, осложнения терапии, профилактика осложнений.

2. Практическая работа.

2.1 Клинический разбор. Провести исследование пациента с СВ, диагностировать системность поражения, назначить дополнительные методы исследования с целью исключения опухолевого процесса, инфекции как причин системности, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

2.2 Решение ситуационных задач.

2.3 Чтение рентгенограмм.

2.4 Решение тестовых заданий.

3. Решить ситуационные задачи

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Алгоритм разбора задач.

- 1) Выделить **клинические синдромы**.
- 2) Сформулировать **предварительный диагноз**.
- 3) Предложить **план обследования пациента**, предположить и обосновать результаты.
- 4) Рассмотреть предложенные **результаты обследования** (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
- 5) Дополнить **выделенные синдромы**.
- 6) Сформулировать **окончательный диагноз**.
- 7) Предложить **план лечения пациента**.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
- 8) Назначить **сроки диспансерного наблюдения** и мероприятия, проводимые в этот период.
- 9) Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

Пример задачи с разбором по алгоритму.

Больной А., 30 лет. Жалобы на давящие боли за грудиной, повышение АД до 240/160 мм.рт.ст., лихорадку до 38⁰ С, слабость в левой стопе, похудание на 10 кг за 4 месяца.

Заболел 2 года назад, когда появилась боль в икроножных мышцах, через 3 месяца повысилась Т тела до 38⁰ С, усилились миалгии. Лечение НПВП давало временный эффект, назначение антибиотиков было неэффективным, 6 месяцев назад развился парез левой стопы. Четыре месяца назад впервые зарегистрированы высокие цифры АД (190/110) и изменения в анализах мочи.

Об-но: Состояние средней тяжести, температура тела 38,5⁰ С. Выраженная атрофия мышц, особенно левой голени и стопы. Парез левой стопы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца - правая и верхняя в норме, левая на I см влево от СКЛ в V м/р. Пульс - 104 в мин., АД 230/150 мм. рт. ст. Общий ан. крови: Нв-112г/л, Ле-14,2х10⁹ /л, СОЭ-51мм/час, обнаружен Hbs Ag в титре 1:64. Мочевина 6,7ммоль/л. Креатинин – 129 мкмоль/л. Общ. ан. мочи: уд.в.-1008, белок 0,8г/л, Л - 0-1, Эр.-10 - 15 в п/зр., Ц-0.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Синдромы: системных проявлений, артериальной гипертензии, коронарной недостаточности, поражения периферической нервной системы, анемический, мочевого, азотемический, поражения миокарда.

Предварительный диагноз: Системный некротизирующий васкулит. Узелковый полиартериит, подострое течение, активность 3, нефрит, симптоматическая артериальная гипертензия, коронариит, периферическая полинейропатия, анемия.

Дополнительные методы исследования: ЭНМГ, ЭХОКС, мочевина, СКФ, электролиты.

Лечение: базисная терапия комбинированная ГКС+ЦФ, антиагреганты, ингибиторы АПФ.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 1

Больной Б., 48 лет, инженер, считает себя больным 6 мес, когда появился насморк с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура тела. Лечился антибиотиками с диагнозом ОРЗ, гайморит. Состояние не улучшилось. Присоединились боли в крупных суставах, геморрагические высыпания на нижних конечностях. Повторно проводились проколы верхнечелюстной пазухи, гнойного содержимого не получено. Сделана операция - гайморотомия, после которой повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, необильное кровохарканье. С диагнозом пневмония переведен в терапевтическое отделение. При поступлении состояние тяжелое, бледен, масса тела снижена. Температура тела 39,2⁰С. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы по аксиллярной линии справа; число дыхательных движений 28 в 1 мин. тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм рт. ст. Живот безболезненный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.

В крови: Нв 48 г/л, лейкоц. 8х10⁹/л, СОЭ 65 мм/ч. Общий белок 62 г/л, латекс-тест ++. Реакция Ваалера-Розе 1:160. В моче: относительная плотность 1012-1016, белок 1,2 г/л, эр. 20-25 в п/зр, лейкоц. 3-5 в п/зр. При рентгенографическом исследовании: множественные сливные инфильтраты с двух сторон, преимущественно в средних и нижних отделах легких, два из них - с распадом в центре.

- 1) Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
- 2) Определите тактику врача у больного с длительным гнойным насморком, высокой лихорадкой и системными проявлениями.
- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Оцените прогноз заболевания.

Задача 2

Больной С., 16 лет, учащийся. При поступлении предъявлял жалобы на боли в суставах, боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту "кофейной гущей", повышение температуры тела

до субфебрильных цифр. Заболел остро 3 дня тому назад. Объективно: на коже верхних и нижних конечностей немногочисленные, симметрично расположенные геморрагические высыпания типа петехий; отмечается припухлость и болезненность при движениях в коленных и голеностопных суставах. Умеренная тахикардия; АД 130/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут, отмечается умеренное напряжение брюшной стенки, разлитая болезненность при пальпации. Язык обложен, суховат, сосочки на языке выражены.

Гемограмма: эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, СОЭ - 40 мм/ч.

Скорость свертывания крови - 2 мин, время кровотечения - 2 мин, фибриноген - 7 г/л.

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования и проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

4. Задания для групповой работы

4.1 Курация пациентов группами.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы выполнить следующие задания:

- 1) Составить (письменно) алгоритм дифф. диагностики при СВ.
- 2) Обратит внимание на этапы диагностического поиска при СВ.
- 3) Провести (письменно) дифференциальный диагноз СВ и ДЗСТ.
- 4) Изучить алгоритм лечения (базисные препараты, методы, принципы, индивидуализированная терапия) при СВ.
- 5) Отметить письменно схемы, показания, противопоказания, осложнения цитостатической терапии при СВ.

2. Вопросы для самоконтроля.

1. Какой васкулит не является гранулематозным?
2. При каких системных васкулитах не поражаются крупные артерии эластического типа?
3. При каких системных васкулитах поражаются артерии только среднего калибра?
4. При каких системных васкулитах не поражаются мелкие сосуды микроциркуляторного русла?
5. При каких системных васкулитах этиологическим фактором является инфекция вирусом гепатита В?
6. Какой системный васкулит обусловлен появлением антинейтрофильных цитоплазматических аутоантител к протеиназе-3 (PR-ANCA)?
7. Какой системный васкулит обусловлен появлением антинейтрофильных цитоплазматических аутоантител к миелопероксидазе (MPO-ANCA)?
8. Патогенез каких системных васкулитов не связан с иммуннокомплексной патологией?
9. Какие системные васкулиты сопровождаются поражением легких?

3. Примеры тестовых заданий.

1. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- 1) гигантоклеточный артериит;
- 2) геморрагический васкулит;
- 3) узелковый периартериит;
- 4) микроскопический полиангиит.

2. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия:

- 1) назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки;
- 2) пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд;
- 3) назначение циклофосфида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь;
- 4) гемосорбцию.

3. Для узелкового панартериита характерна следующая кардиальная патология:

- 1) стенокардия;
- 2) миокардит;
- 3) дистрофия миокарда;
- 4) инфаркт миокарда.

4. При болезни Токаясу артериальная гипертензия может быть вызвана:

- 1) окклюзией почечных артерий;
- 2) недостаточностью клапанов аорты;
- 3) дисфункцией каротидного синуса;
- 4) ишемией мозговых центров, участвующих в регуляции артериального давления;
- 5) все варианты правильные.

5. Выберите васкулиты с некротизирующим типом поражения:

- 1) болезнь Токаясу;
 - 2) микроскопический полиартериит;
 - 3) геморрагический васкулит;
- Гигантоклеточный артериит.

6. Укажите клиническую форму поражения легких при синдроме Чарга-Стросса:

- 1) пневмония;
- 2) плеврит;
- 3) бронхит;
- 4) эмфизема;
- 5) бронхиальная астма.

7. Какой препарат не используется при кожно-суставной форме гемоорагического васкулита?

- 1) гепарин;
- 2) преднизолон;
- 3) тнетал;
- 4) курантил.

8. Для кожно-тромбангиического варианта УП не характерно развитие:

- 1) тромбоза легочных и центральных вен;
- 2) геморрагической пурпуры;
- 3) узелков по ходу сосудистого пучка на конечностях;
- 4) гангрены пальцев рук и/или стоп;
- 5) ливедо.

9. При болезни Токаясу возможно поражение:

- 1) только дуги аорты и ее ветвей;
- 2) только нисходящей части аорты (грудная и брюшная часть);
- 3) дуги аорты и ее нисходящей части;
- 4) коронарных артерий;
- 5) всех перечисленных сосудов.

10. Для гарнулематоза Вегенера наиболее характерно:

- 1) поражение височных артерий;
- 2) наличие бронхоэктазов;
- 3) язвенно-некротическое поражение носоглотки;
- 4) поражение придаточных пазух носа.

Ответы на тестовые задания									
1-1)	2-1,3)	3-1,4)	4-5)	5-2)	6-5)	7-2)	8-1)	9-5)	10-4)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Системные васкулиты: учебное пособие / Симонова О.В., Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф. – Киров, 2018.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Методические рекомендации подготовлены: доцентом кафедры госпитальной терапии, к.м.н. Смирновой Л.А.

Раздел 3. Нефрология

Тема 3.1: Дифференциальный диагноз мочевого синдрома. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия тубулоинтерстициальных нефритов.

Цель: изучение алгоритма дифференциальной диагностики мочевого синдрома, алгоритма дифференциальной диагностики тубулоинтерстициальных нефритов; развитие умений по проведению диагностики заболеваний почек на основании данных анализов мочи и других дополнительных методов исследования, развитие умений по проведению дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии тубулоинтерстициальных нефритов.

Задачи:

1) Рассмотреть современные методы диагностики, применяемые в нефрологии, диагностические возможности методов.

2) Обучить студентов правилам интерпретации результатов анализов мочи, показаний к дополнительному обследованию.

3) Сформировать умения по дифференциальной диагностике различных форм мочевого синдрома на основе современного алгоритма.

4) Сформировать умения по диагностике и лечению пациентов с тубулопатиями, тубулоинтерстициальными нефритами, умение провести дифференциальный диагноз между пиелонефритом, интерстициальным нефритом, гломерулонефритом.

Обучающийся должен знать:

- виды мочевого синдрома, виды анализов мочи, методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в нефрологии

- этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию тубулоинтерстициальных нефритов, тубулопатий, их осложнения, лечение, прогноз.

Обучающийся должен уметь:

- интерпретировать результаты анализов мочи при различных видах мочевого синдрома, провести диагностику мочевого синдрома при различных заболеваниях почек, назначить пациенту дополнительное обследование в зависимости от вида мочевого синдрома;

- провести обследование пациентов с тубулоинтерстициальными нефритами, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с учетом ведущего синдрома, назначить дополнительные методы исследования, составить индивидуальный план лечения.

Обучающийся должен владеть:

- навыками анализировать и интерпретировать результаты анализов мочи при различных видах мочевого синдрома, навыками проведения диагностики мочевого синдрома при различных заболеваниях почек, навыками назначения пациенту дополнительного обследования в зависимости от вида мочевого синдрома;

- навыками обследования пациентов с тубулоинтерстициальными нефритами, формулировки предварительного диагноза, проведения дифференциальной диагностики, назначения дополнительных методов исследования, составления индивидуального плана лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Перечень вопросов для собеседования.

1) Виды протеинурии, методы диагностики. Алгоритм обследования пациента с протеинурией различной выраженности.

2) Виды гематурии, методы диагностики. Алгоритм обследования пациента с различными формами гематурии.

3) Виды лейкоцитурии, методы диагностики. Алгоритм обследования пациента с лейкоцитурией, пиурией.

4) Признаки мочевого синдрома, характерные для тубулопатий и гломерулопатий.

5) Методы оценки концентрационной и азотвыделительной функции почек.

6) Методы инструментальной диагностики в нефрологии: виды, место в обследовании пациентов, интерпретация результатов.

6) Классификация тубулопатий, тубулоинтерстициальных нефритов. Основные лабораторные и инструментальные признаки тубулоинтерстициальных нефритов бактериальной и иной этиологии.

7) Лечение тубулоинтерстициальных нефритов в зависимости от этиологии.

2. Практическая работа.

- Решение и разбор кратких ситуационных задач, представляющих различные виды мочевого синдрома.

- Клинический разбор пациента с тубулоинтерстициальным нефритом или требующего дифференциального диагноза по мочевого синдрому, выделение особенностей постановки диагноза.

- Отработка практических навыков по объективному обследованию нефрологического пациента.

- Отработка практических навыков по интерпретации лабораторных и инструментальных обследований у нефрологического пациента.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Выделить основные симптомы, сгруппировать их в синдромы.

2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Составить и обосновать план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального), привести ожидаемые результаты.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Сформулировать план лечения.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больная 48 лет. Жалобы на частые головные боли, купирующиеся приёмом 1-2 таблеток анальгина или пенталгина, слабость, жажду, учащение мочеиспускания и увеличение диуреза до 2,5-2,7 литров.

Данные анамнеза: головные боли беспокоят много лет, принимает анальгетики. Ухудшение самочувствия в течение 1,5 лет в виде появления слабости, жажды, увеличения диуреза.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. ЧСС = 80 в мин, тоны ритмичные. АД=145/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Отёков нет.

Лабораторно: Общий анализ крови: Нв 104 г/л, эр. $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,4 \times 10^9$ /л, СОЭ=14 мм/ч. Креатинин - 180 мкмоль/л, мочевины - 13,8 ммоль/л. Глюкоза -4,0 ммоль/л. Общий белок 70 г/л.

Общий анализ мочи: отн. пл.-1004, щелочная, белок-0,099 г/л, глюкоза-следы, лейкоциты 10-15 в п/зр, эр. 3-8 в поле зрения.

УЗИ: Почки расположены типично, правая-85/44 мм, левая-88/45 мм. Паренхима 12-14 мм, повышенной эхогенности. ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить патогенез отёков.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Решение задачи.

1. Синдром мочевого с лейкоцитурией, микрогематурией, незначительной протеинурией.
2. Синдром дисфункции канальцев (тубулоинтерстициальный): полиурия, никтурия, гипостенурия, глюкозурия.
3. Синдром хронической почечной недостаточности (синдром артериальной гипертензии, анемический).
4. Синдром цефалгии.

Патогенез полиурии: нарушение реабсорбции воды на фоне дистрофии эпителия канальцев.

2. Диагноз: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит лекарственного генеза (анальгетическая нефропатия). ХБП С 3б. Симптоматическая артериальная гипертензия. Анемия лёгкой степени.

3. Проба Нечипоренко (лейкоцитурия, микрогематурия), посев мочи на флору (исключить инфекцию мочевых путей), электролиты крови (гипо- или гиперкалиемия, гипокальциемия, гиперфосфатемия), сывороточное железо, КЩС (метаболический почечный канальцевый ацидоз), ЭКГ, консультация окулиста, консультация невропатолога (уточнение генеза головных болей).

4. Дифференциальный диагноз – хронический тубулоинтерстициальный нефрит бактериальной этиологии, острый тубулоинтерстициальный нефрит, хронический гломерулонефрит.

5. Полная отмена анальгетиков. Диета низкобелковая с ограничением соли до 5 г/сутки, питьё – по диурезу (без ограничения). И-АПФ с целью нефропротекции (или недигидропиридиновые БКК, или БРА), антиагреганты, витамины группы В, препараты железа.

5. В случае полной отмены анальгетиков прогноз благоприятный: восстановление функции

почек и трудоспособности.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Больная А., 43 лет. Жалобы на головные боли, постоянные ноющие боли в поясничной области, в течение последней недели - повышение температуры тела до 37,5 градусов к вечеру.

Из анамнеза: 8 лет назад после переохлаждения – повышалась температура тела до 38,5 с ознобом, беспокоили боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание. Лечилась амбулаторно, не обследовалась. В дальнейшем периодически беспокоило учащенное и болезненное мочеиспускание; в анализах мочи обнаруживалась лейкоцитурия. В течение последнего года - повышение АД до 160/100 мм. рт. ст.

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая и верхняя не изменены, левая - в 5 межреберье по левой СКЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент 2 тона во 2 межреберье справа, шумов не выслушивается. ЧСС 80 в мин. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, пальпация области обеих почек умеренно болезненна. Синдром поколачивания слабо "+" справа. Отеков нет.

Лабораторно: Общий анализ крови: Эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв 126 г/л, лейкоц. $9,9 \times 10^9/л$, СОЭ 29 мм/ч. Креатинин 72 мкмоль/л, мочевины 5,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: реакция кислая, отн. пл. 1015, белок 0,066 г/л, лейкоциты 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-3 в п/зр., бактерии ++.

Анализ мочи по Амбурже: лейкоциты $46 \times 10^3/мин.$, эритроциты $0,8 \times 10^3/мин.$

УЗИ: почки расположены типично, размерами правая 86/40 мм, левая 102/56 мм, корково-медуллярный слой повышенной эхогенности, толщиной справа 12-13 мм, слева 17-18 мм. Справа ширина лоханки - 26 мм, в области верхней группы чашечек – гипоехогенное образование 20/12 мм. Конкрементов не выявлено.

Вопросы:

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить патогенез отёков.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

4. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач.

Разбор примерных (типовых) результатов обследований при различных вариантах мочевого синдрома.

Клинический разбор нефрологического пациента.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Перечень вопросов для самоконтроля.

1) Классификация протеинурии. Алгоритм диагностики пациента с протеинурией в зависимости от ее выраженности (незначительная, умеренная, массивная), дополнительные методы обследования.

2) Определение мочевой экскреции альбумина: методы, классификация, область применения, показания к назначению обследования, интерпретация.

3) Классификация гематурии. Диагностика гематурии. Алгоритм обследования пациента с различными формами гематурии (микрогематурия, макрогематурия, болевая, безболевая), допол-

нительные методы обследования.

3) Классификация лейкоцитурии. Алгоритм обследования пациента с лейкоцитурией (септической, асептической), пиурией, дополнительные методы обследования.

4) Алгоритм диагностики при подозрении на туберкулез мочевыводящих путей.

5) Особенности мочевого синдрома, типичные для тубулопатий и гломерулопатий.

5) Диагностика нарушений концентрационной и азотвыделительной функции почек, методы диагностики.

6) Методы инструментальной диагностики в нефрологии (ультразвуковые, рентгенографические, рентгеноконтрастные): показания к назначению, диагностические возможности, интерпретация результатов.

7) Классификация тубулопатий, методы лабораторной и инструментальной диагностики тубулоинтерстициальных нефритов бактериальной и иной этиологии.

7) Дифференцированная терапия тубулопатий, тубулоинтерстициальных нефритов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Тестовые задания.

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Соломенно-желтый цвет мочи обусловлен присутствием в ней:

- 1) билирубина;
- 2) уробилиногена;
- 3) урохромов;
- 4) белка.

2. Массивная протеинурия – это наличие белка в моче

- 1) более 2-3 г/л;
- 2) более 3-3,5 г/л;
- 3) 1-3 г/л;
- 4) более 3-3,5 г/сутки.

3. Для какого заболевания нехарактерна макрогематурия:

- 1) рака мочевого пузыря;
- 2) геморрагического цистита;
- 3) первичного хронического пиелонефрита;
- 4) геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

4. Какая величина удельного веса мочив в пробе Зимницкого соответствует гипостенурии:

- 1) 1002-1004;
- 2) 1010-1012;
- 3) 1012-1014;
- 4) 1024-1026.

5. Лейкоцитурия нехарактерна для:

- 1) острого уретероцистита;
- 2) пиелонефрита;
- 3) туберкулеза почек;
- 4) гломерулонефрита.

6. Каковы нормальные размеры почек по УЗИ:

- 1) 80/65 мм;
- 2) 105/50 мм;
- 3) 75/45 мм;
- 4) 140/65 мм.

7. Какова норма лейкоцитов по пробе Амбюрже:

- 1) $1 \cdot 10^3$ /минуту
- 2) $2 \cdot 10^3$ /минуту
- 3) $4 \cdot 10^3$ /минуту
- 4) $2 \cdot 10^6$ /л.

8. Укажите группу лекарственных препаратов, наиболее часто вызывающих развитие хронического интерстициального нефрита:

- 1) антибиотики
- 2) бронхолитики
- 3) анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) блокаторы кальциевых каналов.

9. Какой вид бактерий наиболее часто (до 90%) вызывает развитие инфекции мочевыводящих путей?

- 1) staphylococci;
- 2) streptococci;
- 3) E. Coli;
- 4) Clebsiella.

10. Назовите наиболее ранний признак хронического интерстициального нефрита.

- 1) полицитемия;
- 2) снижение скорости клубочковой фильтрации;
- 3) снижение концентрационной функции почек;
- 4) отеки.

Ответы к тестовым заданиям									
1-3)	2-4)	3-3)	4-1)	5-4)	6-2)	7-2)	8-3)	9-3)	10-3)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель

Доцент кафедры госпитальной терапии,

к.м.н., доцент: _____

/Сапожникова И.Е. /

Заведующий кафедрой госпитальной терапии

Раздел 3. Нефрология

Тема 3.2: Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение хронических гломерулонефритов и вторичных нефропатий.

Цель: освоить алгоритм дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии хронических гломерулонефритов, вторичных нефропатий.

Задачи:

- 1) Рассмотреть современные методы диагностики хронических гломерулонефритов, алгоритм дифференциальной диагностики.
- 2) Сформировать умения по диагностике хронических гломерулонефритов.
- 3) Обучить студентам особенностям дифференциальной диагностики первичных хронических гломерулонефритов (с вторичными гломерулонефритами, вторичными нефропатиями).
- 4) Изучить дифференцированный подход к лечению больных с различными формами хронических гломерулонефритов, обучить студентов принципам назначения терапии при хронических гломерулонефритах, вторичных нефропатиях.

Обучающийся должен знать:

- патогенез, современные классификации гломерулонефритов (клиническую и морфологическую);
- клинические проявления острого, подострого, различных форм хронического гломерулонефрита и их осложнения;
- дифференциальную диагностику хронических гломерулонефритов;
- дифференцированную терапию хронических гломерулонефритов (в зависимости от морфологического варианта и клинической формы), прогноз при хронических гломерулонефритах;
- дифференциальный диагноз и дифференцированную терапию вторичных нефропатий.

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с гломерулонефритом, сформулировать предварительный диагноз;
- провести дифференциальный диагноз, назначить и интерпретировать дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования;
- составить индивидуальный план лечения;
- выявить этиологию вторичных нефропатий (гломерулопатий), составить план обследования, провести дифференциальную диагностику, определить тактику ведения больного с вторичным гломерулонефритом, вторичной нефропатией.

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора жалоб, анамнеза и физикального обследования пациента с гломерулонефритом, гломерулопатией, анализа данных медицинской документации;
- навыками формулировки предварительного диагноза, проведения дифференциальной диагностики гломерулонефрита (с вторичными гломерулонефритами при системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, гломерулопатией при сахарном диабете (диабетической нефропатией), подостром инфекционном эндокардите, паранеопластическом процессе, амилоидозе), назначения дополнительных методов исследования, составления индивидуального плана лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Перечень вопросов для собеседования.

1) Патогенез и этиология гломерулонефритов. Иммунные факторы прогрессирования гломерулонефритов. Патогенез вторичных гломерулопатий, неиммунные факторы в прогрессировании гломерулопатий (на примере диабетической нефропатии).

2) Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.

3) Понятие о первичном и вторичном гломерулонефрите.

4) Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, клинические проявления, осложнения, диагностика, терапия.

5) Подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит: этиопатогенез, клинические проявления, течение, осложнения. Дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия.

6) Хронический гломерулонефрит: этиопатогенез, клинические проявления, течение различных форм, осложнения. Дифференциальный диагноз первичных хронических гломерулонефритов. Показания к нефробиопсии.

7) Дифференцированное лечение хронических гломерулонефритов. Показания и противопоказания к назначению кортикостероидов и цитостатиков.

8) Неотложные состояния при гломерулонефритах, их купирование.

9) Диагностика и дифференциальная диагностика вторичных нефропатий.

2. Практическая работа.

- Клинический разбор пациента с хроническим гломерулонефритом, совершенствование навыков по объективному обследованию нефрологического больного, сбору жалоб и анамнеза.

- Написание курационного листа, включающего интерпретацию проведенных исследований, формулирование диагноза, составление плана дополнительного обследования, проведение дифференциального диагноза, назначение дифференцированной терапии (с указанием параметров контроля эффективности и безопасности).

- Решение ситуационных задач.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Выделить основные симптомы, сгруппировать их в синдромы.

2. Сформулировать и обосновать диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального), привести ожидаемые результаты.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Сформулировать план лечения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 30 лет. Жалуется на отеки лица, поясничной области, нижних конечностей, на слабость, одышку при ходьбе.

Данные анамнеза: 8 лет назад при прохождении профилактического осмотра в анализах мочи «обнаруживали белок» (цифр не помнит). Не обследовался, анализы мочи с того времени не сдавал. 1,5 месяца назад перенес энтеровирусную инфекцию. лечился амбулаторно; в течение последней недели появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Массивные отёки нижних конечностей, поясничной области, лица: мягкие, тестоватые, при надавливании длительное время остается ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; в нижнезадних отделах не выслушивается. Притупление перкуторного звука определяется ниже углов лопаток с обеих сторон. ЧД 18 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 86 в минуту. АД 160/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки, селезенка не пальпируются.

Лабораторно: Общий анализ крови: Эр. $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л, лейкоц. $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ=46 мм/ч. Общий белок 42 г/л, альбумины 34%, глобулины 66%: альфа-1=5%, альфа-2=28%, бета=18%, гамма=9% Креатинин 145 мкмоль/л, мочевины 9,8 ммоль/л. Холестерин 11,2 ммоль/л. Калий 4,8 ммоль/л, ЦИК-100 Ед.

Общий анализ мочи: щелочная, отн. пл. 1017, белок 9,8 г/л. Эритроциты 30-40 в п/зрения, лейкоц. 3-4 в п/зр. Единичные восковидные цилиндры.

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить патогенез отёков.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Решение задачи.

1. Синдром нефротический.
2. Синдром артериальной гипертензии
3. Синдром мочевого (с гематурией, цилиндрурией).
4. Синдром хронической почечной недостаточности.

Патогенез отёков: гипопроотеинемия, а также задержка натрия и воды.

2. Хронический гломерулонефрит, смешанный вариант, активная фаза. ХПН 1 Б ст.
3. Суточная потеря белка (массивная протеинурия), ФГДС (перед назначением преднизолона), R-грамма органов грудной клетки (двусторонний гидроторакс), ЭКГ (отклонение эл. оси влево), УЗИ органов брюшной полости (исключить онкопатологию), биопсия слизистой прямой кишки с окраской биоптата на амилоид, УЗИ почек (размеры почек, толщина почечной паренхимы).

4. Дифференциальный диагноз: острый гломерулонефрит, паранеопластический синдром, амилоидоз, диабетическая нефропатия, гипертоническая нефропатия.

5. Режим полупостельный. Диета высокобелковая с ограничением соли (до 2-3 г/сутки). Контроль диуреза, выпитой жидкости и массы тела. Преднизолон: пульсы по 500-1000 мг в/в капельно №3, далее – per os 1 мг/кг веса в сутки; циклофосфан: пульсы 10-15 мг/кг в/в кап. 1 раз в месяц; фраксипарин или гепарин п/к, курантил 200 мг/сутки. Антигипертензивная терапия (и-АПФ + БРА, БКК, бета-блокаторы).

Длительная нетрудоспособность на период выраженной активности болезни и проводимой патогенетической терапии.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1. Больной Ф., 30 лет. Предъявляет жалобы на слабость, головную боль, одышку при быстрой ходьбе.

Данные анамнеза. 10 лет назад при устройстве на работу в анализах мочи обнаруживали белок (цифры не помнит). Не обследовался. Анализы мочи с того времени не контролировал. Последние 2 года периодически появляются отёки стоп, отмечает повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., гипотензивные принимает нерегулярно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пастозность стоп, голеней, лица. В лёгких дыхание везикулярное, без хрипов. Границы сердца: левая на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ, правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 84 в минуту. АД 190/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Диурез – около 1,5 литров.

Лабораторно: Общий анализ крови: гем-98 г/л, эр- $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ = 22 мм/ч. Креатинин – 240 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л. Общий белок 69 г/л. Общий билирубин 12 мкмоль/л. Калий 4,1 ммоль/л. Глюкоза крови 3,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: бледно-соломенная, прозрачная, слабо-кислая, отн. пл. - 1012, белок 2,6 г/л, эр – 20-30 в п/зр, лейкоц. – 2-3 в поле зрения. Проба Зимницкого: Диурез: днем 500 мл, ночью 900 мл. Относительная плотность от 1005 до 1012.

УЗИ: почки расположены типично. Размерами правая – 82/38 мм, левая- 84/40 мм. Кортико-медуллярный слой 12-13 мм, эхогенность его повышена, дифференциация снижена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить основные синдромы, объясните патогенез артериальной гипертензии.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение данного больного.

Задача № 2.

Больной 18 лет, учащийся. Жалобы на слабость, головную боль, тошноту и рвоту, не связанную с приёмом пищи, ноющие боли в пояснице, отёки на лице, одышку в положении лёжа, уменьшение количества мочи до 300 мл в сутки.

Две недели назад переболел фолликулярной ангиной, лечился амбулаторно; в течение последних двух дней появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: общее состояние тяжёлое, больной вялый, заторможенный. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, пастозность стоп, голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах несколько ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке систолический шум, акцент 2 тона на аорте. ЧСС 78 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, при пальпации область их умеренно болезненна.

Лабораторно: Общий анализ крови: Эр- $2,4 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л, лейкоц. $9,1 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/ч. Общий анализ мочи: отн. пл. 1018, кислая, белок 1,6 г/л, лейкоц. 2-3 в поле зрения, эритроциты 30-40 в п/зр., гиалиновые цилиндры 3-6 в п/зр.

Креатинин 190 мкмоль/л, мочевины 14 ммоль/л. Общий белок 66 г/л. Калий 5,8 ммоль/л, Натрий 128 ммоль/л. СКФ 48 мл/мин.

УЗИ: Почки расположены типично, размерами правая 124/64 мм, левая 125/65 мм, паренхима толщиной 23-24 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить патогенез головной боли, заторможенности.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Привести план дополнительного обследования, привести ожидаемые результаты.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение больного. Прогноз.

4. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач.

Клинический разбор пациента с гломерулопатией (хроническим гломерулонефритом).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Перечень вопросов для самоконтроля.

1) Какова классификация гломерулонефритов (острый, подострый, хронические – первичные и вторичные). При каких заболеваниях могут развиваться вторичные гломерулонефриты.

2) Каковы факторы этиопатогенеза гломерулонефритов (острого, подострого и хронических - первичных и вторичных), факторы прогрессирования гломерулонефритов (иммунные и неиммунные).

3) На какие клинические формы и морфологические варианты подразделяются хронические гломерулонефриты? Составьте таблицу, укажите клинико-морфологические параллели.

4) Каковы этиология и патогенез острого гломерулонефрита? Укажите синдромологию, типичные клинические проявления, типичное и атипичное течение. Каковы диагностика и дифференциальная диагностика острого гломерулонефрита, его терапия в зависимости от варианта течения.

5) Каковы этиология и патогенез подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита? Укажите клинические проявления, особенности течения при отсутствии агрессивной терапии, план диагностики, дифференциальную диагностику. Каков прогноз при подостром (быстро прогрессирующем) гломерулонефрите? Напишите схему терапии подострого быстро прогрессирующего гломерулонефрита.

6) Каковы этиология и патогенез хронических гломерулонефритов? Укажите их клинические проявления, морфологические варианты, клинико-морфологические параллели. Составьте план диагностики при хроническом гломерулонефрите. Каков алгоритм дифференциальной диагностики. Напишите показания к нефробиопсии.

7) Напишите принципы лечения хронических гломерулонефритов в зависимости от их формы, указав показания и противопоказания к назначению кортикостероидов и цитостатиков.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Длительность базисной терапии при хроническом гломерулонефрите в настоящее время составляет:

- 1) несколько недель;
- 2) 2-3 месяца;
- 3) 6 месяцев;
- 4) 6-24 месяцев.

2. Назовите тип иммунологических реакций, которыми наиболее часто (75-80%) обусловлено повреждение почек при хроническом гломерулонефрите:

- 1) выработка антител к базальной мембране клубочков;
- 2) появление в почках иммунных комплексов;
- 3) появление антител к тубулярной базальной мембране.

3. Назовите вариант хронического гломерулонефрита, который не всегда приводит к развитию терминальной ХБП:

- 1) латентный;
- 2) гематурический;
- 3) гипертонический;
- 4) нефротический;
- 5) смешанный.

4. Укажите фактор, оказывающий непосредственное повреждающее воздействие на каналы и интерстиций при хроническом гломерулонефрите:

- 1) лейкоцитурия;
- 2) протеинурия;
- 3) эритроцитурия;
- 4) бактериурия.

5. Назовите наиболее частый вариант хронического гломерулонефрита:

- 1) латентный;
- 2) гематурический;
- 3) гипертонический;
- 4) нефротический;
- 5) смешанный.

6. Укажите, с какой частотой хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита:

- 1) 10-20%;
- 2) 30%;
- 3) 50%;
- 4) 70-80%.

7. Максимальную активность при хроническом гломерулонефрите диагностируют в следующем случае:

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки;
- 2) длительно персистирующий остро-нефритический синдром;
- 3) массивная эритроцитурия и умеренная протеинурия;
- 4) стойкая артериальная гипертензия 3-й степени.

8. Назовите морфологический тип хронического гломерулонефрита, при котором не обнаруживается изменений при светооптическом исследовании:

- 1) мезангиокапиллярный гломерулонефрит;
- 2) мезангиопролиферативный гломерулонефрит;
- 3) мембранозный гломерулонефрит;
- 4) минимальные изменения клубочков;
- 5) фибропластический гломерулонефрит.

Выберите 2 правильных варианта ответа.

9. Укажите гемодинамические факторы прогрессирования гломерулопатий:

- 1) нарушение сосудистой проницаемости;
- 2) системная гипертензия;
- 3) внутриклубочковая гипертензия;
- 4) иммуно-комплексное повреждение базальной мембраны клубочков.

10. Назовите показания к назначению кортикостероидов при хроническом гломерулонефрите:

- 1) изолированная протеинурия;
- 2) изолированная гематурия;
- 3) гипертонический синдром;
- 4) нефротический синдром без гипертензии и гематурии;
- 5) высокая активность почечного процесса.

Ответы к тестовым заданиям									
1-4)	2-2)	3-2)	4-2)	5-1)	6-1)	7-2)	8-4)	9-2) и 3)	10-4) и 5)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Гломерулонефриты и амилоидоз: учебное пособие / Постникова Г.А., Немцов Б.Ф. – Киров, 2012.

Составитель

Доцент кафедры госпитальной терапии,

к.м.н., доцент: _____

/Сапожникова И.Е. /

Заведующий кафедрой госпитальной терапии

Д.м.н. профессор _____

/Б.Ф. Немцов

Раздел 3. Нефрология

Тема 3.3: Дифференцированная терапия хронической болезни почек. Острая почечная недостаточность.

Цель: изучение алгоритма дифференцированной терапии хронической болезни почек, алгоритма диагностики и лечения острой почечной недостаточности; развитие умений по проведению диагностики и лечения острой почечной недостаточности и хронической болезни почек.

Задачи:

- 1) Рассмотреть современные методы дифференцированной терапии хронической болезни почек, меры профилактики развития ее терминальных стадий.
- 2) Обучить студентов принципам назначения нефропротективной терапии.
- 3) Сформировать умения по выявлению показаний к назначению нефропротективной терапии, контролю ее эффективности и безопасности.
- 4) Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию, особенности течения острой почечной недостаточности.
- 5) Рассмотреть принципы лечения и профилактики острой почечной недостаточности, показания к направлению пациентов на гемодиализ.
- 6) Рассмотреть понятие острого повреждения почек, его классификацию, принципы лечения и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- этиологию, патогенез, клинические проявления и классификацию хронической болезни почек; факторы риска ее развития и прогрессирования;
- виды заместительной терапии при пятой стадии хронической болезни почек, показания к началу заместительной почечной терапии;
- возможности консервативной терапии хронической болезни почек, подходы к лечению основных синдромов;
- этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию и стадии течения острой почечной недостаточности, классификацию и диагностику острого повреждения почек;
- алгоритм дифференциального диагноза острой почечной недостаточности и хронической болезни почек;
- осложнения и причины смерти при острой почечной недостаточности;
- методы профилактики острого почечного повреждения;
- виды заместительной терапии при острой почечной недостаточности, показания и противопоказания к гемодиализу, принципы консервативной терапии острой почечной недостаточности с учетом этиологии, степени тяжести и клинических особенностей, ее исходы.

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование больного с симптомами почечной недостаточности, сформулировать предварительный диагноз;
- провести дифференциальный диагноз между острой почечной недостаточностью и хронической болезнью почек, уточнить их этиологию, стадию;
- назначить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования и интерпретировать их результаты, сформулировать диагноз с учетом стадии хронической болезни почек или острой почечной недостаточности;
- составить план дифференцированной терапии пациента с хронической болезнью почек, определить показания к проведению заместительной терапии;
- составить план лечения пациента с острой почечной недостаточностью, определить показания к проведению заместительной терапии.

Обучающийся должен владеть:

- навыками обследования больного с хронической болезнью почек и острой почечной недостаточностью, навыками постановки диагноза и проведения дифференциального диагноза;
- навыками назначения нефропротективной терапии пациенту с хронической болезнью почек, проведения контроля эффективности и безопасности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Перечень вопросов для собеседования.

- 1) Этиология и патогенез хронической болезни почек, классификация по стадиям. Обоснование концепции хронической болезни почек.
- 2) Факторы риска развития и прогрессирования хронической болезни почек.
- 3) Дифференцированная терапия хронической болезни почек.
- 4) Нефропротективная терапия: показания, возможности, схемы, контроль эффективности и безопасности.
- 5) Ведение пациентов с 4-5 стадиями хронической болезни почек. Заместительная почечная терапия (виды, показания, принципы назначения сопутствующей терапии). Консервативная терапия.
- 6) Острая почечная недостаточность: определение, этиопатогенетическая классификация, клинические проявления, стадии течения.
- 7) Осложнения и причины смерти при острой почечной недостаточности.
- 8) Показания к гемодиализу при острой почечной недостаточности. Консервативная терапия острой почечной недостаточности. Исходы острой почечной недостаточности.
- 9) Понятие острого повреждения почек. Классификация, диагностические критерии.

2. Практическая работа.

- Клинический разбор пациента с хронической болезнью почек и/или острой почечной недостаточностью (острым повреждением почек), совершенствование навыков по объективному обследованию нефрологического больного, сбору жалоб и анамнеза.
- Написание курационного листа по пациенту с хронической болезнью почек и/или острой почечной недостаточностью (острым повреждением почек), включающего интерпретацию проведенных исследований, формулирование диагноза, составление плана дополнительного обследования, проведение дифференциального диагноза, назначение дифференцированной терапии (с указанием параметров контроля эффективности и безопасности).
- Решение ситуационных задач.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Выделить основные симптомы, сгруппировать их в синдромы.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального),

привести ожидаемые результаты.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Сформулировать план лечения, привести параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 40 лет. Жалобы на выраженную слабость, потерю аппетита, тошноту, рвоту, носовые кровотечения, кожный зуд, снижение диуреза до 600-800 мл/сутки.

Данные анамнеза. Во время медицинского осмотра 15 лет назад выявлялась протеинурия до 1,8 г/л. Не обследовался и не лечился, анализы мочи не контролировал. В течение последних 2 лет отмечает повышение АД до 170-190/120 мм.рт.ст. Антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних трёх месяцев, когда отметил появление вышеуказанных жалоб.

Объективно: состояние средней тяжести, больной апатичен, заторможен. Кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком. Кожа сухая, со следами расчёсов, синяки на руках и ногах. Пастозность лица, стоп и голеней. В лёгких жёсткое дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 18 в мин. Границы сердца: левая – по левой СКЛ, правая – по правой парастернальной линии. ЧСС 86 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 180/100 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налётом. Живот мягкий, слабо болезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени: 9/8/7 см. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Стул в норме.

Лабораторно: Общий анализ крови: гемоглобин 77 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 130×10^9 /л, СОЭ=36 мм/ч.

Креатинин – 870 мкмоль/л, мочевины 51 ммоль/л, общий белок 66 г/л, калий 6,2 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, общий кальций 1,9 ммоль/л, фосфор неорганический 2,8 ммоль/л, АСТ 12 ед/д, АЛТ 14 ед/л, общий билирубин 13 мкмоль/л, глюкоза крови 4,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: прозрачная, щелочная, относительная плотность 1004, белок 1,9 г/л, эритроциты 10-12 в п/зр, лейкоциты 2-3 в п/зрения.

УЗИ: Почки расположены типично, размерами правая 77/38 мм, левая 78/40 мм, паренхима повышенной эхогенности, толщиной 8-10 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, объясните патогенез кровотечений.

2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный.

3. Составьте план дополнительного обследования, обоснуйте его, приведите ожидаемые результаты.

4. Назначить лечение данного больного.

Пример решения задачи.

1. Синдром хронической почечной недостаточности.

Синдром анемический. Синдром артериальной гипертензии.

Синдром диспептический.

Синдром геморрагический. Синдром дизэлектrolитемии.

2. Синдром мочевого.

Патогенез геморрагического с-ма: тромбоцитопения и тромбоцитопатия, активация фибринолиза, недостаток факторов свёртывания (кальция и др.)

2. Диагноз: Хронический гломерулонефрит, латентная форма. ХБП С5 (терминальная ХПН 3 А ст). Симптоматическая артериальная гипертензия. Анемия средней тяжести.

3. КЩС (декомпенсированный метаболический ацидоз), сывороточное железо (снижение), R-графия органов грудной клетки (явления интерстициального отёка лёгких, гипертоническое сердце), ЭКГ (отклонение эл. Оси влево, признаки гипертрофии ЛЖ с перегрузкой, высокий Т), копрограмма (+р-ция Грегерсена).

4. Показана заместительная терапия терминальной ХПН (программный гемодиализ). Консервативная терапия до взятия на диализ: режим постельный, низкобелковая бессолевая бескальциевая диета, контроль диуреза и выпитой жидкости, пелевые диуретики (лазикс в больших дозах в/в

для снижения признаков гиперволемии), кальция глюконат в/в, концентрированные р-ры глюкозы с инсулином, энтеросорбенты, натрия гидрокарбонат в/в, антигипертензивная терапия (БКК, бета-блокаторы, альфа-адреноблокаторы, при неэффективности - клофелин).

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Больной 36 лет. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потерю аппетита, тошноту, носовые кровотечения, кожный зуд, одышку при незначительной физической нагрузке, снижение диуреза до 600-800 мл/сутки.

Данные анамнеза. Во время медицинского осмотра 15 лет назад выявлялась протеинурия до 1,8 г/л. Не обследовался и не лечился, анализы мочи не контролировал. В течение последних 4 лет отмечает повышение АД до 170-190/120 мм.рт.ст. Антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних трёх месяцев, когда отметил появление вышеуказанных жалоб.

Объективно: состояние средней тяжести, больной апатичен, заторможен. Кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком. Кожа сухая, со следами расчёсов, синяки на руках и ногах. Пастозность лица, стоп и голеней. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Границы сердца: левая – на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ, правая – 0,5 см кнаружи от правой парастеральной линии. ЧСС 86 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 190/120 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налётом. Живот мягкий, слабо болезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени: 9,5/8/7 см. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Стул в норме.

Лабораторно: Общий анализ крови: гемоглобин 77 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 130×10^9 /л, СОЭ=36 мм/ч.

Креатинин – 870 мкмоль/л, мочевины 51 ммоль/л, общий белок 66 г/л, калий 6,2 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, общий кальций 1,9 ммоль/л, фосфор неорганический 2,8 ммоль/л, АСТ 12 ед/д, АЛТ 14 ед/л, общий билирубин 13 мкмоль/л, глюкоза крови 4,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: прозрачная, щелочная, относительная плотность 1004, белок 1,9 г/л, эритроциты 10-12 в п/зр, лейкоциты 2-3 в п/зрения.

УЗИ: Почки расположены типично, размерами правая 77/38 мм, левая 78/40 мм, паренхима повышенной эхогенности, толщиной 8-10 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, объясните патогенез кровотечений.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Назначить лечение данного больного.

4. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач.

Клинический разбор пациента с хронической болезнью почек или острой почечной недостаточностью (острым повреждением почек).

Ознакомление с результатами обследования.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Перечень вопросов для самоконтроля.

1) Укажите этиологические факторы, звенья патогенеза, факторы риска прогрессирования хронической болезни почек.

2) Какова классификация хронической болезни почек по стадиям, как она соотносится со стадиями хронической почечной недостаточности.

3) Дайте определение понятия «нефропротективная терапия». Каковы показания к ее назна-

чению, схемы терапии, контроль эффективности и безопасности.

4) Что включает в себя дифференцированная терапия хронической болезни почек в зависимости от ее стадии? Как осуществляется консервативное ведение пациентов с хронической болезнью почек.

5) Каковы виды заместительной почечной терапии. Укажите показания к ее назначению.

6) Дайте определение и приведите классификацию острой почечной недостаточности. Каковы ее клинические проявления?

7) Что такое «острое повреждение почек?». Укажите диагностические критерии острого повреждения почек, стадии течения острой почечной недостаточности.

8) Каков морфологический субстрат острой почечной недостаточности в зависимости от их причины?

9) Укажите методы лечения острой почечной недостаточности и острого повреждения почек. Каковы методы консервативной терапии? Каковы показания к проведению гемодиализа при острой почечной недостаточности?

10) Каковы меры профилактики острого повреждения почек? Каковы исходы острой почечной недостаточности?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Назовите уровень мочевины, при котором необходимо начинать гемодиализ при острой почечной недостаточности:

- 1) 12 ммоль/л;
- 2) 16 ммоль/л;
- 3) 21 ммоль/л;
- 4) 24 ммоль/л.

2. Клиническим проявлением гипергидратации не является:

- 1) отек легких;
- 2) отек мозга;
- 3) артериальная гипотония;
- 4) артериальная гипертензия.

3. Назовите симптом, нехарактерный для острой почечной недостаточности:

- 1) острое начало;
- 2) олигурия;
- 3) тошнота;
- 4) уменьшение размеров почек.

4. В каком периоде острой почечной недостаточности может развиваться гипокалиемия?

- 1) начальном;
- 2) олигурическом;
- 3) полиурическом;
- 4) реконвалесценции.

5. Что не является осложнением острой почечной недостаточности?

- 1) артериальная гипертензия;
- 2) вторичный гиперпаратиреоз;
- 3) острые бактериальные инфекции.
- 4) желудочно-кишечные кровотечения.

6. Укажите опасное для жизни осложнение гиперкалиемии:

- 1) отек мозга;
- 2) отек легких;

- 3) остановка сердца в диастолу;
- 4) инфаркт миокарда.

7. Укажите ЭКГ-признак, типичный для гиперкалиемии:

- 1) патологический зубец Q;
- 2) депрессия сегмента ST;
- 3) высокий остроконечный зубец T;
- 4) отсутствие зубца P.

8. Вероятность какого состояния возрастает у пациентов с сахарным диабетом 1 типа при развитии ХБП С3б-С5?

- 1) гиперхолестеринемия;
- 2) гипергликемия;
- 3) гипогликемия;
- 4) гипербилирубинемия.

9. Назовите антибиотик, применение которого противопоказано пациенту со снижением скорости клубочковой фильтрации до уровня ХБП С3б.

- 1) кларитромицин;
- 2) гентамицин;
- 3) амоксициллин/клавулонат;
- 4) цефтазидим.

10. С чем связан патогенез ренальной остеодистрофии?

- 1) первичный гиперпаратиреоз;
- 2) метаболический алкалоз;
- 3) вторичный гиперпаратиреоз;
- 4) вторичный гиперальдостеронизм.

11. Назовите фактор, обуславливающий развитие желтой окраски кожи при терминальной хронической почечной недостаточности:

- 1) нарушение выделения урохромов;
- 2) повышение прямого билирубина;
- 3) повышение непрямого билирубина;
- 4) нарушение конъюгирования билирубина.

Ответы к тестовым заданиям										
1-4)	2-3)	3-4)	4-3)	5-2)	6-3)	7-3)	8-3)	9-2)	10-2)	11-1)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель

Доцент кафедры госпитальной терапии,

к.м.н., доцент: _____

/Сапожникова И.Е. /

Заведующий кафедрой госпитальной терапии

Д.м.н. профессор _____

/Б.Ф. Немцов/

Раздел 4. Пульмонология

Тема 4.1: Функциональные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.

Цель занятия: сформировать умения по проведению и интерпретации результатов дополнительных функциональных методов исследований пациентов с заболеваниями органов дыхания.

Задачи:

1. Рассмотреть методы обследования функционального состояния легких, инструментальной диагностики, анализ данных функционального и инструментального обследования больных с заболеваниями органов дыхания.

2. Обучить формулировать показания для проведения инструментальных методов диагностики, анализу данных функционального и инструментального обследования больных пульмонологического профиля. Рассмотреть необходимость проведения исследований с пробами на наличие или отсутствие бронхиальной обструкции: бронхолитиками, холинолитаками, физической нагрузкой, ацетилхолином и т.д.

3. Изучить лабораторные методы исследования при патологии дыхательной системы, показания к проведению проб с аллергенами

4. Сформировать навыки интерпретации данных, полученных при оценке лабораторных и инструментальных методов обследования пульмонологического больного.

Обучающийся должен знать:

- условия назначения (показания и противопоказания) к проведению дополнительных методов обследования в пульмонологии
- технику выполнения диагностических процедур пульмонологического больного,
- уметь анализировать полученные результаты функционального и инструментального обследования больных с различными патологическими процессами в легких.

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с различной патологией респираторного тракта (техника исследования системы внешнего дыхания и ее функций, анализ и разбор данных исследования системы внешнего дыхания при различных вариантах нарушений ее функций)
- интерпретировать ЭКГ при перегрузке правых отделов сердца,
- разбор данных эндоскопического исследования при различных патологиях бронхов,
- анализировать рентгенограммы при различных патологиях дыхательной системы,
- оценивать данные полученные при исследовании,
- поставить предварительный диагноз, принять решение о дальнейшем ведении пациента или о направлении пациента к соответствующим специалистам.

Обучающийся должен владеть:

- сбором и анализом жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента с заболеваниями органов дыхания.

- анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования пациента (периферической крови, мочи, биохимического и иммунологического анализа крови, общего анализа мочи и определения чувствительности к антибиотикам)
- оценкой уровня прокальцитонина крови, клеточного состава плевральной жидкости при плевральной пункции)
- определение показаний для проведения бронхоскопической биопсии и открытой торакальной биопсии легких.
- условия назначения (показания и противопоказания), технику выполнения диагностических процедур у больных с различными патологическими процессами в легких.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Физиологические механизмы дыхания и их нарушения: механика дыхания, легочные объемы и емкости, альвеолярная вентиляция, легочный кровоток и вентиляционно-перфузионные отношения, диффузия газов в легких, газы крови и кислотно-основное состояние;
2. Регуляция бронхиальной проходимости в норме и при патологии: патофизиологические клеточные и субклеточные механизмы регуляции бронхиальной проходимости, патофизиологические механизмы обструкции бронхов;
3. Исследование системы внешнего дыхания, пробы на обратимость бронхиальной обструкции;
4. Анализ ЭКГ у больных пульмонологического профиля;
5. Общеклинические лабораторные, микробиологические, вирусологические, иммунологические, биологические, цитологические методы исследования;
6. Инструментальные эндоскопические методы исследования: бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия;
7. Методы биопсии в пульмонологии, показания к проведению морфологических исследований.
8. Рентгенологические методы исследования: традиционные и рентгенконтрастные методики, радиологические исследования.
9. Методы контроля за эффективностью терапии в пульмонологии (пикфлоуметрия, спирография).
10. Исследование состоятельности дыхательной системы по данным уровня газового состава крови (пульсоксиметрия, оценка газового состава крови, кислотно-щелочного, электролитного равновесия, состояния свертывающей системы и т.д.)

2. Практическая работа.

- провести исследование системы внешнего дыхания и ее функций, проанализировать данные исследования системы внешнего дыхания при различных вариантах нарушений ее функций,
- провести анализ ЭКГ при перегрузке правых отделов сердца,
- разобрать данные эндоскопического исследования при различных патологиях бронхов,
- произвести анализ рентгенограмм при различных патологиях дыхательной системы,
- провести функциональные пробы, характеризующие состояние респираторной функции и наличие гиперреактивности бронхов.
- результаты и выводы представляются в виде записи в тетрадях.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента, объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента

- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?
2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Разбор задачи

1. Левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.
2. Центральный рак левого легкого, обструкция долевого бронха слева пробкой из вязкой мокроты, осложненные ателектазом нижней доли левого легкого.
3. Компьютерная томография органов грудной клетки. Санационная фибробронхоскопия с исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки, при наличии показаний — биопсия.
4. Консультация онколога.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Мужчина 44 лет, слесарь, обратился за помощью в связи с нарастающей одышкой, малопродуктивным кашлем. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 20 пачек/лет. При аускультации рассеянные сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно. Видны передние отрезки девяти ребер. Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить до обзорной рентгенографии легких?
2. Какая патология отображена на рентгенограмме?
3. Какое заболевание можно предположить после обзорной рентгенографии легких?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- разбор примерных (типовых) результатов обследований у пульмонологических больных
- клинический разбор пульмонологического больного: установить предполагаемый диагноз и оценить патологические изменения при дообследовании

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Каковы физиологические механизмы дыхания и их нарушения?
2. Как проводится исследование системы внешнего дыхания и ее функций?
3. Какие существуют инструментальные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания?
4. Что такое легочные объемы и емкости?
5. Что такое альвеолярная вентиляция, легочный кровоток и вентиляционно-перфузионные отношения, диффузия газов в легких, газы крови и кислотно-основное состояние?
6. Как осуществляется регуляция бронхиальной проходимости в норме и при патологии?
7. Каковы патофизиологические клеточные и субклеточные механизмы регуляции бронхиальной проходимости, патофизиологические механизмы обструкции бронхов?
8. В чем заключается исследование системы внешнего дыхания и ее функций?
9. Порядок анализа ЭКГ у больных пульмонологического профиля.

10. Каковы особенности общеклинических лабораторных, микробиологических, вирусологических, иммунологических, биологических, цитологических методы исследования.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Бронходилатирующий тест считают необратимым в случае прироста ОФВ₁ или ПОСв_{ыд} на:

- А) 5-10%
- Б) 15-20%
- В) 20-30%

2. Бронхопровокационная проба на гиперреактивность бронхов может проводиться с:

- А) гистамином
- Б) метахолином
- В) ацетилхолином
- Г) всеми упомянутыми препаратами

3. Пикфлоуметрия помогает врачу во всем, кроме:

- А) оценки тяжести заболевания
- Б) ранней диагностики бронхиальной астмы
- В) определения обратимости бронхиальной обструкции
- Г) оценки степени снижения ЖЕЛ
- Д) оценки эффективности лечения

4. К признакам гипертрофии правого желудочка на ЭКГ относят:

- А) высокие зубцы R в V₁₋₃ и глубокие S в V₅₋₆
- Б) высокие зубцы S в V₁₋₃ и глубокие R в V₅₋₆
- В) смещение переходной зоны вправо
- Г) отклонение электрической оси влево

5. Эталонный метод диагностики ТЭЛА

- А) ЭКГ
- Б) Рентгенография грудной клетки
- В) Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких
- Г) Ангиопульмонография

6. Признаки P-pulmonale на ЭКГ:

- А) двугорбый P во II, III, AVF
- Б) высокий P во II, III, AVF
- В) остроконечный P в I, II, AVL, V₁

7. Какой метод верификации диагноза диссеминированного поражения легких является наиболее информативным?

- А) Рентгенография
- Б) Иммуногенетическое исследование
- В) Микробиологическое исследование бронхиального содержимого
- Г) Радионуклидное исследование легких
- Д) Гистологическое исследование ткани легкого

8. От чего зависит доза облучения пациента при лучевом исследовании легких?

- А) Метод исследования
- Б) Технические возможности аппарата
- В) Наличие электронно-оптического усилителя рентгеновского аппарата
- Г) Все перечисленное верно

9. С какого рентгенологического метода начинают обследование больного с заболеванием легких?

- А) Рентгенография
- Б) Томография
- В) Рентгеноскопия
- Г) Флюорография
- Д) Компьютерная томография

10. Что считают анатомическим субстратом легочного рисунка на нормальной рентгенограмме легких?

- А) Артерии и вены
- Б) Бронхи
- В) Лимфатические сосуды
- Г) Соединительная ткань
- Д) Все перечисленное верно

Ответы к тестовым заданиям									
1 - А	2 - Г	3 - В	4 - А	5 - Г	6 - Б	7 - Д	8 - Г	9 - А	10 - А

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 4. Пульмонология

Тема 4.2: Дифференциальная диагностика и лечение бронхообструктивных заболеваний.

Цель: изучение алгоритма дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома, развитие умений по проведению диагностики заболеваний легких на основании лабораторных и инструментальных методов, составлению индивидуальных лечебных программ пациентам с обструктивными заболеваниями легких.

Задачи:

1. Рассмотреть современные методы диагностики, применяемые в пульмонологии и диагностические возможности методов.

2. Обучить студентов правилам интерпретации результатов спирометрии, рентгенографии и показаний к дополнительному обследованию.

3. Сформировать умения по дифференциальной диагностике различных форм бронхообструктивного синдрома, оценки механизмов возникновения бронхиальной обструкции, составлению алгоритма диагностического поиска

4. Изучить рекомендации по ведению пульмонологических больных: подбору базисной терапии, оценке назначения симптоматической терапии, правильному и своевременному лечению обострения бронхообструктивных заболеваний.

Обучающийся должен знать:

- виды бронхообструктивного синдрома, методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в пульмонологии
- этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию болезней, протекающих с бронхиальной обструкцией, их осложнения, лечение, прогноз.

Обучающийся должен уметь:

- дифференцировать бронхиальную обструкцию от других состояний, проявляющихся сходной симптоматикой, выделять клинические симптомы различных патогенетических вариантов бронхиальной обструкции
- правильно поставить диагноз больному с обструктивными заболеваниями легких, назначить план обследования и интерпретировать полученные результаты.
- назначить лечение, согласно состоянию больного и установленного диагноза, оценить эффективность проводимой терапии, выполнить основные врачебные, диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях.

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента с бронхообструктивным синдромом.
- анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования пациента (периферической крови, мочи, биохимического и иммунологического анализа крови), интерпретацией инструментальных обследований (ЭКГ, R-графии, ЭХО-КС, ФВД с медикаментозными пробами, КТ, бодиплетизмография, пульсоксиметрия, бронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж).
- назначением терапии при бронхиальной обструкции (бронходилататоры в аэрозолях и порошках, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, антилейкотриеновые препараты, метилксантины) в период обострения и стабильного течения. Применение оптимизации путей введения препаратов (спейсеры, небулайзеры).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Принципы ведения больных с хроническими обструктивными болезнями легких
2. Медикаментозные мероприятия направленные на предотвращение прогрессирования обструктивных болезней легких
3. Медикаментозная патогенетическая ступенчатая терапия бронхиальной обструкции.
4. Оксигенотерапия: показания, режимы терапии, контроль проводимой терапии.
5. Лечение обструктивных болезней легких в период обострения.
6. Принципы ведения больных с синдромом обратимой обструкции (бронхоспазма)
7. Мероприятия по профилактике гиперреактивности бронхов при бронхиальной астме.
8. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы.
9. Понятие об обострении и терапия обострения бронхиальной астмы, особенности ведения больных во время обострения бронхиальной астмы.
10. Вспомогательная терапия бронхиальной астмы.

2. Практическая работа.

- решение и разбор ситуационных задач с бронхообструктивным синдромом;
- клинический разбор пациента с бронхообструктивным синдромом, требующего дифференциального диагноза обратимости обструкции (выделение особенностей синдрома обратимой и необратимой обструкции)
- отработка практических навыков по интерпретации лабораторных и инструментальных обследований у пульмонологического больного

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента, объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент С., 64 лет, с жалобами на одышку в покое, которая усиливается при минимальной нагрузке, внезапные затруднения дыхания, постоянный кашель с гнойной мокротой.

Из анамнеза заболевания: отмечает, что около 10 лет назад появился продуктивный кашель, около 5 лет - одышка, которая стала прогрессировать последние 2 года. Длительное время к терапевту не обращался, самостоятельно периодически принимал эуфиллин в таблетках и настои отхаркивающих трав с незначительным эффектом. Состояние последние годы ухудшилось: появилась гнойная мокрота, периодически повышение температуры тела до 37,5-38*С, с усилением в такие периоды одышки и слабости. Обратился к терапевту, назначено: беротек, бромгексин, аскорбиновая кислота, ципрофлоксацин. Состояние на фоне терапии улучшилось незначительно.

Из анамнеза жизни: житель села, работал столяром. Из профессиональных вредностей: контакт с древесной пылью. Перенесенные заболевания: частые ОРЗ, распространённый остеохондроз, пневмония 6 лет назад. Курит сигареты без фильтра, по 2 пачки в день, с 18 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез: у матери с молодости - приступы удушья, у отца - хронический кашель. Аллергологический анамнез спокоен.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение сидя с наклоном вперед с упором на верхние конечности, питание понижено, кожные покровы, чистые, цианоз. Дышит через рот, выдыхает через сомкнутые губы. Грудная клетка: ход ребер ближе к горизонтальному, межреберные промежутки - 4 см, выбухают, на вдохе втягиваются, над- и подключичные ямки сглажены. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Голосовое дрожание значительно ослаблено, симметрично. При перкуссии: над всеми отделами легких коробочный перкуторный тон, границы легких опущены ниже нормы на 2 ребра. При аускультации: дыхание значительно ослаблено над всей поверхностью легких, рассеянные сухие хрипы, не изменяющиеся после покашливания и усиливающиеся при попытке форсированного выдоха. ЧДД=26/мин. При исследовании сердечно-сосудистой системы: границы сердца: верхняя 4 ребро, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнутри от ЛСКЛ, аускультативно — тоны ритмичные, акцент 2 тона над легочной артерией, шумов нет, ЧСС=90/мин, АД=130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, пальпаторно со стороны кишечника патологии не выявлено, печень 9 x 8 x 7 см, выступает из-под реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, пастозность стоп.

Результаты дополнительных обследований (при поступлении в стационар):

1. Рентгенография грудной клетки: грудная клетка эмфизематозная, легочный рисунок усилен с обеих сторон, деформирован, имеет вид тяжистости, больше в прикорневых зонах, корни расширены, структурны, диафрагма опущена, ограничена в подвижности. Сердце: расширение 2 дуги по левому контуру.
2. ОАК: эр.- 7 млн/мкл, гемоглобин -180 г/л, лейкоц.- 12 тыс/мкл, п/я -6%, с/я -54%, баз. -0%, эоз. -0%, лимф. -39%, мон.-1%, тромбоц.-185тыс/мкл.
3. ОАМ: р-1024, кислая, прозрач., л. 1-2 в п/зр, эр.- нет, эпит. плоский 1+, слизь 2+, бактерии 2+.
4. Б/х крови: АСТ-30 ед/л, АСТ-31 ед/л, билирубин -18 мкм/л, глю. - 5,0 ммоль/л, бел. общ. 80 г/л,
5. Пикфлоуметрия: ПЭП = 34% от должного, прирост после беротека - 2%.

6. ФВД 2018 г.: ЖЕЛ - 45% от долж., ОФВ1 - 36%, т.Тиффно - 55%,
7. ЭКГ: ЭОС отклонена вправо, синусовая тахикардия, ЧСС=94/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, P-pulmonale.
8. COPD Assessment Test (CAT) = 25 баллов, MMRC = 3.

Разбор задачи.

1. Синдромы: бронхиальной обструкции, дыхательной недостаточности, хронической сердечной недостаточности, хронического легочного сердца.
Ведущий синдром: необратимой бронхиальной обструкции.
2. Предварительный диагноз: ХОБЛ, тяжелой степени тяжести по GOLD, категория D, обострение. ДН 3ст. Хроническое лёгочное сердце бронхолегочного генеза?
3. План дообследования пациента:
 - Б/х крови: креатинин, СКФ, электролиты, мочевины;
 - Спирометрия с бронхолитиком;
 - ЭХО КС;
 - Общий анализ мокроты;
 - Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам;
 - газовый состав крови.
4. По результатам обследования пациента: Rg-признаки пневмофиброза, эмфиземы легких, легочной гипертензии; признаки гемоконцентрации и воспаления в общих анализах, тяжелые обструктивные нарушения на ФВД с отрицательной реакцией на бронхолитик, возможны рестриктивные нарушения, признаки гипертрофии правых отделов сердца по ЭКГ.
5. План лечения пациента: диета ОВД с ограничением соли, кислородотерапия, бета2-агонист+М-холинолитик короткодействующие («Беродуал» по потребности, «Беродуал» через небулайзер), ингаляционные ГКС, бронходилататоры длительного действия («Симбикорт»+«Спирива», «Пульмикорт» через небулайзер), антибактериальная терапия (левофлоксацин), муколитики (амброксол через небулайзер), лечение хронического легочного сердца (антагонисты ангиотензина II, антагонисты кальция недигидропиридиновые, т.к. ЧСС 90 в мин, антиангереганты).
8. Рекомендации пациенту после стационарного лечения: отказ от курения, прием ингаляционных ГКС, бронходилататоров длительного действия («Симбикорт»+«Спирива»), бета2-агонист+М-холинолитик короткодействующие («Беродуал») по потребности, постоянный прием кардиологических препаратов под контролем АД и ЧСС.
9. Прогноз для здоровья неблагоприятный, для жизни – относительно благоприятный, для трудовой деятельности – неблагоприятный.

3. Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больного беспокоят приступы удушья, возникающие внезапно, чаще ночью, 1-2 раза в неделю. Одышка во время приступа носит преимущественно экспираторный характер, кашель сухой. Болен с детства, аллергологический анамнез. Грудная клетка расширена. При перкуссии определяется слегка коробочный тон. При аускультации в нижнебоковых отделах дыхание везикулярное ослабленное, на остальном протяжении жесткое. Дыхание заглушается множеством свистящих сухих хрипов. Голосовое дрожание и бронхофония ослаблены.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- разбор примерных (типовых) результатов обследований при различных вариантах бронхообструктивного синдрома
- клинический разбор пульмонологического больного

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Патологические механизмы бронхиальной обструкции: обратимые, необратимые, локальные, диффузные.
2. Характеристика синдрома обратимой бронхиальной обструкции при бронхиальной астме и отличие его от необратимой бронхиальной обструкции при ХОБЛ.
3. Классификация бронхиальной астмы, клинико – патогенетические особенности различных вариантов бронхиальной астмы.
4. Лабораторно – инструментальные методы в дифференциальной диагностике синдрома бронхиальной обструкции.
5. Немедикаментозные мероприятия направленные на предотвращение прогрессирования хронического обструктивного бронхита
6. Медикаментозная патогенетическая терапия хронического обструктивного бронхита
7. Оксигенотерапия при хроническом обструктивном бронхите (показания, режимы терапии).
8. Лечение хронической обструктивной болезни легких в период обострения.
9. Принципы ведения больных с бронхиальной астмой.
10. Мероприятия по профилактике гиперреактивности бронхов при бронхиальной астме.
11. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы.
12. Понятие об обострении и терапия обострения бронхиальной астмы, особенности ведения больных во время обострения бронхиальной астмы.
13. Вспомогательная терапия бронхиальной астмы.
14. Принципы ведения больных с хронической обструктивной болезнью легких.
15. Немедикаментозные мероприятия направленные на предотвращение прогрессирования хронической обструктивной болезни легких.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Бронходилатирующий тест считают отрицательным в случае прироста ОФВ₁ или ПОСв_д на:

- А) 5-10%
- Б) 15-20%
- В) 20-30%
- Г) в каждом из перечисленных случаев

2. Пикфлоуметрия помогает врачу во всем, кроме:

- А) оценки тяжести заболевания
- Б) ранней диагностики бронхиальной астмы
- В) определения обратимости бронхиальной обструкции
- Г) оценки степени снижения ЖЕЛ
- Д) оценки эффективности лечения

3. В качестве препарата для муколитической терапии не используется:

- А) бромгексин
- Б) амброксол
- В) атропин
- Г) ацетилцистеин

4. Основным этиологическим фактором развития хронического бронхита являются:

- А) курение
- Б) вирусы
- В) бактерии
- Г) грибки

5. Ведущую роль в обострении хронического бронхита играют:
- А) Str. pneumoniae
 - Б) H. influenzae
 - В) M. catarrhalis
 - Г) все вышеуказанные возбудители
6. Основной механизм очищения дистальных отделов бронхов:
- А) кашлевой клиренс
 - Б) мукоцилиарный клиренс
 - В) очищение воздушным потоком
7. С целью профилактики кандидоза полости рта при использовании ингаляционных глюкокортикоидов больной должен:
- А) периодически принимать противогрибковые препараты
 - Б) обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
 - В) полоскать рот водой или содовым раствором после ингаляции препаратов
 - Г) делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами
8. Фактором, провоцирующим приступы удушья при бронхиальной астме, может являться:
- А) запах растений
 - Б) пыль
 - В) воздействие холода
 - Г) все перечисленное
9. У больных атопической бронхиальной астмой может выявляться следующий клинический симптом:
- А) вазомоторный ринит
 - Б) крапивница
 - В) отек Квинке
 - Г) все перечисленные
10. Выберите комбинированные препараты, содержащие ИГКС:
- А) беродуал
 - Б) комбивент
 - В) симбикорт
 - Г) оксис
 - Д) форадил
 - Е) всё верно

Ответы к тестовым заданиям									
1 - А	2 - Г	3 - В	4 - А	5 - Г	6 - Б	7 - В	8 - Г	9 - Г	10 - В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Лечение бронхообструктивного синдрома: учебное пособие / Казаковцева М.В. – Киров, 2010.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Су-

лимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 4. Пульмонология

Тема 4.3: Дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение пневмоний

Цель занятия: сформировать умения по проведению дифференциально-диагностического поиска, постановке диагноза пневмонии соответственно современной классификации и проведению рациональной терапии с учетом установленного возбудителя и наличия осложнений.

Задачи:

1. Изучить механизмы возникновения очагового поражения легких
2. Сформировать умения по составлению алгоритма дифференциально - диагностического поиска и постановке диагноза при синдроме очагового уплотнения легочной ткани
3. Обучить формулировке диагноза пневмонии соответственно современной классификации и установленном возбудителе
4. Рассмотреть подбор рациональной терапии в зависимости от нозологической принадлежности синдрома.
5. Обучить студентов правильной оценке эффективности антибактериальной терапии пневмоний

Обучающийся должен знать:

- основные симптомы, характеризующие патологию легких, проявляющуюся синдромом очагового поражения легочной ткани, классификацию пневмоний по этиологии;
- алгоритм диагностики, включающий клиническую, эндоскопическую, рентгенологическую картину, лабораторные исследования бронхиального секрета, лаважной жидкости бронхов и крови, содержимого плевральной полости и полости абсцесса, морфологическое исследование;
- особенности терапии синдрома очагового поражения легких: этиотропная терапия пневмоний, патогенетическая и симптоматическая терапия.
- особенности выбора антибактериальных препаратов в зависимости от клинического варианта и от возбудителя пневмоний, рациональные комбинации антибиотиков. Схемы применения антибактериальных препаратов в зависимости от степени тяжести пневмонии и осложнений, выбор пути введения препарата в зависимости от течения и тяжести пневмоний.
- алгоритм ургентной терапии при тяжелом течении пневмонии, профилактика пневмоний и принципы диспансерного наблюдения за реконвалесцентами пневмонии.
- сроки лечения и оценка эффективности терапии (рентгенологический контроль, динамика рентген-данных; быстрота разрешения синдрома уплотнения легочной ткани, функциональная оценка рестриктивных изменений, уменьшение интоксикации).

Обучающийся должен уметь:

- провести опрос с целью уточнения жалоб, данных анамнеза заболевания, факторов, способствующих развитию пневмонии
- провести осмотр и пальпацию грудной клетки,
- провести сравнительную перкуSSION, оценить разновидности перкуторного звука, технически и методически правильно проводить перкуSSION легких
- охарактеризовать полученные при сравнительной перкуSSION данные, и клинически интерпретировать полученные результаты, правильно записывать полученные данные.

Обучающийся должен владеть:

- сбором и анализом жалоб, анамнеза пациента с синдромом уплотнения легочной ткани
- выполнением пальпации грудной клетки, сравнительной перкуссии, используя палец-плессиметр и палец-«молоточек»,
- оценкой характера перкуторного звука, клинической оценкой изменения перкуторного звука, анализом и интерпретацией результатов физикального обследования пациента в целом
- интерпретацией рентгенологических феноменов при обследовании пациента и данных лабораторного контроля (посевов мокроты, крови)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, факторы риска, патогенез, патоморфология пневмонии.
2. Современная классификация (внебольничные, нозокомиальные, аспирационные, пневмония при иммунодефиците)
3. Клиника пневмоний в зависимости от этиологии (пневмококковая, стафилококковая, стрептококковая, пневмония Фридендера (клебсиелла), микоплазменная, легионеллезная, вирусная)
4. Диагностика пневмоний (лабораторная, функциональная, рентгенологическая). Осложнения пневмоний (легочные и внелегочные).
5. Формулировка диагноза. Дифференциальный диагноз
6. Медикаментозное лечение пневмоний: антибактериальная терапия (этиотропная, эмпирическая); дезинтоксикационная; восстановление дренажных функций (разжижающее мокроту, отхаркивающая); бронхолитики; противовоспалительные средства; иммунолудулирующие; симптоматическая терапия (сосудистые, антиоксиданты, коррекция нарушений микроциркуляции и др.)
7. Немедикаментозные методы лечения (санационная бронхоскопия, назотрахеальная катеризация, плазмаферез, низкоинтенсивные лазеры, физиотерапевтические методы и др.)
8. Особенности течения и лечения пневмонии в различных возрастных группах
9. Профилактика пневмоний
10. Диспансеризация после перенесенной пневмонии. МСЭ

2. Практическая работа.

Практическое задание для студентов:

- выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков навыками - физикального обследования пульмонологического больного и интерпретации полученных данных;
- проведения основных диагностических и лечебных мероприятий, применения лекарственных средств для лечения и профилактики пневмоний; проведения квалифицированного диагностического поиска и необходимой дифференциальной диагностики для выявления пневмонии на ранних стадиях, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме;
- интерпретации результатов исследования клинических анализов для правильной постановки диагноза и оценки эффективности терапии; интерпретации данных инструментальных и аппаратных методов исследования;
- раннего выявления онкологических болезней легких и других социально значимых заболеваний (туберкулез)
- анализ полученных результатов;
- анализ проделанной студентами работы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов

- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной М., 40 лет, слесарь жалуется на кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета, боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,4 °С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Из анамнеза: заболел остро, после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке. Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ, хронический гастрит. Больной курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет 2-3 раза в месяц. Семейный анамнез: по заболеваниям легких не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,9 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, больной ее щадит. ЧД до 26 в минуту. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах - умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева - звук ясный, легочный, справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких - дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, ЧСС= 98 уд/мин. АД 115/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин - 155 г/л, лейкоциты - $20,0 \times 10^9$ /л: палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 12 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 37 мм/ч.

Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, - слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения, выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей.

Рентгенография органов грудной полости: справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева - без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии.

Разбор:

- Основные клинические синдромы.

- Интоксикационный синдром (общая слабость, разбитость, головные и мышечные боли, одышка, сердцебиение, снижение аппетита).
 - Синдром общих воспалительных изменений (чувство жара, озноб, повышение температуры тела, изменение острофазовых показателей крови: лейкоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ).
 - Синдром поражения дыхательных путей (появление кашля и мокроты, изменение частоты и характера дыхания, появление влажных хрипов).
 - Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани: физикальный синдром уплотнения легочной ткани (бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения)
 - Синдром раздражения плевры (болевого синдром).
- Бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания

ния и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения указывают на воспалительную инфильтрацию легочной ткани. Изменены показатели крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ.

- Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого (предположительно, стафилококковая), средней степени тяжести. Осложнение: дыхательная недостаточность II степени.

- Применение полусинтетических пенициллинов в больших дозах, предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам с клавулановой кислотой, при наличии метициллинустойчивых штаммов стафилококка - назначение ванкомицина, имипенемов. Бронхолитическая терапия (фенотерола гидробромид+ипратропия бромид), муколитическая терапия (амброксол), противовоспалительная терапия (фенспирид), дезинтоксикационная терапия (аскорбиновая к-та), симптоматическая терапия (НПВС при повышении $t > 38^{\circ}\text{C}$). После купирования интоксикационного синдрома - физиотерапевтическая реабилитация (лекарственный электрофорез, УВЧ, индуктотермия), массаж грудной клетки, ЛФК.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Пациент Т., 35 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, кашель с выделением рыжей мокроты в количестве до 25 мл/сутки, выраженную слабость, боли в грудной клетке справа в нижних отделах ноющего характера, усиливающиеся при дыхании и кашле, одышку при минимальной нагрузке.

Из анамнеза: болен в течение 4 дней. После переохлаждения появился озноб, повышение температуры тела до 38°C , головная боль, слабость. К терапевту не обращался, лечился самостоятельно - принимал аспирин, клюквенный морс и поливитамины. На следующий день к вышеописанным симптомам присоединились кашель с зеленоватой мокротой в количестве около 15 мл/сут., чувство дискомфорта в грудной клетке справа. На 3 день заболевания мокрота приобрела «ржавый» характер, количество ее увеличилось до 25 мл/сут., появилась одышка при ходьбе, усилилась слабость. К вечеру того же дня появились боли ноющего характера в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. Вызвал бригаду СМП, госпитализирован в стационар. Из анамнеза жизни: житель города, работает программистом, профессиональные вредности отрицает. Перенесенные заболевания и операции: частые ангины и тонзилэктомия в детстве, острый правосторонний гайморит 1 год назад, острый правосторонний отит в детстве. Курит 1/2 пачки в день, сигареты с фильтром, в течение 10 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: пенициллин - отек Квинке.

При осмотре: состояние средней тяжести, положение – лежа на правом боку. Питание достаточное. Кожные покровы горячие, чистые, лицо гиперемировано, больше слева, гипергидроз. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Голосовое дрожание усилено в нижних отделах правой 1/2 грудной клетки, над остальными отделами - не изменено. При перкуссии: в нижних отделах правого легкого отмечается притупление перкуторного тона до уровня 6 ребра, над остальными отделами легких ясный перкуторный тон. При аускультации: дыхание ослаблено в нижних отделах правого легкого, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, над остальными отделами легких - жесткое дыхание. ЧДД=24/мин. При исследовании сердечно-сосудистой системы: границы сердца в пределах должных величин, аускультативно - тоны приглушены, ритмичные, шумов нет; ЧСС=94/мин, АД=110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, пальпаторно со стороны кишечника патологии не выявлено, печень 9 x 8 x 6 см, не выступает из-под реберной дуги, край эластичный, безболезненный при пальпации, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отеков нет.

Задание:

1. Выделите предварительные синдромы, укажите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Предложите план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотрите предложенные результаты обследования пациента, объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополните выделенные синдромы.
6. Установите окончательный диагноз.

7. Предложите план лечения пациента.
8. Предложите рекомендации пациенту после окончания курса лечения.
9. Предположите прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- разбор примерных (типовых) результатов обследований у пульмонологических больных
- клинический разбор пульмонологического больного: установить предполагаемый диагноз и оценить патологические изменения при дообследовании

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Классификация пневмоний в зависимости от степени тяжести.
 2. Предположение возбудителя пневмонии на основании современной классификации, тяжести процесса и клинико – эпидемиологических параллелей.
 3. Принципы рациональной антибактериальной терапии.
 4. Влияние клинико - эпидемиологических условий развития пневмонии на выбор антибиотика.
 5. Варианты эмпирической антибактериальной терапии при неустановленном возбудителе.
 6. Способы идентификации возбудителя пневмоний.
 7. Антибактериальная терапия при установленном возбудителе пневмонии.
 8. Рациональные комбинации антибиотиков и сроки лечения
 9. Патогенетическая и симптоматическая терапия пневмоний.
 10. Критерии эффективности и причины неэффективности терапии, тактика при неэффективности терапии пневмоний.
 11. Лечение и внелёгочные осложнения при возникновении пневмонии
 12. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентом пневмонии.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля:
Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Пневмония тяжёлой степени:

- А) доленое поражение, нет значимых гемодинамических сдвигов, лёгочные осложнения
- Б) полисегментарное поражение, ЧДД=25 в/мин, отсутствуют или незначительные гемодинамические сдвиги, возможны лёгочные осложнения, нет внелёгочных осложнений.
- В) доленое или массивное поражение, ЧДД>30/мин, м.б. гемодинамические сдвиги, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево или лейкопения, лёгочные и внелёгочные осложнения

2. Внебольничная пневмония– это пневмония, развивающаяся:

- А) через 48-72 часа после госпитализации или не позднее этого срока после выписки
- Б) у больных, имеющих хронические заболевания лёгких и сопутствующие тяжёлые заболевания
- В) только у пациентов в послеоперационном периоде
- Г) у амбулаторных пациентов или в первые 48–72 часа госпитализации

3. При неэффективности стартового режима терапии внебольничных пневмоний в условиях стационара (использование амоксициллина/клавулоната) рекомендовано:

- А) присоединение гентамицина
- Б) присоединение макролидов
- В) присоединение метронидазола
- Г) замена препаратов на аминогликозиды

- Д) замена препаратов на амоксициллин/клавулонат
- Е) замена в/м пути введения на в/в

4. Продолжительность антибактериальной терапии при наличии клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной пневмонии:

- А) 3-5 суток нормальной температуры тела
- Б) 7-10 суток
- В) 14 суток
- Г) 21 сутки

5. Вторичная пневмония – это пневмония, развивающаяся:

- А) через 48-72 часа после госпитализации или не позднее этого срока после выписки
- Б) у больных, имеющих хронические заболевания лёгких и сопутствующие тяжёлые заболевания и состояния
- В) только у пациентов в послеоперационном периоде
- Г) только у пациентов ОРИТ, находящихся на ИВЛ

6. Критерии тяжёлой степени тяжести пневмонии:

- А) доленое поражение, ЧДД \leq 25/мин, нет значимых гемодинамических сдвигов, лейкоцитоз, лёгочные осложнения
- Б) полисегментарное или доленое поражение, ЧДД=25-30/мин, отсутствуют или незначительные гемодинамические сдвиги, выраженный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, возможны лёгочные осложнения, декомпенсации сопутствующих заболеваний, нет внелёгочных осложнений.
- В) доленое или массивное поражение, ЧДД \geq 30/мин, м.б. гемодинамические сдвиги, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево или лейкопения, лёгочные и внелёгочные осложнения, декомпенсации сопутствующих заболеваний

7. Средние сроки разрешения рентгенологической картины пневмонии:

- А) 21 сутки,
- Б) 10 суток,
- В) 7 суток,
- Г) 3 месяца,
- Д) 6 месяцев,

8. Для какой пневмонии характерно отделение мокроты шоколадного цвета с запахом пригорелого мяса, быстрое (в течение 24 — 48 часов) развитие легочной деструкции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных лейкоцитов:

- А) пневмококковой
- Б) стафилококковой
- В) клебсиелла пневмонии (фриндлеровской)

9. В качестве препарата для муколитической терапии не используется:

- А) бромгексин
- Б) амброксол
- В) ацетилцистеин
- Г) атропин

10. Основной механизм очищения дистальных отделов бронхов:

- А) кашлевой клиренс
- Б) мукоцилиарный клиренс
- В) очищение воздушным потоком

Ответы к тестовым заданиям									
1 - В	2 - Г	3 - Б	4 - В	5 - Б	6 - В	7 - А	8 - В	9 - Г	10 - Б

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 4. Пульмонология

Тема 4.4: Диссеминированное поражение легких (ДПЛ)

Цель занятия: изучить механизмы возникновения диссеминированного поражения легких (ДПЛ), возможности клинической и инструментальной диагностики, составление диагностического поиска и разрабатывать рекомендации по ведению больных с назначением терапии в зависимости от нозологической принадлежности синдрома ДПЛ.

Задачи:

1) Рассмотреть основные синдромы и симптомы, характеризующие диссеминированные процессы в легких, этиологическую классификацию и патогенетические варианты;

2) Знать особенности инструментального исследования функции внешнего дыхания, рентгенологического исследования легких, функциональных проб.

3) Изучить основные нозологические формы: пневмониты (гиперчувствительный, идиопатический), альвеолярный протеиноз, гистиоцитоз, идиопатический гемосидероз, эозинофильные поражения легких, саркоидоз, онкопатологию, клинические и морфологические проявления

4) Рассмотреть алгоритм диагностики, включающий в себя клиническую, эндоскопическую, рентгенологическую картину, функциональные пробы, лабораторные исследования бронхиального секрета, лаважной жидкости бронхов, крови, содержимого плевральной полости, трансторакальную и трансбронхиальную биопсию легкого, радиологическое исследование.

5) Рассмотреть особенности терапии синдрома ДПЛ: базисную терапию в зависимости от нозологической принадлежности синдрома, стадии заболевания и течения; патогенетическая и симптоматическая терапия, сроки лечения и оценка эффективности.

6) Принципы диспансерного наблюдения за больными с синдромом ДПЛ и прогноз заболевания.

Обучающийся должен знать:

- этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, течение и возможные осложнения заболеваний, проявляющихся синдромом ДПЛ;

- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; тактику ведения больного с диссеминированным поражением легких.

- обоснование тактики ведения больного с диссеминированным поражением легких,

- методов лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся синдромом диссеминированного поражения легких.

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с диссеминированным поражением легких, оценить данные проведенных исследований;
- уметь проводить дифференциальный диагноз и поставить предварительный и окончательный диагнозы, учитывая течение и стадию заболевания;
- назначить лечение, учитывая тяжесть состояния больного и нозологическую принадлежность синдрома диссеминированного поражения легких;
- выполнить основные врачебные, диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях

Обучающийся должен владеть:

- сбором и анализом жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента с диссеминированными процессами в легких;
- анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования пациента (периферической крови, мочи, биохимического анализа крови);
- интерпретацией инструментальных обследований (ЭКГ, Р-графии, ЭХО-КС, КТ, бронхоскопии);
- выбором алгоритма терапии в зависимости от нозологической принадлежности синдрома диссеминированного поражения легких.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Общая тактика при диссеминированных процессах в легких – этапы дифференциальной диагностики и частная рентгеносемиотика.
2. Саркоидоз: этиология, основные этапы патогенеза, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз и общие принципы терапии.
3. Гистиоцитоз, альвеолярный протеиноз: этиология, основные этапы патогенеза, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.
4. Эозинофильные поражения легких: классификация, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.
5. Экзогенный аллергический альвеолит (гиперчувствительный пневмонит): классификация, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.
6. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: особенности постановки диагноза, общие принципы терапии.
7. Алгоритм диагностического поиска, дифференциальная диагностика (туберкулез, онкологические заболевания), лечение в зависимости от нозологической формы.
8. Дифференцированная терапия ДПЛ: базисная терапия в зависимости от нозологической принадлежности, стадии заболевания и течения, патогенетическая и симптоматическая терапия, сроки лечения и оценка эффективности терапии.
9. Особенности терапии терминальной стадии синдрома ДПЛ.
10. Прогноз и диспансерное наблюдение пациентов с синдромом ДПЛ.

2. Практическая работа.

- провести анализ предоставленных рентгенограмм, анализ функций внешнего дыхания и проанализировать данные исследования, провести разбор клинического случая: выделить особенности анамнеза, провести клиническое обследование пациента, произвести анализ истории болезни и результатов проведенных исследований, провести дифференциальный диагноз и установить окончательный диагноз;
- назначить терапию: этиотропную (при известной причине заболевания), симптоматическую, патогенетическую, определить сроки проводимой терапии, контроль за ее эффективностью, выработать тактику при возможной малой эффективности терапии;
- установить сроки рентген-контроля на фоне лечения для оценки эффективности терапии,
- установить прогноз для здоровья, жизни и работоспособности для пациента, разработать план диспансерного наблюдения.
- результаты и выводы представляются в виде записи в тетрадах.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента,
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 30 лет с избыточной массой тела обратился с жалобами на повышение температуры, болезненные красные узлы на обеих голени, припухание и болезненность правого голеностопного сустава. Лечился в отделении ревматологии по поводу реактивного артрита правого голеностопного сустава и узловой эритемы. На обзорной рентгенограмме легких выявлена двусторонняя лимфаденопатия средостения.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие заболевания могут давать изменения, выявленные на обзорной рентгенограмме?
2. Для какого заболевания характерно сочетание артрита, узловой эритемы и поражения легких?
3. Какой показатель в биохимическом анализе крови и какое обследование необходимо включить для дифференциальной диагностики?

Разбор:

1. Двусторонняя лимфаденопатия средостения может быть при саркоидозе, туберкулезе, лимфогранулематозе, других опухолях легких и средостения.
2. Такое сочетание характерно для острого течения саркоидоза (синдром Лефгрена).
3. Определение уровня Ca²⁺ в сыворотке крови. Компьютерная томография органов грудной клетки. Биопсия внутригрудных лимфоузлов (биопсия легкого).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Пациент С., 45 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 37,1*С, сухой кашель, слабость, одышку при ходьбе.

Из анамнеза. Болен в течение недели. Заболел после работы на садовом участке (отмечает, что работал с компостом и удобрениями), когда появился сухой кашель. К врачу не обращался. В последующем присоединились повышение температуры тела до 38,2*С, озноб, головная боль, слабость, усилился сухой кашель. Через 2 дня появилась одышка и дискомфорт в трудной клетке.

Из анамнеза жизни: Житель города, работает строителем. Профессиональные вредности отрицает. Перенесенные заболевания и операции: распространенный остеохондроз, грыжесечение по поводу паховой грыжи в 16 лет. Курит 1 пачку в день, сигареты с фильтром в течение 15 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный и аллергологический анамнез: не отягощены.

При осмотре: Состояние средней тяжести, активность снижена, вялый. Питание достаточное, кожные покровы горячие, чистые. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстеническая. Симметрично участвует в акте дыхания. Голосовое дрожание не изменено. При перкуссии: над всеми отделами легких ясный перкуторный тон. При аускультации: дыхание ослаблено больше в нижних отделах ЧДД=22/мин. При исследовании сердечно-сосудистой системы: границы сердца в пределах должных величин, аускультативно тоны ритмичные, шумов нет, ЧСС=90/мин, АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень размерами 10 x 9 x 6 см, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- разбор примерных (типовых) результатов обследований у пульмонологических больных
- клинический разбор пульмонологического больного: установить предполагаемый диагноз и оце-

нить патологические изменения при дообследовании

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Общая тактика при диссеминированных процессах в легких – этапы дифференциальной диагностики и частная рентгеносемиотика.

2. Саркоидоз: этиология, основные этапы патогенеза, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз и общие принципы терапии.

3. Гистиоцитоз, альвеолярный протеиноз: этиология, основные этапы патогенеза, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.

4. Эозинофильные поражения легких: классификация, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.

5. Экзогенный аллергический альвеолит (гиперчувствительный пневмонит): классификация, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии.

6. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: особенности постановки диагноза, общие принципы терапии.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. При аускультации у пациентов с диссеминированными процессами в легких чаще определяется дыхание:

А) Везикулярное;

Б) Ослабленное везикулярное

В) Бронхиальное.

2. Какой основной метод установления этиологии диссеминаций легких:

А) слепая пункционная биопсия легких;

Б) торакоскопия с биопсией;

В) открытая биопсия легких

Г) бронхоскопия с трахеобронхиальной биопсией.

3. Какой рентгенологический признак указывает на фиброз легочной ткани?

А) Уменьшение в размерах пораженного отдела легкого.

Б) Смещение органов средостения в сторону поражения.

В) Повышение уровня диафрагмы.

Г) Все перечисленное верно

Д) Все перечисленное неверно.

4. Изучение какого заболевания объединяет этих исследователей: С.W. Boek, E. Besnier, J. Schauman, А.Е. Рабухин, Г.Р. Рубинштейн?

А) Гистиоцитоз Х.

Б) Амилоидоз.

В) Силикоз.

Г) Саркоидоз

Д) Лимфогранулематоз.

5. Какой биохимический сдвиг чаще наблюдается при саркоидозе?

А) Гипогаммаглобулинемия.

- Б) Повышение уровня лизоцима в слюне.
- В) Повышение содержания кальция в крови
- Г) Гиперхолестеринемия.
- Д) Гипопротеинемия.

6. Что преобладает в саркоидной гранулеме?

- А) Эпителиоидные клетки
- Б) Фибриноидный некроз.
- В) Казеозный некроз.
- Г) Гигантские клетки.
- Д) Тельца Шаумана.

7. С какими формами туберкулеза дифференцируют саркоидоз?

- А) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- Б) Первичный туберкулезный комплекс.
- В) Очаговый туберкулез.
- Г) Инфильтративный туберкулез.
- Д) Лобит.

8. При каком заболевании диссеминация в легких наиболее часто сопровождается внутригрудной лимфоаденопатией

- А) Туберкулез.
- Б) Саркоидоз
- В) Гистиоцитоз Х.
- Г) Силикоз.
- Д) Пневмония.

9. Какой метод верификации диагноза диссеминированного поражения легких является наиболее информативным?

- А) Рентгенография.
- Б) Иммуногенетическое исследование.
- В) Микробиологическое исследование бронхиального содержимого.
- Г) Радионуклидное исследование легких.
- Д) Гистологическое исследование ткани легкого

10. При каком заболевании очаги расположены преимущественно в верхних долях легких?

- А) Туберкулез
- Б) Саркоидоз.
- В) Карциноматоз.
- Г) Силикоз.
- Д) Все перечисленное верно.

Ответы к тестовым заданиям									
1 - Б	2 - В	3 - Г	4 - Г	5 - В	6 - А	7 - А	8 - Б	9 - Д	10 - А

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное по-

собию для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

2. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Раздел 4. Пульмонология

Тема 4.5: Неотложные состояния в пульмонологии

Цель занятия: сформировать знания по диагностике и оказанию ургентной терапии при состояниях, сопровождающихся острой дыхательной недостаточностью, легочном кровотечении, тромбоэмболии легочной артерии, крапивнице, отеке Квинке, анафилактическом шоке.

Задачи:

- 1) Рассмотреть механизмы возникновения острой дыхательной недостаточности, легочного кровотечения и аллергических состояний;
- 2) Изучить возможности скорейшей клинической и инструментальной диагностики ОДН, легочного кровотечения и аллергических состояний;
- 3) Обучить студентов составлению алгоритма диагностического поиска для пациентов с ургентными патологиями;
- 4) Рассмотреть алгоритмы ургентной терапии в зависимости от вида неотложного состояния и общего состояния пациента

Обучающийся должен знать:

- этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения: астматического статуса, респираторного дистресс-синдрома взрослых, ТЭЛА; гидроторакса, пневмоторакса, легочного кровотечения и аллергических состояний: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок;
- методы диагностики: особенности инструментального, рентгенологического исследований, лабораторной диагностики;
- назначить лечение по алгоритмам оказания неотложной терапии;
- методы оценки эффективности оказанной неотложной помощи;
- методы профилактики для предотвращения неотложных состояний

Обучающийся должен уметь:

- провести наиболее быстрое обследование пациента с неотложными состояниями;
- оценить данные проведенных исследований;
- провести дифференциальный диагноз и поставить окончательный диагноз;
- выполнить основные лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях.

Обучающийся должен владеть:

- сбором и анализом жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента с ургентными состояниями при заболеваниях органов дыхания.
- анализом и интерпретацией результатов лабораторного обследования пациента с острой дыхательной недостаточностью;
- оценкой уровня газового состава крови и степени гипоксии;
- определением и оценкой уровня Д-димеров крови.
- анализом и интерпретацией инструментальных обследований (пикфлоуметрии, пульсоксиметрии, R-графии, ЭКГ, ЭХО-КС, доплеросканировании вен нижних конечностей, КТ, МРТ);
- определением показаний для проведения вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии, ангиографии легких (при тромбоэмболических заболеваниях легких).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Острая дыхательная недостаточность - сущность, причины, патогенез.
2. Клинико - диагностические критерии острой дыхательной недостаточности, формы, стадии.
3. Принципы лечения острой дыхательной недостаточности. Алгоритм диагностического поиска и дифференцированной неотложной терапии при ургентных состояниях в зависимости от вида неотложного состояния и общего состояния пациента.
4. Астматический статус: критерии диагностики, стадии, основы патогенеза, клиника, осложнения.
5. Оказание неотложной помощи согласно международному соглашению по диагностике и лечению бронхиальной астмы.
6. Респираторный дистресс синдром взрослых - определение, классификация, этиология, патогенез, принципы ведения больных с РДСВ.
7. Тромбоэмболия легочной артерии - классификация, этиология, клиника, принципы ведения, профилактика ТЭЛА.
8. Легочное кровотечение - этиология, классификация, клиника, дифференциальный диагноз с кровотечением из ЖКТ, ведение больных на догоспитальном и госпитальном этапах.
9. Спонтанный пневмоторакс - причины, клиника, диагностика, неотложная помощь.
10. Анафилактический шок, отек Квинке, крапивница - причины, тактика оказания неотложной помощи.

2. Практическая работа.

- провести разбор клинического случая: выделить особенности анамнеза,
- провести клиническое обследование пациента, произвести анализ истории болезни и результатов проведенных исследований,
- провести дифференциальный диагноз и установить окончательный диагноз, назначить ургентную терапию;
- установить контроль за состоянием пациента и эффективностью проводимой ургентной терапии,
- установить прогноз для здоровья, жизни и работоспособности пациента.
- результаты и выводы представляются в виде записи в тетрадях.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить предварительные синдромы, указать ведущий синдром
- установить и обосновать предварительный диагноз
- предложить план обследования пациента, обосновать необходимость данных методов
- рассмотреть предложенные результаты обследования пациента, объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений
- при необходимости дополнить выделенные синдромы
- установить окончательный диагноз
- предложить план лечения и рекомендации для пациента
- предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 24 лет обратился к терапевту с жалобами на кашель и боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком вдохе. Ранее ничем не болел. На обзорной рентгенограмме определяется полоса просветления в плащевом отделе левого легочного поля шириной до 2 см. На фоне просветления отсутствует легочный рисунок.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?
3. Есть ли в данном случае необходимость пункции?

Разбор:

1. Левосторонний спонтанный пневмоторакс.

2. Компьютерная томография органов грудной клетки для исключения буллезной трансформации легких.

3. Поскольку пневмоторакс небольшого размера и у пациента отсутствует одышка, пункция не требуется.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Бригадой скорой неотложной медицинской помощи в приёмное отделение стационара доставлена пациентка М., 33 лет. Собрать жалобы и подробный анамнез не представляется возможным из-за тяжести состояния пациентки (с трудом говорит отдельными словами). Со слов сопровождающего: М. с детства беспокоят приступы удушья, которые она купирует ингаляцией сальбутамола, постоянной терапии не получает; в последние 2 недели отмечалось учащение приступов затруднённого дыхания, стала предъявлять жалобы на приступы удушья при быстрой ходьбе, во время проведения уборки, ночные затруднения дыхания различной степени выраженности, вероятно, эта симптоматика связана с ОРВИ, по поводу которого М. обращалась к терапевту около 2-х недель назад. По рекомендации врача принимала сальбутамол, бромгексин, ибупрофен, однако, приём бромгексина и ибупрофена прекратила, связывая с этими препаратами усиление затруднений дыхания; около 3-х часов назад по поводу головной боли пациентка приняла таблетку «Парацетамол», через некоторое время появился кашель, хрипы, затруднение дыхания.

При осмотре: больная возбуждена, положение сидя с упором на верхние конечности, кожные покровы бледные, активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧДД= 32/мин. При аускультации: дыхание значительно ослаблено, над некоторыми участками лёгких не прослушивается, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона над лёгочной артерией, ЧСС=120/мин, АД=95/60 мм рт ст.

Проведено обследование (cito!): газовый состав крови: $pO_2= 40$ мм рт ст., $pCO_2= 30$ мм рт ст., $SatO_2= 70\%$; ПЭП=30% от индивидуальной нормы; ЭКГ: ритм правильный, синусовая тахикардия 120/мин, признаки перегрузки правых отделов сердца.

4. Задания для групповой работы

- решение ситуационных задач
- разбор примерных (типовых) результатов обследований у пульмонологических больных
- клинический разбор пульмонологического больного: установить предполагаемый диагноз и оценить патологические изменения при дообследовании

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Определение, сущность, причины, патогенез острой дыхательной недостаточности.
 2. Дифференциально - диагностические критерии неотложных состояний у пациентов при развитии острой дыхательной недостаточности, ее формы и стадии.
 3. Принципы лечения острой дыхательной недостаточности.
 4. Астматический статус, как осложнение тяжелого обострения бронхиальной астмы: принципы диагностики, стадии, основы патогенеза, клиника, осложнения.
 5. Оказание неотложной помощи согласно международному соглашению по диагностике и лечению бронхиальной астмы.
 6. Респираторный дистресс-синдром взрослых - определение, классификация, этиология, патогенез, принципы ведения больных с РДСВ.
 7. Тромбоэмболия легочной артерии - классификация, этиология, клиника, принципы ведения, профилактика ТЭЛА.
 8. Легочное кровотечение - этиология, классификация, клиника, дифференциальный диагноз с кровотечением из ЖКТ, ведение больных на догоспитальном и госпитальном этапах.
 9. Спонтанный пневмоторакс - причины, клиника, диагностика, неотложная помощь.

10. Анафилактический шок, отек Квинке, крапивница - причины, тактика оказания неотложной помощи.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:
Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Искусственный плевродез - это

- А) внутривенное введение склерозирующих средств
- Б) внутривидеальное введение склерозирующих средств
- В) дренирование плевральной полости

2. Фактором, провоцирующим приступы удушья при бронхиальной астме, может являться:

- А) запах растений
- Б) пыль
- В) воздействие холода
- Г) все перечисленное

3. У больных атопической бронхиальной астмой могут быть симптомы:

- А) вазомоторный ринит
- Б) крапивница
- В) отек Квинке
- Г) все перечисленные

4. Эталонный метод диагностики ТЭЛА

- А) ЭКГ
- Б) Рентгенография грудной клетки
- В) Вентиляционно - перфузионная сцинтиграфия легких
- Г) Ангиопульмонография

5. Для проведения тромболитической терапии при ТЭЛА применяют

- А) гепарин
- Б) фраксипарин
- В) стрептокиназу

6. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы — это:

- А) острое вздутие легких
- Б) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов
- В) генерализованный бронхоспазм
- Г) генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом
- Г) отек легких

7. Терапию гепарином при ТЭЛА осуществляют под контролем

- А) МНО
- Б) АЧТВ
- В) Протромбина

8. Диагноз астматического статуса 1 стадии правомочен при:

- А) резистентности к симпатомиметикам;
- Б) наличии участков “немого” легкого;
- В) гипоксической и гиперкапнической кома;
- Г) затруднении вдоха;
- Д) наличии влажных хрипов над легочными полями.

9. Определение пиковой скорости выдоха пикфлоуметром необходимо при оказании неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы для:

- А) определения дыхательного объема
- Б) определения частоты дыхания
- В) определения минутного объема вентиляции
- Г) оценки эффективности бронхолитической терапии

10. Компонентами развития астматического статуса являются:

- А) спазм, отек и закупорка бронхов мокротой;
- Б) дилатация, отек и закупорка бронхов мокротой;
- В) спазм, атония стенки бронхов и закупорка просвета мокротой;
- Г) стимуляция β -адренорецепторов
- Д) блокада α -адренорецепторов.

Ответы к тестовым заданиям									
1 - Б	2 - Г	3 - Г	4 - Г	5 - В	6 - Г	7 - Б	8 - А	9 - Г	10 - А

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Лечение бронхообструктивного синдрома: учебное пособие / Казаковцева М.В. – Киров, 2010.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: доцент кафедры госпитальной терапии, к.м.н. Казаковцева М.В./ _____ /

Зав. кафедрой: профессор, д.м.н Немцов Б.Ф. / _____ /

Раздел 5. Гастроэнтерология

Тема 5.1: Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия при дисфагии и желудочной диспепсии.

Цель: Способствовать формированию умений по определению механизмов возникновения дисфагии, желудочной диспепсии разного генеза, возможностей клинической и инструментальной диагностики патологии пищевода, патологии желудка, ДПК; формированию тактики ведения и грамотного лечения больных с заболеваниями пищевода, желудка и ДПК.

Задачи:

- 1. Рассмотреть механизмы возникновения дисфагий, возможности клинической и инструментальной диагностики дисфагий.
- 2. Изучить составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с дисфагией.
- 3. Изучить алгоритм диагностического поиска для пациентов с гастралгией и желудочной

диспепсией.

4. Сформировать тактику ведения, грамотного и эффективного лечения больных с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Обучающийся должен знать:

- этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний, проявляющихся дисфагией; синдромологию поражения пищевода, методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; обоснование тактики ведения больного с дисфагией, методов лечения и профилактики, заболеваний, сопровождающихся дисфагиями, прогноз заболевания;

- этиологию и патогенез синдрома желудочной диспепсии, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний, проявляющихся желудочной диспепсией, синдромологию поражения желудка и ДПК, методы диагностики, позволяющие поставить диагноз, обоснование тактики ведения больного с желудочной диспепсией и гастралгией, обоснование методов лечения и профилактики заболеваний желудка и ДПК, представлять прогноз заболевания;

- симптоматику и течение наиболее опасных неотложных состояний;

- программу лабораторно-инструментального обследования больного и консультаций специалистов при подозрении на относительно редкое заболевание;

- алгоритм лечения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями в зависимости от особенностей течения, сопутствующих заболеваний и осложнений;

- алгоритм лечения при наиболее опасных неотложных состояниях;

- принципы ведения больного на стационарном и амбулаторном этапах (критерии улучшения состояния, перехода на поддерживающую терапию, критерии обострения заболевания, определения стойкой нетрудоспособности, меры реабилитации и профилактики обострения).

Обучающийся должен уметь: провести обследование пациента с патологией пищевода и дисфагией, с патологией желудка и ДПК, оценить данные полученных исследований, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз, принять решение о направлении больного к соответствующим специалистам, назначить лечение, согласно состояния больного и установленного диагноза, а также выполнить основные врачебные, диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при угрожающих жизни состояниях, вести работу с пациентом и его родственниками с учетом пола, возраста, образования и социального положения больного в корректной, деонтологически безупречной форме; выбирать наиболее эффективный и экономичный путь лабораторно-инструментального обследования больного; выбирать наиболее эффективную и экономичную программу для лечения; работать с источниками информации (журналы, монографии).

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб анамнеза и физикального обследования пациента; навыками анализа и интерпретации результатов лабораторного обследования больного (периферической крови, мочи, кала, мокроты, биохимии крови и иммунологических показателей);

- навыками анализа и интерпретации результатов УЗИ, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, рентгенологического исследования органов брюшной полости; определения групп крови;

- навыками анализа цитологического и гистологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Контрольные вопросы.

1. Основные синдромы, характеризующие патологию пищевода.

2. Классификация дисфагий: а) по уровню поражения; б) по этиологии (пищеводные, экстраэзофагеальные).

3. Патогенетические варианты дисфагий.

4. Возможности инструментального исследования пищевода: показания и противопоказания для манометрии, эзофагоскопии, прицельной биопсии, полипозиционной рентгенографии пи-

щевода и желудка, рН-метрии.

5. Основные нозологические формы; их клинические и морфологические проявления, классификация (ГЭРБ - гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь; эзофагиты; эзофагоспазм; ахалазия кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; рак пищевода).

6. Схема диагностического поиска при пищевой дисфагии.

7. Консервативное лечение нарушений моторики пищевода (классификация прокинетиков) и воспалительных поражений.

8. Варианты синдрома желудочной диспепсии, их патогенез; гастралгии и их соотношение с морфофункциональными изменениями в органе при хронических гастритах, язвенной болезни и симптоматических язвах различного генеза и локализации.

9. Инструментальные методы исследования. ЭФГДС: соотношение эндоскопических изменений и клинической картины. Показания для биопсии желудка, оценка морфологической и гистологической картины желудка. Показания к рентгенологическому исследованию желудка, возможности метода в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стенозов привратника, инфильтративных опухолей.

10. Лабораторные методы оценки желудочной патологии (значение определения гастрина в диагностике с-ма Золлингера-Эллисона, маркёров опухолевого роста СА 72-4).

11. Методы идентификации инфицирования *H. Pylori* (прямые и непрямые).

12. Основные нозологические формы при патологии желудка; их клинические и морфологические проявления, классификации (гастриты, язвенная болезнь желудка и ДПК, осложнения язвенной б-ни, синдром Золлингера-Эллисона, болезни оперированного желудка, новообразования желудка).

13. Алгоритм диагностики заболеваний желудка, включающий клиническую, эндоскопическую, рентгенологическую картину, функциональные пробы, рН-метрию, идентификацию НР инфекции, морфологическое исследование.

14. Медикаментозная терапия заболеваний желудка; особенности консервативного лечения болезней желудка и ДПК, схемы эрадикации НР-инфицирования, показания, способы и условия контроля терапии.

15. Особенности клинического течения, диагностики и терапии язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

2. Практическая работа.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромами диспепсии, дисфагии, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения,

профилактика побочных эффектов)

- сопроводительная терапия

8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи, на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$. - 1, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлена *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Выделить синдромы. Составьте алгоритм диагностической и лечебной тактики.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования, ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его

просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм. рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натошак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.

Обоснуйте свой выбор.

5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Задача № 2

Больной В., 45 лет, предъявляет жалобы на постоянную мучительную изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Аппетит снижен. Масса тела стабильна. Стул регулярный, без патологических примесей.

Из анамнеза: болен полгода, начало заболевания связывает со стрессовой ситуацией. Не обследовался. Лечился самостоятельно – принимал антациды, спазмолитики, без эффекта. Из анамнеза жизни – курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. Работа связана со стрессовыми ситуациями. Наследственность не отягощена.

Об-но: состояние удовлетворительное, питание среднее. АД 120/60 мм. рт. ст., PS = 88 уд. в мин. Язык густо обложен белым налетом. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительно: ФГДС - пищевод проходим, множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм в пределах одной складки. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая желудка не изменена, кардиальный жом смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Слизистая двенадцатиперстной кишки без изменений.

Контрольные вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Объяснить причину развития диспепсического синдрома.
3. Представить предварительный диагноз и его обоснование.
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
5. Лечение данного больного
6. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с патологией пищевода, желудка или ДПК.

Оценить результатов лабораторных исследований.

Произвести анализ рентгенограмм при различных патологиях пищевода, желудка или ДПК.

Оценить результаты морфологического исследования биоптата пищевода или желудка.

Составить алгоритм диагностики заболеваний пищевода, желудка или ДПК.

Назначить идентификацию НР инфекции, указав основные методы ее диагностики.

Назначить медикаментозную терапию ГЭРБ, язвенной болезни желудка или ДПК, ассоциированной с НР.

Указать схемы эрадикации НР-инфицирования, прямые и непрямые показания, способы и условия контроля терапии.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

-основные синдромы, характеризующие патологию пищевода и классификация дисфагий;
-возможности инструментального исследования пищевода: показания и противопоказания для манометрии, эзофагоскопии, прицельной биопсии, полипозиционной рентгенографии пищевода и желудка, рН-метрии;

-схема диагностического поиска при пищеводной дисфагии;

-консервативное лечение нарушений моторики пищевода;

-показания к оперативному лечению при патологии пищевода;

-принципы диспансерного наблюдения за больными с патологией пищевода; группы риска по возникновению рака пищевода;

-варианты синдрома желудочной диспепсии, их патогенез; гастралгии и их соотношение с морфофункциональными изменениями в органе при хронических гастритах, язвенной болезни и симптоматических язвах различного генеза и локализации;

-показания и противопоказания к ЭФГДС, соотношение эндоскопических изменений и клинической картины;

-показания для биопсии желудка, оценка морфологической и гистологической картины желудка;

-показания к рентгенологическому исследованию желудка и его возможности в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стенозов привратника, инфильтративных опухолей;

-возможности УЗИ и эндоскопического УЗИ в диагностике болезней желудка;

-методы оценки секреторной функции желудка и их интерпретация;

-алгоритм диагностики заболеваний желудка, включающий клиническую, эндоскопическую, рентгенологическую картину, функциональные пробы, рН-метрию, идентификацию НР инфекции, морфологическое исследование;

-возможности лекарственной терапии заболеваний желудка; классификации, показания, возможные побочные эффекты основных антисекреторных препаратов (блокаторы протонной помпы, H₂-гистаминовые блокаторы, антациды); прокинетики; цитопротекторы;

-особенности консервативного лечения болезней желудка и ДПК, схемы эрадикации НР-инфицирования, показания, способы и условия контроля терапии;

- группы риска по возникновению рака желудка;

-особенности клинического течения, диагностики и терапии язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

Примеры тестовых заданий

1. Выберите 3 правильных варианта ответа. Основными диагностическими критериями язвенной болезни являются:

- а) изжога
- б) язвенный дефект
- в) рецидивирующее течение
- г) дисфагия
- д) наличие инфекции *H. pylori*.

2. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какое положение не является характеристикой пищевода Баррета:

- а) цилиндрическая метаплазия эпителия пищевода
- б) повышение риска развития аденокарциномы
- в) мужчины и женщины поражаются с одинаковой частотой
- г) диагноз может быть установлен рентгенологически.

3. В комплексную терапию язвенной болезни целесообразно включать все препараты, кроме:

- а) рабепразола
- б) домперидона
- в) висмут трикалия дицитрат
- г) нимесулид.

4. Выберите 1 правильный вариант ответа. С помощью какого исследования определяется состояние нижнего пищеводного сфинктера?

- а) биопсия пищевода
- б) манометрия пищевода
- в) тест Бернштейна
- г) внутрипищеводная рН-метрия
- д) рентгенологическое исследование пищевода с барием.

5. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какое заболевание сопровождается одинофагией:

- а) кандидозный эзофагит
- б) язвенная болезнь
- в) неосложнённый рефлюкс-эзофагит
- г) хронический гастрит.

6. Выберите 1 правильный вариант ответа. Назовите наиболее характерный симптом язвенной болезни:

- а) дисфагия, не сопровождающаяся загрудинными болями
- б) одинофагия
- в) боли за грудиной
- г) регургитация
- д) боли в области эпигастрия.

7. Выберите 1 правильный вариант ответа. Для какого заболевания наиболее типична дисфагия твердой и жидкой пищи?

- а) рак пищевода
- б) ахалазия кардии
- в) грыжа ПОД
- г) доброкачественная стриктура пищевода
- д) пищевод Баррета.

8. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите наиболее информативный метод диагностики язвенной болезни:

- а) фиброгастроскопия
- б) эзофагонономанометрия
- в) тест Бернштейна
- г) суточное рН-мониторирование желудка
- д) рентгенологическое исследование с барием.

9. Выберите 1 правильный вариант ответа. Контрольным методом эффективности проведенной эрадикации является:

- а) серологический метод определения антител к *H. pylori*
- б) определение антигена *H. pylori* в кале
- в) морфологический метод
- г) цитологический метод

10. Выберите 1 правильный вариант ответа. Наиболее частым осложнением язвенной болезни является:

- а) малигнизация
- б) перфорация
- в) кровотечение
- г) стеноз привратника

Ответы на тестовые задания									
1-Б,В,Д	2- Г	3-Г	4- Б	5-А	6-Д	7-Б	8-А	9-Б	10-В

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Язвенная болезнь: современные аспекты диагностики и лечения: учебное пособие / Симонова Ж.Г. – Киров, 2018.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии,
д.м.н., Симонова Ж.Г. _____

Раздел 5. Гастроэнтерология

Тема 5.2: Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме диареи.

Цель занятия:

Способствовать формированию умений по определению механизмов диареи различного генеза, возможностей клинической и инструментальной диагностики патологии кишечника и особенностей их интерпретации, формированию терапевтической тактики ведения и грамотного лечения больных с заболеваниями кишечника, сопровождающимися синдромом диареи.

Задачи:

1. Рассмотреть составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с хрониче-

ской диареей.

2. Обучить формированию тактики ведения больных с заболеваниями кишечника.
3. Рассмотреть дифференциальный диагноз при синдроме диареи.
4. Сформировать терапевтическую тактику эффективного и грамотного лечения больных с заболеваниями кишечника, сопровождающимися синдромом диареи.

Обучающийся должен знать:

-этиологию, патогенез синдрома диареи; современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний, проявляющихся синдромом диареи; синдромологию поражения кишечника, методы диагностики, позволяющие поставить диагноз;

- обоснование тактики ведения больного с диареей, обоснование методов лечения и профилактики заболеваний кишечника; студент должен представлять прогноз заболевания;
- симптоматику и течение наиболее опасных неотложных состояний;
- программу лабораторно-инструментального обследования больного и консультаций специалистов при подозрении на относительно редкое заболевание;
- алгоритм лечения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями в зависимости от особенностей течения, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- алгоритм лечения при наиболее опасных неотложных состояниях;
- принципы ведения больного на стационарном и амбулаторном этапах (критерии улучшения состояния, перехода на поддерживающую терапию, критерии обострения заболевания, определения стойкой нетрудоспособности, меры реабилитации и профилактики обострения).

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с хронической диареей и патологией кишечника, оценить данные полученных исследований, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз, принять решение о направлении больного к соответствующим специалистам, назначить лечение, согласно состояния больного и установленного диагноза, выполнить основные врачебные, диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при угрожающем жизни больного состоянии; вести работу с пациентом и его родственниками с учетом пола, возраста, образования и социального положения больного в корректной, деонтологически безупречной форме; выбирать наиболее эффективный и экономичный путь лабораторно-инструментального обследования больного; выбирать наиболее эффективную и экономичную программу для лечения; работать с источниками информации (журналы, монографии).

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб анамнеза и физикального обследования пациента;
- навыками анализа и интерпретации результатов лабораторного обследования больного (периферической крови, мочи, кала, мокроты, биохимии крови и иммунологических показателей);
- навыками анализа и интерпретации результатов УЗИ, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, рентгенологического исследования органов брюшной полости; определения групп крови;
- навыками анализа цитологического и гистологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Определение «синдрома диареи», разграничение острой и хронической диареи.
2. Патогенетические варианты диареи (осмотический, гиперсекреторный, дисмоторный, эксудативный); определение уровня поражения кишечника при диарее (тонкая или толстая кишка).
3. Клинические синдромы и копрологические симптомы, возникающие при заболеваниях толстой и тонкой кишки, причины нарушения внутриполостного и пристеночного (внутриклеточного) пищеварения.
4. Назвать алгоритм диагностики при хронической диарее.
5. Основные нозологические формы, сопровождающиеся диареей; их клинические и мор-

фологические проявления, классификации (врождённые и приобретённые ферментопатии; НЯК; БК; СРК; дисбиозы кишечника).

6. Особенности консервативного лечения болезней кишечника.

7. Показания и противопоказания: 1) к антибактериальной терапии, 2) к лечению эубиотиками (энтеросептол, интестопан, интетрикс), 3) к антидиарейным препаратам (адсорбенты, агонисты опиоидных рецепторов, стимуляторы абсорбции электролитов).

8. Показания к оперативному лечению заболеваний кишечника.

9. Принципы диспансерного наблюдения; группы риска по возникновению рака кишечника.

10. Определение, классификация, патогенез язвенного колита.

11. Клиника, диагностика, лечение язвенного колита.

12. Определение, классификация, патогенез Болезни Крона.

13. Клиника, диагностика, лечение болезни Крона.

14. Перспективы в лечебной тактике воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

2. Практическая работа.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромом диареи, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной С., 30 лет, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 12-15 раз в сутки с примесью слизи, крови; на схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией. Отмечает повышение температуры до 37,5-38°C, боли в крупных суставах при ходьбе, похудение на 10 кг за 6 мес. Болен в течение 7 лет. Периодически лечился стационарно, с положительным эффектом, в период между госпитализациями получает поддерживающую терапию.

Об-но: состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие. АД=105/70, пульс-95 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной и левой подвздошной областях.

Лабораторные данные:

Общий ан. крови: Нв- 80г/л. Эр.-3,0x10¹²/л, СОЭ-35мм/час, общ. белок-56г/л, альбумины-

40%,глобулины-60%.

Фиброколоноскопия: Осмотрена вся толстая кишка. Слизистая малиново-красного цвета с мелкоточечными, белесоватыми высыпаниями, покрыта фибринными пленками, при соприкосновении кровоточит, имеются эрозии. В просвете кишки - слизь и гной.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больной, 54 лет, поступил в стационар с жалобами на боль в левых отделах живота, изредка схваткообразного характера, уменьшается после дефекации. Стул неоформленный с примесью крови, до 2- 4 раз в сутки. Appetit снижен. Масса тела снижена на 12 кг за последние полгода.

Из анамнеза: болен полгода. Отмечал рецидивы болей в центральных и правых отделах живота в сочетании с диареей. К врачу не обращался.

Об-но: Больной пониженного питания, признаки анемии, состояние средней тяжести. Температура 38,2 °С. АД 110/80 мм.рт.ст. PS – 98 уд в мин Живот болезненный в нижних отделах с обеих сторон. В правой подвздошной области пальпируется округлое болезненное образование в области слепой кишки. Слева пальпируется сигмовидная кишка, болезненная, подвижная.

Лабораторно:

1. Общ. ан. крови: НВ=90 г/л, эр=3,5x10¹²/л, СОЭ=45 мм/час, общ. белок=65г/л., альбумины-40%, глобулины 60%.
2. per rectum: внутренние геморроидальные узлы первой стадии, а также воспалённые фиброзные полипы вокруг анального отверстия.
3. Ирригоскопия: наличие стриктуры в нисходящем отделе толстой кишки и в терминальном отделе подвздошной кишки.
4. Биопсия фиброзных полипов - неказеозные гранулёмы с гигантскими клетками.

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить причины развития диареи.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задача № 2

Больная В., 38 лет, поступила с жалобами на боли приступообразного характера в левой подвздошной области, утихающие после дефекации, вздутие живота, неполное опорожнение кишечника после дефекации. Отмечает повышение температуры до 37,2°С. Масса тела стабильна. Стул нерегулярный, отмечает чередование жидкого стула и запоров, примесей крови и слизи в стуле нет. Больна в течение последнего года.

Об-но: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной влажности и эластичности. АД=120/72, пульс-82 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторные данные:

Общий ан. крови: Нв-132г/л. Эр.-4,0x10¹²/л, СОЭ-12мм/час, общ. белок-70г/л.

Ирригоскопия - просвет толстой кишки нормальный, гипертонус не выражен, межаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена. В сигмовидной и нисходящей ободочной кишках множественные дивертикулы до 0,5-1см, контуры некоторых дивертикул

неровные, рельеф слизистой прослеживается во всех отделах.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с патологией кишечника.

Представить: оценку результатов лабораторных исследований (ОАК, группа крови и Rh-фактор, исследование на ВИЧ, ионограмма, сывороточное железо, билирубин, трансаминазы, маркёры холестаза, холестерин крови, ОАМ, иммунограмма, посев кала на бактериальную флору).

Произвести анализ рентгенограмм при различных патологиях толстой и тонкой кишки (рентгенография по протяжению и ирригоскопия), провести оценку копрограмм с выделением основных копрологических симптомов, -разобрать результаты эндоскопических (ректороманоскопия, колоноскопия) исследований толстой кишки.

Указать патогенетические варианты диареи (осмотический, гиперсекреторный, дисмоторный, эксудативный); определить уровень поражения кишечника при диарее (тонкая или толстая кишка).

Перечислить клинические синдромы и копрологические симптомы, возникающие при заболеваниях толстой и тонкой кишки, причины нарушения внутриполостного и пристеночного (внутриклеточного) пищеварения.

Представить показания и противопоказания к проведению, и оценку результатов эндоскопических исследований толстой кишки (осмотр ректальным зеркалом, ректороманоскопия, колоноскопия), указать эндоскопические критерии диагностики заболеваний кишечника (НЯК, БК, опухоли, дивертикулёз).

Назвать показания к биопсии, оценить данные гистологического исследования, морфологические критерии НЯК, БК, полипоза кишечника.

Представить показания и оценку результатов ирригоскопии.

Интерпретировать результаты копрограмм (выделение симптомов и определение уровня поражения пищеварительного тракта), указать показания к проведению и оценка данных бактериологического исследования кала, диагностика и определение степени тяжести дисбактериоза кишечника.

Составить современную схему алгоритма диагностики при хронической диарее, представить основные нозологические формы, сопровождающиеся диареей; их клинические и морфологические проявления, классификации (врождённые и приобретённые ферментопатии; НЯК; БК; СРК; дисбиозы кишечника).

Назначить консервативную терапию больного с заболеванием кишечника, указав показания и противопоказания: 1) к антибактериальной терапии, 2) к лечению эубиотиками (энтеросептол, интестопан, интетрикс), 3) к антидиарейным препаратам (адсорбенты, агонисты опиоидных рецепторов, стимуляторы абсорбции электролитов), к оперативному лечению заболеваний кишечника; принципы диспансерного наблюдения; группы риска по возникновению рака кишечника.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Представьте основные концепции этиологии язвенного колита.
2. Назовите основные классификации язвенного колита.
3. Перечислите основные клинические особенности язвенного колита

4. Укажите внекишечные (системные) проявления язвенного колита
5. Перечислите основные этапы диагностического поиска при язвенном колите .
6. Каковы отличительные признаки язвенного колита в сравнении с болезнью Крона? Какие лекарственные препараты применяются для лечения язвенного колита?
7. Назовите тактику лечения среднетяжелой атаки левостороннего и тотального колита.
8. Укажите рекомендации по выбору препаратов для индукции и поддержания ремиссии при легкой атаке язвенного колита (проктита) .
9. Обозначьте показания к хирургическому лечению язвенного колита .
10. Перечислите клинические осложнения язвенного колита .
11. Что такое болезнь Крона? Дайте определение и назовите основные клинические проявления болезни Крона .
12. Перечислите основные этапы диагностического поиска при болезни Крона.
13. Какие формы болезни Крона выделяют согласно современным классификациям?
14. Каким образом оценивается активность болезни Крона?
15. Назовите основные осложнения болезни Крона.
16. Какова основная цель терапии болезни Крона?
17. Перечислите основные группы препаратов, применяемых при лечении болезни Крона .
18. Укажите абсолютные показания к хирургическому лечению болезни Крона .
19. Каковы относительные показания для выполнения хирургического вмешательства при болезни Крона .

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Примеры тестовых заданий

Выберите один правильный ответ.

1. Укажите внекишечные (системные) проявления язвенного колита, клинические проявления которого зависят от активности основного заболевания:

- 1) узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;
- 2) гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит

2. Заболеванием, которое при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки, является:

- 1) болезнь Крона;
- 2) язвенный колит;
- 3) ишемический колит;
- 4) псевдомембранозный колит.

3. Укажите возможные осложнения болезни Крона:

- 1) формирование фистул и свищей;
- 2) кишечное кровотечение;
- 3) токсический мегаколон;
- 4) кишечная непроходимость;
- 5) все вышеперечисленное.

4. Наиболее диагностически ценным с точки зрения характеристики активности язвенного колита является:

- 1) наличие язвенного дефекта;
- 2) наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки;
- 3) наличие пролиферативной активности фибробластов.

5. Наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию:

- 1) язвенный колит;
- 2) псевдомембранозный колит;
- 3) ишемический колит;
- 4) болезнь Крона.

6. Наиболее предпочтительным диагностическим инструментальным методом для диагностики язвенного колита является:

- 1) ирригоскопия;
- 2) колоноскопия;
- 3) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием.

7. Наиболее оправданная лечебная тактика при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит, является:

- 1) немедленное оперативное вмешательство;
- 2) налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов;
- 3) налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов;
- 4) выжидательная тактика в течение 48 часов без изменения проводимой базисной терапии

8. Укажите лекарственные препараты для базисной терапии язвенного колита:

- 1) спазмолитики;
- 2) пробиотики;
- 3) препараты 5-АСК;
- 4) ферменты.

9. Наиболее информативными морфологическими признаками ишемического колита являются:

- 1) косое расположение волокон в мышечном слое между очагами атрофии;
- 2) наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином;
- 3) наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии.

10. Из перечисленных методов инструментального исследования «эталонным» для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания является:

- 1) ректороманоскопия;
- 2) ирригоскопия;
- 3) колоноскопия.

Ответы на тестовые задания									
1-1	2- 4	3-5	4-2	5-4	6-3	7-3	8-3	9-2	10-1

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Воспалительные заболевания кишечника: диагностика и лечение: учебное пособие / Си-

монова Ж.Г. – Киров, 2017.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии,
д.м.н., Симонова Ж.Г. _____

Раздел 5.Гастроэнтерология

Тема 5.3: Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия при синдроме мальабсорбции.

Цель: Способствовать формированию умений по определению механизмов возникновения синдрома мальабсорбции различного генеза, возможностей клинической и инструментальной диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и патологии тонкого кишечника (как основных причин мальабсорбции) и особенностей их интерпретации; формированию тактики ведения, грамотного и эффективного лечения больных с заболеваниями поджелудочной железы и тонкого кишечника, сопровождающихся синдромом мальабсорбции.

Задачи:

1. Рассмотреть механизмы возникновения синдрома мальабсорбции, возможности клинической и инструментальной диагностики.
2. Изучить алгоритм диагностического поиска для пациентов с синдромом мальабсорбции.
3. Обучить тактике ведения больных с заболеваниями поджелудочной железы и тонкого кишечника.
4. Изучить схему дифференциального диагноза при синдроме мальабсорбции.
5. Сформировать тактику грамотного и эффективного лечения больных с заболеваниями поджелудочной железы и тонкого кишечника, сопровождающихся синдромом мальабсорбции.

Обучающийся должен знать:

- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний, проявляющихся синдромом мальабсорбции. Знать синдромологию поражений поджелудочной железы и тонкого кишечника, методы функциональной диагностики, позволяющие поставить диагноз;
- обоснование тактики ведения больного с мальабсорбцией и обоснование методов лечения и профилактики заболеваний поджелудочной железы и тонкого кишечника; студент должен представлять прогноз заболевания, сопровождающегося мальабсорбцией;
- симптоматику и течение наиболее опасных неотложных состояний;
- программу лабораторно-инструментального обследования больного и консультаций специалистов при подозрении на относительно редкое заболевание;
- алгоритм лечения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями в зависимости от особенностей течения, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- алгоритм лечения при наиболее опасных неотложных состояниях;
- принципы ведения больного на стационарном и амбулаторном этапах (критерии улучшения состояния, перехода на поддерживающую терапию, критерии обострения заболевания, определения стойкой нетрудоспособности, меры реабилитации и профилактики обострения).

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с синдромом мальабсорбции, определить уровень поражения и основную причину нарушения всасывания жизненноважных элементов, электролитов, витаминов, оценить данные полученных исследований, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз, принять решение о направлении больного к соответствующему

щим специалистам, назначить лечение согласно состояния больного и установленного диагноза, а так же выполнить основные врачебные, диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при наличии угрожающего жизни состояния больного;

- вести работу с пациентом и его родственниками с учетом пола, возраста, образования и социального положения больного в корректной, деонтологически безупречной форме; выбирать наиболее эффективный и экономичный путь лабораторно-инструментального обследования больного;

- выбрать наиболее эффективную и экономичную программу для лечения;

- работать с источниками информации (журналы, монографии).

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб анамнеза и физикального обследования пациента;

- навыками анализа и интерпретации результатов лабораторного обследования больного (периферической крови, мочи, кала, мокроты, биохимии крови и иммунологических показателей);

- навыками анализа и интерпретации результатов УЗИ, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, рентгенологического исследования органов брюшной полости; определения групп крови;

- навыками анализа цитологического и гистологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Определение «синдрома мальабсорбции»; критерии диагностики и оценки степени тяжести синдрома мальабсорбции (клинические и лабораторные).

2. Патогенетические варианты синдрома мальабсорбции и возможные причины.

3. Возможности эндоскопической диагностики патологии тонкой кишки; энтеробиопсия (показания, техника выполнения, оценка результатов).

4. Рентгенологические методы оценки патологии кишечника с целью уточнения генеза мальабсорбции.

5. Дифференциальный диагноз метаболических нарушений, обусловленных синдромом мальабсорбции, алиментарными причинами, нефротическим синдромом, печёчно-клеточной недостаточностью, интоксикацией, распадом злокачественных опухолей, тиреотоксикозом; алгоритм диагностического поиска при синдроме мальабсорбции.

6. Диагностика и оценка функционального состояния поджелудочной железы при панкреатитах.

7. Определение, классификация и диагностика хронических панкреатитов.

8. Клиника и лечение хронических панкреатитов, диспансерное наблюдение.

9. Классификация ферментных препаратов, коррекция нарушений всасывания,-принципы диетической и медикаментозной коррекции синдрома мальабсорбции в зависимости от причины возникновения и степени тяжести.

10. Особенности клинического течения, диагностики и терапии хронического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Практическая работа.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромом мальабсорбции, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной 35 лет доставлен в стационар с жалобами на острые, интенсивные боли в левом подреберии. Дважды была рвота кислым содержимым желудка, не приносящая облегчения. Стул неоформленный, до 5 раз, без примесей. Госпитализирован через 6 часов после начала приступа болей. Накануне - алкогольный эксцесс. В анамнезе – два года назад острый панкреатит.

Состояние тяжелое. Бледен, кожные покровы влажные, температура тела 36,2, пульс – 86 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, болезнен в эпигастрии и левом подреберии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторные данные:

1. Общий анализ крови: НВ=125г/л, эр=4,4x10¹²/л, СОЭ=35мм/час, общ. белок=72г/л.
2. Биохим. анализ крови: общ. билирубин 16 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, АсТ - 20 Ед, АлТ - 15 Ед, ЩФ - 58 Ед, ГГТП - 15 Ед.
3. Копрограмма: нейтральный жир +++, мышечные волокна с исчерченностью +++, мышечные волокна без исчерченности +++, крахмал +++, иодофильная флора +++.

Вопросы:

1. Выделить синдромы. Составьте алгоритм диагностической и лечебной тактики.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования, ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больная 46 лет поступила в стационар с жалобами на приступообразные боли опоясывающего характера, сопровождавшиеся рвотой без облегчения, отрыжку воздухом. Аппетит снижен. Стул неоформленный до 3-4 раз в сутки без примесей крови и слизи. Вес снижен на 6-7 кг за последние полгода.

Из анамнеза: больной считает себя в течение полугода. Год назад перенесла операцию по поводу ЖКБ (лапароскопическая холецистэктомия). Отмечает погрешности в питании. Вредных привычек нет: алкоголь не употребляет, не курит.

Об-но: Состояние удовлетворительное, кожа сухая, тургор снижен, бледная. АД 110/80 мм.рт.ст. PS – 78 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в треугольнике Шофара. Болезненность в точках Губергрица, Дежардена, Мейо-Робсона. Печень не увеличена, край безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

1. Общий анализ крови: НВ=110г/л, эр=3,5x10¹²/л, СОЭ=30мм/час, общ. белок=60г/л., альбумины-40%, глобулины 60%.

2. Биохимический анализ крови: общ. билирубин 22 мкмоль/л, прямой 3,5 мкмоль/л, АсТ – 23 Ед, АлТ - 18 Ед, ЩФ - 60 Ед, ГГТП -22 Ед.
3. Эластаза-1 – 100 мкг/г (кала).
4. Копрограмма: нейтральный жир +++.
5. УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Выделить синдромы, объяснить причину и патогенез болевого абдоминального синдрома. Составьте алгоритм диагностической и лечебной тактики.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования, ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

Задача № 2

Больная 59 лет, поступила с жалобами на боли тупого, ноющего характера в левом подреберии, вздутие живота, метеоризм. Отмечает повышение температуры до 37,2°C. Масса тела снижена за последний год на 12 кг. Стул неоформленный до 4-5 раз в день, примесей крови и слизи в стуле нет. Больной считает себя в течение последнего года.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2 типа 5 лет, принимает диабетон. Вредных привычек нет. Операций не было. Наследственность отягощена – у матери сахарный диабет 2 типа.

Об-но: состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, сниженной эластичности. ИМТ =20,5. АД=120/60, пульс-82 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом подреберии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: Нв-132г/л, эр-4,0х10¹²/л, СОЭ-35мм/час, общ. белок-70г/л. Глюкоза крови – 7,2ммоль/л.

Копрограмма: нейтральный жир +++, жирные кислоты ++, мышечные волокна с исчерченностью +++, мышечные волокна без исчерченности +++++.

Ирригоскопия: просвет толстой кишки нормальный, гипертонус не выражен, межаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена, рельеф слизистой прослеживается во всех отделах.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данного больного
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с патологией тонкого кишечника, поджелудочной железы. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК с ретикулоцитами, протеинограмма, сывороточное железо, билирубин, трансаминазы, амилаза и сахар крови и мочи, кальций крови, бактериологическое исследование кала). П Провести оценку копрограмм с выделением основных копрологических симптомов. Оценить результаты теста с эластазой-1.

Произвести анализ рентгенограмм при различных патологиях тонкой кишки и поджелудочной железы (пассаж бариевой взвеси по кишечнику, энтерография, мезентерикография, целиакография, ЭРПХГ). Оценить результаты морфологического исследования биоптата тонкой кишки (энтеробиопсия). Правильно интерпретировать результаты УЗИ и томографии поджелудочной железы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Дайте определение понятия «хронический панкреатит». Укажите основные этиологические факторы развития хронического панкреатита.

2) Какие классификации хронических панкреатитов выделяют на современном этапе?

3) Укажите клинические особенности и основные синдромы, характерные для хронического панкреатита.

4) Каковы возможные осложнения хронического панкреатита?

5) Представьте методы диагностики хронических панкреатитов.

6) Перечислите функциональные методы исследования хронического панкреатита.

7) Каковы методы инструментальной диагностики хронического панкреатита, их значение?

8) Перечислите основные задачи и особенности терапии хронического панкреатита.

9) Каковы основные принципы купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите?

10) Назовите основные принципы диетотерапии при хроническом панкреатите с внешне-секреторной недостаточностью.

11) Укажите особенности и тактику ферментативной заместительной терапии при лечении хронического панкреатита.

12) Укажите роль коррекции эндокринной недостаточности при терапии хронического панкреатита.

13) В каких случаях при лечении хронического панкреатита назначается антибактериальная терапия?

14) Дать определение «синдрома мальабсорбции»; критерии диагностики и оценки степени тяжести синдрома мальабсорбции (клинические и лабораторные).

15) Указать патогенетические варианты синдрома мальабсорбции и возможные причины.

16) Перечислить возможности эндоскопической диагностики патологии тонкой кишки; энтеробиопсия (показания, техника выполнения, оценка результатов).

17) Представить рентгенологические методы оценки патологии кишечника с целью уточнения генеза мальабсорбции.

18) Интерпретировать результаты копрограммы, методы оценки всасывания жиров, углеводов, диагностическое значение элиминационных диет и провокационных проб.

19) Провести дифференциальный диагноз метаболических нарушений, обусловленных синдромом мальабсорбции, алиментарными причинами, нефротическим синдромом, печёночно-клеточной недостаточностью, интоксикацией, распадом злокачественных опухолей, тиреотоксикозом; алгоритм диагностического поиска при синдроме мальабсорбции.

20) Назвать особенности клинического течения хронического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста .

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

Примеры тестовых заданий:

1. Выберите 2 варианта ответа. Укажите две особенности сахарного диабета, развившегося на фоне хронического панкреатита:

а) частые гипогликемии на фоне введения инсулина;

б) склонность к возникновению кетоацидоза;

в) редкое и позднее возникновение ангиопатий;

г) для коррекции требуются большие дозы инсулина.

2. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какой тест является наиболее достоверным для диагностики мальабсорбции:

а) тест с Д-ксилозой;

- б) тест с толерантностью к глюкозе;
- в) тест Шиллинга;
- г) рентгенологическое исследование толстой кишки;
- д) тест на толерантность к лактозе.

3. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы:

- а) тест с Д-ксилозой;
- б) секретин-панкреозиминный тест;
- в) показатели активности липазы и амилазы в сыворотке крови;
- г) копрологическое исследование.

4. Выберите 1 правильный вариант ответа. Наиболее информативным методом диагностики патологии поджелудочной железы является:

- а) рентгенологический;
- б) ультразвуковой;
- в) биохимический;
- г) компьютерная томография.

5. Выберите 1 правильный вариант ответа. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

- а) копрологическое исследование;
- б) ректороманоскопия;
- в) биохимическое исследование крови;
- г) рентгенологические данные;
- д) исследование желудочной секреции.

6. Выберите 1 правильный вариант ответа. Секрцию панкреатического сока наиболее активно стимулируют:

- а) соматостатин;
- б) секретин;
- в) гастрин;
- г) холецистокинин.

7. Выберите 1 правильный вариант ответа. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:

- а) развитие сахарного диабета;
- б) снижение функции внешней секреции;
- в) желтуха;
- г) повышение активности aminотрансфераз;
- д) гепатомегалия.

8. Выберите 1 правильный вариант ответа. Больному хроническим панкреатитом с внешне-секреторной недостаточностью для лечения показаны:

- а) ферментные препараты;
- б) антациды;
- в) гепатопротекторы;
- г) аглютеновая диета;
- д) глюкокортикостероиды.

9. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какой диагноз следует предполагать при наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции:

- а) синдром раздраженной кишки;

- б) ахлоргидрия;
- в) истерия;
- г) гранулематозный колит;
- д) глютенная энтеропатия.

10. Выберите 1 правильный вариант ответа. Для какого диагноза характерна стеаторея?

- а) хронический панкреатит;
- б) болезнь Крона;
- в) ишемический колит;
- г) синдром раздраженной кишки;
- д) дискинезия желчного пузыря

Ответы на тестовые задания									
1-а,в	2- а	3-б	4-г	5-а	6-б	7-б	8-а	9-а	10-а

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Хронический панкреатит: вопросы диагностики и лечения: учебное пособие / Симонова Ж.Г. – Киров, 2017.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии,
д.м.н., Симонова Ж.Г. _____

Раздел 5. Гастроэнтерология

Тема 5.4: Дифференциальный диагноз гепатомегалий и желтух.

Цель: способствовать формированию умений по определению патогенетических и морфологических механизмов возникновения гепатомегалий различного генеза, возможностей клинической и инструментальной диагностики патологии печени; способствовать формированию умений по определению патогенеза синдрома желтухи (гипербилирубинемии) и холестаза (внутри-, внепечёночного генеза), возможностей клинической, лабораторной и инструментальной их диагностики; формированию тактики ведения и грамотного лечения больных с заболеваниями печени, сопровождающимися синдромами гепатомегалии, желтухи.

Задачи:

1. Рассмотреть патогенез заболеваний печени, возможности клинической и инструментальной диагностики.
2. Рассмотреть составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с гепатомегалией.
3. Обучить составлению алгоритма диагностического поиска для пациентов с желтухами

и/или холестаазом различного генеза.

4. Изучить дифференциальный диагноз при гепатомегалии, желтухах и/или холестазах.

5. Сформировать тактику ведения, эффективного и грамотного лечения больных с заболеваниями печени, сопровождающимися гепатомегалией, желтухой и/или холестаазом различного генеза.

Обучающийся должен знать:

- синдромологию поражений печени, методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; обоснование тактики ведения больного с гепатомегалией; этиологию, патогенез заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией; современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения хронических диффузных заболеваний печени;

- обоснование тактики ведения больного с гепатомегалией; методы этиотропной и патогенетической терапии хронических гепатитов; представлять прогноз заболевания;

- этиологию и патогенез синдрома желтухи и холестаза, дифференциальную диагностику перечисленных синдромов; современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний, сопровождающихся синдромами желтухи и/или холестаза;

- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; обоснование тактики ведения больного с желтухой и/или холестаазом; методы этиотропной и патогенетической терапии заболеваний, проявляющихся желтухой и/или холестаазом; представлять прогноз данных состояний и заболеваний;

- симптоматику и течение наиболее опасных неотложных состояний;

- программу лабораторно-инструментального обследования больного и консультаций специалистов при подозрении на относительно редкое заболевание;

- алгоритм лечения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями в зависимости от особенностей течения, сопутствующих заболеваний и осложнений;

- принципы ведения больного на стационарном и амбулаторном этапах (критерии улучшения состояния, перехода на поддерживающую терапию, критерии обострения заболевания, определения стойкой нетрудоспособности, меры реабилитации и профилактики обострения).

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с гепатомегалией и патологией печени, провести обследование пациента с желтухой и холестаазом, оценить данные полученных исследований, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз, принять решение о направлении больного к соответствующим специалистам, назначить лечение согласно состоянию больного и установленного диагноза, а так же выполнить основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при наличии угрожающего жизни состояния больного; вести работу с пациентом и его родственниками с учетом пола, возраста, образования и социального положения больного в корректной, деонтологически безупречной форме; выбирать наиболее эффективный и экономичный путь лабораторно-инструментального обследования больного; выбирать наиболее эффективную и экономичную программу для лечения; работать с источниками информации (журналы, монографии).

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб анамнеза и физикального обследования пациента; навыками анализа и интерпретации результатов лабораторного обследования больного (периферической крови, мочи, кала, мокроты, биохимии крови и иммунологических показателей);

- навыками анализа и интерпретации результатов УЗИ, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, рентгенологического исследования органов брюшной полости; определения групп крови;

- навыками анализа цитологического и гистологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Классификация хронического гепатита.

2. Этиология, патогенез, эпидемиология хронических гепатитов.
3. Клинические проявления хронических гепатитов.
4. Методы диагностики и дифференциальная диагностика хронических гепатитов.
5. Стандарты ведения больных хроническими гепатитами.
6. Диспансерное наблюдение больных хроническими гепатитами.
7. Этиология, патогенез, эпидемиология циррозов печени.
8. Классификация циррозов печени.
9. Клинические проявления циррозов печени.
10. Методы диагностики и дифференциальная диагностика циррозов печени.
11. Стандарты ведения больных циррозами печени.
12. Диспансерное наблюдение больных циррозами печени.

2. Практическая работа.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромами гепатомегалии, желтухи, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной С., 50 лет, поступает в стационар с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, на слабость, утомляемость, желтушность кожных покровов, десневые и носовые кровотечения, вздутие живота, более выраженное в вечернее время. Аппетит снижен. Масса тела снижена на 5 кг за последние 2 мес. Стул неоформленный, 2-3 раза в сутки, без патологических примесей.

10 лет назад перенес острый вирусный гепатит В. После выписки из стационара через некоторое время стали беспокоить тупые боли в правом подреберье, тяжесть и дискомфорт в области правого подреберья, появилась иктеричность склер. Был пролечен амбулаторно с положительным эффектом. В последний год отмечено ухудшение самочувствия-появились слабость, утомляемость, вздутие живота, кровоточивость десен.

Объективно: Больной пониженного питания. Желтушность кожных покровов и склер, на передней поверхности грудной клетки – телеангиоэктазии. Ладони малиновой окраски. Живот

увеличен в объеме, вздут, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Размеры печени по Курлову: 16x12x10 см, край острый, плотный, безболезненный. Селезенка размеров 12x10см.

Допол.методы исследования:

ГОАК: Нв- 88г/л, Эр.- $2,7 \times 10^{12}$ /л, Ле- $2,2 \times 10^9$ /л, Тр.- 80×10^{12} /л,

2. Общ.билирубин - 100 мкмоль/л, прямой - 75 мкмоль/л, общ.белок - 50 г/л, холестерин - 2,8 ммоль/л, АСТ - 200 усл.ед/ АЛТ - 150 усл.ед/

НВsAg - отриц., анти НВsAg - положит., НВeAg - отриц., анти НВeAg - положит., анти НВсог Ig G- положит., анти Нвсог Ig M - отриц.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данного больного
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больная Т., 36 лет, поступила с жалобами на выраженный кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависящую от приема пищи, периодически возникающие носовые и десневые кровотечения, боли в костях, нарушение сумеречного зрения. Больной считает себя в течение 3 лет, когда появился зуд кожных покровов. Лечилась различными средствами наружного применения без эффекта. Полгода назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, постоянный кожный зуд..

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 15x12x10 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 11x9см.

Допол. методы исследования: Холестерин - 9,8 ммоль/л, общ.билирубин - 115мкмоль/л, прямой -25мкмоль/л, ЩФ - 1000 ед/л , АСТ - 150 ед/л, ГГТП - 500 ед/л, АЛТ - 95 ед/л

АТ к НВВ и НВС не обнаружены, обнаружены АМА в титре 1: 500.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Доп.методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данной больной
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задача №2

Больная А., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, на желтушность склер. С детства отмечала иктеричность склер, усиливающуюся после психоэмоциональных нагрузок, физических нагрузок.

Объективно: кожные покровы слегка желтушны, склеры иктеричны, со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем отклонений нет. Язык влажный, с желтоватым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см, край гладкий, эластичный, селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

Общие анализы мочи и крови без особенностей.

Общ. билирубин 45 мкмоль/л, прямой 5,0 мкмоль/л, АсТ - 22 усл.ед., АлТ - 17 усл.ед., Щ.Ф. - 110 усл.ед., ГГТП - 15 усл.ед.

Маркеры вирусного гепатита В и С не обнаружены.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.

2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Доп. методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз.

4. Задания для групповой работы

Провести объективный осмотр больного с выявляемой гепатомегалией. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза крови и мочи, уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные, АМА, АНА, а-фетопротеин).

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при гепатомегалии. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и оценить результаты морфологического исследования печени.

Провести объективный осмотр больного с желтухой и/или холестазом. Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК с ретикулоцитами, ОРЭ, пробы Кумбса прямая и непрямая, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза и уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные, АМА, АНА, а-фетопротеин, Са 19-9, РЭА).

Оценить результаты рентгенологического исследования (спленопортография).

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при желтухах и/или холестазах. Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов. Определить показания и противопоказания к морфологическому исследованию печени.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Дать характеристику основных синдромов при заболеваниях печени (гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, паренхиматозная желтуха, внутripечёночный холестаз, портальная гипертензия, печёночноклеточная недостаточность и её внепечёночные проявления, печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром).

2. Указать патоморфологическую основу гепатомегалий (очаговое поражение печени, застой крови, лимфы, миело-и лимфопролиферативные процессы, дистрофии гепатоцитов, тезаурисмозы).

3. Назвать возможности диагностики патологического процесса, сопровождающегося гепатомегалией по данным:

а) физикального исследования органов.

б) УЗИ исследования (размеры органа, контуры, структура, эхогенность).

в) компьютерная томография – показания, диагностическая ценность в сравнении с УЗИ.

г) лапароскопия – показания, диагностические возможности.

е) биопсия печени – показания, противопоказания, виды (прицельная, пункционная), морфологические критерии гепатозов, гепатитов, циррозов.

4. Дать определение хронических гепатитов (критерии диагноза, этиологии, степени активности, особенности течения различных вариантов и их прогноз).

5. Особенности этиотропной или патогенетической терапии хронических гепатитов; диспансерное наблюдение за больными с хроническими диффузными болезнями печени, прогноз.

6. Определение и патогенез синдромов желтухи (гипербилирубинемия) и холестаза (нарушение тока и образования желчи или уменьшение поступления её в ДПК вследствие патологии на

каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска).

7. Патогенетические варианты желтух (надпечёночная, печёночная, подпечёночная или холестатическая), клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика с проведением дифференциального диагноза желтух.

8. Патогенетические варианты холестаза (острый или хронический; внепечёночный и внутрипечёночный), лабораторная, инструментальная, морфологическая диагностика с проведением дифференциального диагноза, диагностические критерии, возможная нозологическая принадлежность.

9. Составить алгоритм дифференциальной диагностики желтух и холестаза.

10. Пигментные гепатозы (семейные гипербилирубинемии Жильбера, Криглера-Наяра, Ротора, Дабина-Джонсона); дифференциальный диагноз синдрома Жильбера и гемолитических анемий, диагностика, тактика ведения пациентов, прогноз заболевания.

11. Холестаз беременных - клиника, диагностика, тактика ведения.

12. Острая жировая печень беременных (синдром Шихана) – клиника, диагностика, тактика ведения.

13. Первичный склерозирующий холангит – клиника, особенности течения, диагностика, лечение, прогноз.

14. Первичный билиарный цирроз печени – клиника, диагностика, особенности течения, тактика ведения больных, прогноз.

15. Понятие о вторичном билиарном циррозе печени – диагностика, тактика ведения пациентов, прогноз.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один правильный вариант ответа.

Примеры тестовых заданий

1. «Эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита является:

- 1) повышение трансаминаз;
- 2) повышение гамма-глутаминтранспептидазы;
- 3) сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутамин транспептидазы;
- 4) десахарированный трансферрин;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

2. Морфологическими критериями неалкогольного стеатогепатита являются:

- 1) наличие изолированной жировой дистрофии гепатоцитов;
- 2) наличие жировой дистрофии гепатоцитов в сочетании с некрозами и лимфогистиоцитарной инфильтрацией;
- 3) все вышеперечисленное.

3. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита с являются:

- 1) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скопление цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;
- 2) наличие фоновой гиалиновой и /или/ белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

4. Укажите достоверные УЗИ-признаки неалкогольной жировой болезни печени:

- 1) нечеткость и подчеркнутость сосудистого рисунка;
- 2) дистальное затухание эхо-сигнала;
- 3) диффузная гиперэхогенность паренхимы печени;
- 4) неоднородность структуры;
- 5) все вышеперечисленное.

5. Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом

печени является:

- 1) ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;
- 2) назначение салуретиков в сочетании с β -блокаторами;
- 3) назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β -блокаторов.

6. Наиболее оптимальным сочетанием, составляющим медикаментозную терапию больных неалкогольным стеатогепатитом, является:

- 1) кортикостероиды+эссенциальные фосфолипиды;
- 2) цитостатики+урсодезоксихолевая кислота;
- 3) адеметионин+эссенциальные фосфолипиды;
- 4) пентоксифиллин+витамин Е.

7. В клинической картине больных неалкогольной жировой болезнью печени наиболее часто присутствует:

- 1) ожирение;
- 2) гиперхолестеринемия;
- 3) гепатомегалия;
- 4) все перечисленное.

8. Определяющей лечебной тактикой у пациентов с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью любого генеза является:

- 1) массивная кортикостероидная терапия;
- 2) временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени;
- 3) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками;
- 4) массивная интерферонотерапия.

9. Наиболее значимым для диагностики неалкогольной жировой болезни печени является:

- 1) повышение уровня трансаминаз печени;
- 2) повышение уровня щелочной фосфатазы;
- 3) результаты биопсии печени;
- 4) гиперлипидемия;
- 5) гипопроteinемия, гипоальбуминемия.

10. Для какого заболевания наиболее характерно увеличение печени и селезенки в сочетании с обнаружением крупных пенистых клеток с голубой цитоплазмой, минимальной гистологической активностью и неврологическими нарушениями:

- 1) болезни Вильсона-Коновалова;
- 2) первичного гемохроматоза;
- 3) хронического вирусного гепатита с внепеченочными проявлениями;
- 4) ни для одного из перечисленных заболеваний;
- 5) для всех перечисленных заболеваний.

Ответы на тестовые задания									
1-5	2-3	3-1	4-5	5-3	6-3	7-4	8-2	9-3	10-4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Диагностика и лечение диффузных заболеваний печени: учебное пособие / Симонова Ж.Г., Немцов Б.Ф. – Киров, 2011.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС «Консультант студента»).

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии,
д.м.н., Симонова Ж.Г. _____

Раздел 5.Гастроэнтерология

Тема 5.5: Дифференциальный диагноз при асците и портальной гипертензии

Цель: Способствовать формированию умений по определению патогенетических механизмов возникновения асцита, портальной гипертензии (ПГ) различного генеза, печёчно-клеточной недостаточности (ПКН); изучить возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики асцита; формированию тактики ведения и грамотного лечения больных с заболеваниями печени, сопровождающимися портальной гипертензией и асцитом.

Задачи:

1. Рассмотреть составление алгоритма диагностического поиска для пациентов с асцитом и портальной гипертензией.

2. Изучить рекомендации по ведению и лечению больных с асцитом, портальной гипертензией и печёчно-клеточной недостаточностью.

3. Обучить схемам дифференциального диагноза синдрома портальной гипертензии и синдрома асцита.

4. Сформировать тактику ведения, эффективного и грамотного лечения больных с заболеваниями печени, сопровождающимися портальной гипертензией и асцитом.

Обучающийся должен знать:

- этиологию и патогенез синдрома асцита, портальной гипертензии, печёчно-клеточной недостаточности; дифференциальную диагностику перечисленных синдромов; современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения циррозов; особенности течения и возможные осложнения асцита, ПГ и ПКН.

- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; обоснование тактики ведения больного с асцитом, ПГ и ПКН; представлять прогноз данных состояний и заболеваний;

- симптоматику и течение наиболее опасных неотложных состояний;

- программу лабораторно-инструментального обследования больного и консультаций специалистов при подозрении на относительно редкое заболевание;

- алгоритм лечения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями в зависимости от особенностей течения, сопутствующих заболеваний и осложнений;

- алгоритм лечения при наиболее опасных неотложных состояниях;

- принципы ведения больного на стационарном и амбулаторном этапах (критерии улучшения состояния, перехода на поддерживающую терапию, критерии обострения заболевания, определения стойкой нетрудоспособности, меры реабилитации и профилактики обострения).

Обучающийся должен уметь:

- провести обследование пациента с асцитом, ПГ и ПКН, оценить данные полученных ис-

следований, провести дифференциальный диагноз, поставить предварительный диагноз, принять решение о направлении больного к хирургу или к соответствующим специалистам, назначить лечение согласно состояния больного и установленного диагноза, а так же выполнить основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при наличии угрожающего жизни состояния больного; вести работу с пациентом и его родственниками с учетом пола, возраста, образования и социального положения больного в корректной, деонтологически безупречной форме; выбирать наиболее эффективный и экономичный путь лабораторно-инструментального обследования больного; выбирать наиболее эффективную и экономичную программу для лечения; работать с источниками информации (журналы, монографии).

Обучающийся должен владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб анамнеза и физикального обследования пациента;
- навыками анализа и интерпретации результатов лабораторного обследования больного (периферической крови, мочи, кала, мокроты, биохимии крови и иммунологических показателей);
- навыками анализа и интерпретации результатов УЗИ, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, рентгенологического исследования органов брюшной полости; определения групп крови;
- навыками анализа цитологического и гистологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Основные причины и патогенетические механизмы возникновения воспалительного и невоспалительного выпота в брюшной полости.
2. Диагностика асцита инструментальными и физикальными методами, их сравнительная ценность.
3. Показания к проведению диагностического парцентеза, интерпретация анализа асцитической жидкости; его особенности при ферментативном перитоните, туберкулёзе, карциноматозе брюшины, системных заболеваниях (ДЗСТ, васкулитах), бактериальных перитонитах, гипопротемиях, портальной гипертензии.
4. Портальная гипертензия – определение, сущность, патогенетические варианты.
5. Степени портальной гипертензии, диагностика, методы измерения давления в системе воротной вены, эндоскопическая классификация степеней расширения вен пищевода.
6. Печеночно-клеточная недостаточность, клиника, степени тяжести.
7. Печёночная энцефалопатия, её варианты, степени тяжести, диагностика.
8. Циррозы печени – клинические, лабораторные, морфологические критерии диагноза, этиология, степени активности и компенсации (определение тяжести по Чайлд-Пью); дифференциальная диагностика с хроническими гепатитами и очаговыми поражениями печени (первичным или метастатическим раком).
9. Лечение циррозов печени – возможности этиотропной, патогенетической терапии.
10. Коррекция портальной гипертензии в зависимости от стадии, профилактика и лечение кровотечения из ВРВП.
11. Показания к оперативному лечению портальной гипертензии .
12. Лечение печеночно-клеточной недостаточности, печёночной энцефалопатии в зависимости от её типа и стадии.

2. Практическая работа.

Клинический разбор.

Провести исследование пациента с синдромами портальной гипертензии и асцита, провести диагностический поиск, назначить дополнительные методы исследования с целью установления диагноза и выявления основных синдромов заболевания, провести дифференциальный диагноз между отдельными нозологическими заболеваниями и сформулировать предварительный диагноз. Составить индивидуальную программу лечения с учётом активности, течения процесса, наличия противопоказаний. Оценить прогноз.

3. Решить ситуационные задачи.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Предложить план обследования пациента, предположить и обосновать результаты.
4. Рассмотреть предложенные результаты обследования (лабораторного и инструментального), объяснить патогенетическую сущность патологических проявлений.
5. Дополнить выделенные синдромы.
6. Сформулировать окончательный диагноз.
7. Предложить план лечения пациента.
 - режим, диета
 - медикаментозная терапия (обосновать базисную терапию, дозы, режим, путь введения, профилактика побочных эффектов)
 - сопроводительная терапия
8. Назначить сроки диспансерного наблюдения и мероприятия, проводимые в этот период.
9. Предположить прогноз для здоровья, жизни и трудовой деятельности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача

Больной С., 50 лет, поступает в стационар с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, на слабость, утомляемость, желтушность кожных покровов, десневые и носовые кровотечения, вздутие живота, более выраженное в вечернее время. Аппетит снижен. Масса тела снижена на 5 кг за последние 2 мес. Стул неоформленный, 2-3 раза в сутки, без патологических примесей.

Из анамнеза. Десять лет назад перенес острый вирусный гепатит В. После выписки из стационара через некоторое время стали беспокоить тупые боли в правом подреберье, тяжесть и дискомфорт в области правого подреберья, появилась иктеричность склер. Был пролечен амбулаторно с положительным эффектом. В последний год отмечено ухудшение самочувствия-появились слабость, утомляемость, вздутие живота, кровоточивость десен.

Объективно: Больной пониженного питания. Желтушность кожных покровов и склер, на передней поверхности грудной клетки – телеангиоэктазии. Ладони малиновой окраски. Живот увеличен в объеме, вздут, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Размеры печени по Курлову: 16x12x10 см, край острый, плотный, безболезненный. Селезенка размеров 12x10см.

Допол. методы исследования:

1 ОАК: Нв- 88г/л, Эр.- $2,7 \times 10^{12}/л$, Ле- $2,2 \times 10^9/л$, Тр.- $80 \times 10^{12}/л$,
2. Общ.билирубин 100 мкмоль/л, прямой 75 мкмоль/л, общ.белок 50 г/л, холестерин 2,8 ммоль/л, АСТ 200 усл.ед/ АЛТ 150 усл.ед/

HBsAg - отриц., анти HBsAg - положит., HBeAg - отриц., анти HBeAg - положит., анти HBeAg Ig G- положит., анти HBeAg Ig M - отриц.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты
4. Лечение данного больного
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Больная Т., 36 лет, поступила с жалобами на выраженный кожный зуд, более выраженный в ночное время, желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, не зависящую от

приема пищи, периодически возникающие носовые и десневые кровотечения, боли в костях, нарушение сумеречного зрения. Больной считает себя в течение 3 лет, когда появился зуд кожных покровов. Лечилась различными средствами наружного применения без эффекта. Полгода назад появилась иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье, постоянный кожный зуд.

Объективно: Кожные покровы желтушные со следами расчесов. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 15x12x10 см, край плотный, безболезненный. Селезенка 11x9см.

Допол. методы исследования:

Холестерин 9,8 ммоль/л, общ.билирубин 115 мкмоль/л, прямой 25 мкмоль/л,ЩФ 1000 ед/л, АСТ 150 ед/л, ГГТП 500 ед/л, АЛТ 95 ед/л

АТ к HVB и HVC не обнаружены, обнаружены АМА , титр 1: 500..

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование
3. Перечислить дополнительные методы исследования и указать ожидаемые результаты
4. Лечение данной больной
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Задача №2

Больная М., 55 лет, предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. Аппетит сохранен. Масса тела повышена (112кг, рост 166см). Стул оформленный, однократно в течение суток.

Из анамнеза: в течение 10 лет сахарный диабет 2 типа. Ухудшение самочувствия в последний год - утомляемость, плохой сон, вздутие живота, тяжесть в правом подреберии.

Объективно: больная повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, в объеме увеличен. Перкуторно жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 14x12x8 см, край безболезненный. Селезенка размеров 6x8см.

Допол. методы исследования:

1. ОАК: Нв- 138г/л, Эр.- $3,7 \times 10^{12}/л$, Ле- $4,5 \times 10^9/л$, Тр.- $160 \times 10^{12}/л$,
2. Общ. билирубин 18 мкмоль/л, прямой 3 мкмоль/л, общ. белок 67 г/л, холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль\л, глюкоза 6.6 ммоль/л, АСТ 150 Е/л, АЛТ 130 Е/л, АТ к HVB и HVC не обнаружены.

Вопросы:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данной больной.
5. Выделить факторы риска развития заболевания. Указать профилактические мероприятия. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

4. Задания для групповой работы:

Провести объективный осмотр больного с выявляемым портальной гипертензией.

Оценить результаты лабораторных исследований (ОАК, протеинограмма, протромбиновый индекс, общий билирубин и фракции, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, амилаза крови и мочи, уровень сахара крови и мочи, креатинин крови, КЩС, ионограмма, группа крови и Rh-фактор, серологические маркёры вируса гепатита В и С, иммунограмма, медь крови, церулоплазмин, антигладкомышечные антитела, АМА, АНА,а-фетопротеин.

Правильно интерпретировать результаты УЗИ, томографии и эндоскопии при портальной гипертензии.

Определить показания для проведения лапароскопии, оценка её результатов.

Определить показания и оценить результаты морфологического исследования печени.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Основные причины и патогенетические механизмы возникновения воспалительного и невоспалительного выпота в брюшной полости.

2. Диагностика асцита инструментальными и физикальными методами, их сравнительная ценность.

3. Показания к проведению диагностического парацентеза, интерпретация анализа асцитической жидкости; его особенности при ферментативном перитоните, туберкулёзе, карциноматозе брюшины, системных заболеваниях (ДЗСТ, васкулитах), бактериальных перитонитах, гипопротемиях, портальной гипертензии.

4. Портальная гипертензия - сущность синдрома, патогенетические варианты (над-, внутри-, подпечёночная ПГ, пост-, пре-, синусоидальная).

5. Степени ПГ, диагностика, методы измерения давления в системе воротной вены (инвазивные, неинвазивные), эндоскопическая классификация степеней расширения вен пищевода.

6. Печеночно-клеточная недостаточность, клиника, степени тяжести.

7. Печёночная энцефалопатия, её варианты (экзогенная, эндогенная), степени тяжести, диагностика.

8. Циррозы печени – клинические, лабораторные, морфологические критерии диагноза, этиология, степени активности и компенсации (определение тяжести по Чайлд-Пью); дифференциальная диагностика с хроническими гепатитами и очаговыми поражениями печени (первичным или метастатическим раком).

9. Лечение циррозов печени – возможности этиотропной, патогенетической терапии; коррекция ПГ в зависимости от стадии (поэтапное лечение ПГ), профилактика и лечение кровотечения из ВРВП; показания к оперативному лечению ПГ.

10. Лечение ПЖН, печёночной энцефалопатии в зависимости от её типа и стадии.

11. Тактика ведения больного с гиперспленизмом.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Примеры тестовых заданий

Выберите 1 правильный вариант ответа.

1. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови при неалкогольной жировой болезни печени указывает на:

- 1) микронодулярный цирроз;
- 2) холестаз;
- 3) стеатогепатит;
- 4) первичный билиарный цирроз;
- 5) аминазиновую желтуху.

2. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для:

- 1) хронического гепатита вирусной этиологии;
- 2) гемохроматоза;
- 3) цирроза печени;
- 4) гиперфункции надпочечников;
- 5) неалкогольной жировой болезни печени.

3. Этиологический фактор неалкогольной жировой болезни печени:

- 1) ожирение;
- 2) сахарный диабет второго типа;
- 3) метаболический синдром;
- 4) гиперхолестеринемия;
- 5) все вышеперечисленное.

4. Для стадии стеатоза при неалкогольной жировой болезни печени характерны морфологические изменения:

- 1) некроз;
- 2) фиброз;
- 3) жировая дистрофия;
- 4) перестройка архитектоники печени.

5. При циррозе печени можно обнаружить:

- 1) варикозное расширение вен пищевода;
- 2) гепатомегалия;
- 3) спленомегалия;
- 4) асцит;
- 5) все вышеперечисленное.

6. В комплексную терапию неалкогольной жировой болезни печени целесообразно включать все препараты, кроме:

- 1) эссенциальные фосфолипиды;
- 2) адеметионин;
- 3) урсодезоксихолевая кислота;
- 4) статины;
- 5) глюкокортикостероиды.

7. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является:

- 1) злокачественное клиническое течение;
- 2) выраженная гепатомегалия;
- 3) желтуха немеханической природы;
- 4) повышение сывороточных липидов;
- 5) повышение активности аминотрансфераз.

8. Наиболее информативным методом диагностики неалкогольной жировой болезни печени является:

- 1) биопсия печени;
- 2) УЗИ органов брюшной полости;
- 3) эластография печени;
- 4) рентгенография брюшной полости;
- 5) компьютерная томография печени.

9. Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

- 1) гепатотропные вирусы;
- 2) алкоголь;
- 3) наследственные заболевания - болезни накопления;
- 4) токсические гепатотропные агенты.

10. Диагностическими критериями неалкогольной жировой болезни печени являются:

- 1) жировая дистрофия печени;
- 2) гепатомегалия;
- 3) спленомегалия;

- 4) ожирение;
- 5) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания									
1-3	2- 2	3-5	4-3	5-5	6-5	7-3	8-1	9-1	10-5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов в 2-х томах. Издание 3-е, исправленное и дополненное / Под ред. Моисеева В. С., Мартынова А. И., Мухина Н. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Дополнительная:

1. Диагностика и лечение диффузных заболеваний печени: учебное пособие / Симонова Ж.Г., Немцов Б.Ф. – Киров, 2011.

2. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н. С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – (ЭБС «Консультант студента»).

3. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. Дворецкого Л.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (ЭБС

Составитель: профессор кафедры госпитальной терапии,
д.м.н., Симонова Ж.Г.

Зав. кафедрой госпитальной терапии,
профессор, д.м.н., Немцов Б.Ф.

Кафедра госпитальной терапии

Приложение Б к рабочей программе модуля

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине «Госпитальная терапия», 5 курс**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни...; системный подход к анализу медицинской информации.	У3. Заполнять ... историю болезни...	В3. Способностью оформлять истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	Разделы 1-3	9 Семестр 10 семестр
ОПК-8	готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	31. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении ... заболеваний и неотложных состояний.	У1. Разрабатывать больному лечение с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В1. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Разделы 1-3	11-12 семестр
ПК-5	готовностью к сбору и анали-	33. Методами диагностики, диагностические	У3. Наметить объем дополнительных ис-	В3. Методами общеклинического об-	Разделы 1-3	9 Семестр

	зу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	возможности методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	следований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	следования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями, алгоритмом развернутого клинического диагноза		10 семестр
ПК-6	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	33. Основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненных) с учетом Международной статистической классификацией	У3. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм	В3. Навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международн	Разделы 1-3	9 Семестр 10 семестр

		болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	ой статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства	У1. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В1. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	Разделы 1-3	9 Се- местр 10 семестр
		32. Заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритм выбора терапевтического ...лечения	У2. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В2. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Разделы 1-3	9 Се- местр 10 семестр
ПК-10	готовность к оказанию медицинской	32. Стандарты и протоколы оказания первичной	У2. Разработать тактику оказания пер-	В2. Способностью оказывать первичную ме-	Раздел 1, 3	11-12 семестр

	ской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	вичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	дико-санитарную помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
ПК-11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	34. Стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	У4. Применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В4. Навыками применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Раздел 1, 3	9 Семестр 10 семестр

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/ зачтено	Хорошо/ зачтено	Отлично/ зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОПК-6						
Знать	Фрагментарные знания правил оформления и схемы написания истории болезни...; системного подхода к анализу медицинской информации.	Общие, но не структурированные знания правил оформления и схемы написания истории болезни...; системного подхода к анализу медицинской информации.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил оформления и схемы написания истории болезни...; системного подхода к анализу медицинской информации.	Сформированные систематические знания правил оформления и схемы написания истории болезни...; системного подхода к анализу ме-	Устный опрос, написание учебной истории болезни, ситуацион-	Тест, собеседование, ситуационные задачи

				дицинской информации.	ные задачи	
Уметь	Частично освоенное умение заполнять ... историю болезни...	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение заполнять ... историю болезни...	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение заполнять ... историю болезни...	Сформированное умение заполнять ... историю болезни...	Устный опрос, написание учебной истории болезни	Собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков оформления истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оформления истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы <i>применение навыков</i> оформления истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	Успешное и систематическое применение навыков оформления истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	Написание учебной истории болезни, прием практических навыков	Прием практических навыков

ОПК-8

Знать	Фрагментарные знания о клинико-фармакологических характеристиках основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Общие, но не структурированные знания о клинико-фармакологических характеристиках основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о клинико-фармакологической характеристике основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Сформированные систематические знания о клинико-фармакологической характеристике основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>
Уметь	Частично освоенное умение разработать план лечения пациента с учетом течения болезни, подби-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать план лече-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать	Сформированное умение разрабатывать больному лечение с	Курация пациентов, курацион-	Решение ситуационных задач

	рать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	ния пациента с учетом течения болезни, подбирать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	больному лечению с учетом течения болезни, подбирать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	ные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач	
Владеть	Фрагментарное применение навыков выполнения алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков по выполнению алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков по выполнению алгоритмов выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Успешное и систематическое применение навыков выполнения алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>

ПК-5

Знать	Фрагментарные знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ульт	Общие, но не структурированные знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологиче-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных	Сформированные систематические знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современных методов клини-	устный опрос, тест, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
-------	---	---	--	--	--	---

	Тразвуковую диагностику)	ские методы ультразвуковую диагностику	(включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику	ческого, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику		
Уметь	Частично освоенное умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	Сформированное умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	устный опрос, решение ситуационных задач	прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями, алгоритмом развернутого клинического диагноза	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями, алгоритмом развернутого клинического диагноза	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями, алго-	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными	устный опрос, тест, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач

			ритмом развернутого клинического диагноза	диагностическими и лечебными мероприятиями, алгоритмом развернутого клинического диагноза		
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	Общие, но не структурированные знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятий по выявлению не-	Сформированные систематические знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложне-	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач

			отложенных и угрожающих жизни состояний	ний) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
Уметь	Частично освоенное умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические ме-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом МКБ, выполнять	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза	Сформированное умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач

	роприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	(основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
Владеть	Фрагментарное применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выпол-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической	Успешное и систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач

	нять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	(МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
--	--	--	--	---	--	--

ПК-8

Знать	Фрагментарные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств	Общие, но не структурированные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств	Сформированные систематические знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
	Фрагментарные знания заболеваний нервной, эндокринной, иммунной, сердечнососудистой, дыхательной,	Общие, но не структурированные знания заболеваний нервной, эндокринной, иммунной, сердечнососудистой,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания заболеваний нервной, эндокринной,	Сформированные систематические знания заболеваний нервной, эндо-	устный опрос, решение ситуацион-	тест, прием практических навыков

	пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритма выбора терапевтического ...лечения	дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритма выбора терапевтического ...лечения	иммунной, сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритма выбора терапевтического ...лечения	кринной, иммунной, сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритма выбора терапевтического ...лечения	ных задач	ков, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	Сформированное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
	Частично освоенное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать лекарственную терапию, использовать методы	Сформированное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать лекар-	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных

			немедикаментозного лечения.	ственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.		задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	В целом успешное, но не систематическое применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	Успешное и систематическое применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
	Фрагментарное применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Успешное и систематическое применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
ПК-10						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов оказания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандар-	Сформированные систематические знания стандартов и	Устный опрос, тест	Тест, собеседование

	санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	тов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.....		
Уметь	Частично освоенное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	<i>Курация пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>
Владеть	Фрагментарное применение навыков по оказанию первичной медико-санитарную помощи при внезапных острых заболеваниях,	В целом успешное, но не систематическое применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной по	Успешное и систематическое применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>

	состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	мощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
ПК-11						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Сформированное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	устный опрос, решение ситуационных задач	тест, прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение	В целом успешное, но не систе-	В целом успешное, но	Успешное и система-	устный	тест,

	навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	матическое применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	содержащее отдельные проблемы применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	тическое применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	опрос, решение ситуационных задач	прием практических навыков, собеседование, решение ситуационных задач
--	--	--	---	--	-----------------------------------	---

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету, критерии оценки

Перечень вопросов к зачету:

1. Основные синдромы и симптомы, характеризующие поражения миокарда. Основные причины и классификация некоронарогенных заболеваний миокарда. ПК-5, ПК-6, ПК-8.
2. Миокардиты: сущность понятия, классификация, особенности клинических проявлений, варианты течения, критерии степени тяжести, критерии диагноза, принципы лечения. ОПК-8, ПК5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
3. Кардиомиопатии: сущность понятия, причины, клиника, критерии диагноза, классификация, нарушение гемодинамики при различных формах, особенности диагностики, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
4. Врожденные пороки сердца: сущность понятия, этиология, классификация, общие патоморфологические, патофизиологические и клинические признаки, характерные для врожденных пороков сердца. Дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, изолированный стеноз легочной артерии, коарктация аорты, открытый артериальный проток: сущность, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Принципы медикаментозной терапии. ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
5. Перикардиты: этиология, патогенез, современная классификация. Основные синдромы и симптомы, характеризующие поражение перикарда Клиника, диагностика фибринозного, выпотного, адгезивного перикардита. Показания к пункции перикарда. Понятие о тампонаде сердца. Неотложная помощь. Дифференцированное лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
6. Симптоматические артериальные гипертензии (АГ). Определение артериальной гипертензии. Регуляторные системы артериального давления. Эссенциальная и симптоматическая АГ. Алгоритм диагностического поиска при АГ. Классификация симптоматических гипертензий: почечные, эндокринные, гемодинамические, нейрогенные, ятрогенные. Особенности течения и диагностики отдельных форм АГ. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
7. Легочное сердце: этиология, патогенез, классификация, клиника, методы диагностики, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
8. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, методы диагностики, неотложные лечебные мероприятия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
9. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Особенности диагностики и лечения в пожилом возрасте. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

10. Фибрилляция предсердий: диагностика, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
11. Алгоритм диагностического поиска при суставном синдроме. Определение и сущность остеоартроза, этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация, клиническая картина, особенности суставного синдрома, диагностика, диагностические критерии, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
12. Подагра: этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация, клиническая картина, особенности суставного синдрома подагре, диагностические критерии, методы диагностики, дифференцированная терапия подагры. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
13. Пирофосфатная артропатия: патоморфология, особенности суставного синдрома, диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
14. Ревматоидный артрит: патогенез, классификация, клиника, методы диагностики, диагностические критерии, лечение. Особенности диагностики и лечения ревматоидного артрита в пожилом возрасте. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
15. Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ): Определение и сущность, этапы диагностического поиска при СЗСТ. Системная красная волчанка (СКВ): клиника, классификация, критерии диагноза, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. СКВ в пожилом возрасте: особенности диагностики и лечения. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
16. Антифосфолипидный синдром: определение, патоморфология, патогенез, клиника, диагностические критерии, классификация, диагностика и лечение. Ведение беременных с СКВ и/или антифосфолипидным синдромом. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.
17. Системная склеродермия: классификация, клиника, методы диагностики, критерии диагноза, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. СКВ в пожилом возрасте: особенности диагностики и лечения. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
18. Дермато/Полимиозит: классификация, клиника, методы диагностики, критерии диагноза, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
19. Ревматическая полимиалгия: клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз полимиозита и ревматической полимиалгии в пожилом возрасте. Дифференцированное лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
20. Системные васкулиты (СВ): определение и сущность СВ, понятие о первичных и вторичных СВ. Алгоритм диагностического поиска. Общие клинико-морфологические черты СВ. Патогенез, классификация, критерии диагноза, основные синдромы СВ. ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
21. IgA-ассоциированный васкулит: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
22. Узелковый полиартериит: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
23. Гранулематоз с полиангиитом: морфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
24. Артериит Такаясу: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
25. Гигантоклеточный артериит: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.
26. Нефротический синдром: сущность, патогенез, классификация, осложнения, принципы лечения. Амилоидоз: сущность, патогенез, классификация, осложнения, принципы лечения. Старческий амилоидоз: формы, клиника, диагностика, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.
27. Тубуло-интерстициальные нефриты: этиология, морфология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

28. Хроническая болезнь почек: этиология, классификация, дифференцированная терапия. ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

Собеседование проводится по ситуационным задачам и направлено на оценку умения решать конкретные профессиональные задачи. Студенту предлагаются 6 вопросов для каждой из двух ситуационных задач.

Вопросы к ситуационным задачам и оцениваемые компетенции

1. Выделить синдромы. ПК - 5, ПК- 6
2. Объяснить патогенез симптомов. ПК - 5, ПК- 6
3. Сформулировать диагноз согласно современной классификации. ПК – 6
4. Провести дифференциальный диагноз. ПК -5, 6
5. Составить план обследования. ПК-5, ПК-6
6. Назначить лечение с позиций доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями ОПК-8, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

Примерные тестовые задания для промежуточной аттестации 1 уровня:

1. У 20-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД 150/100 мм.рт.ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5-7 ребер с обеих сторон. Диагноз?

- а) стеноз устья аорты
 - б) ДМПП
 - в) коарктация аорты
 - г) ДМЖП
 - д) открытый артериальный проток
- ПК-6

2. Для какого из следующих пороков сердца характерен систолический шум по всей передней грудной стенке с эпицентром в 3-4 межреберьях?

- а) ДМПП
 - б) ДМЖП
 - в) открытый артериальный проток
 - г) коарктация аорты
 - д) стеноз легочной артерии
- ПК-6

3. У больного дефект межпредсердной перегородки. Подберите симптом:

- а) систолический шум во I Межреберье слева

- б) на ЭКГ - левограмма
 - в) рентген – ослабление пульсации сосудов корней легких
 - г) акцент II тона во II межреберье справа
 - д) систолический шум на верхушке сердца
- ПК-6

4. Укажите ВПС, относящийся к ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом

- а) открытый артериальный проток
- б) атрезия 3х-створчатого клапана
- в) коарктация аорты
- г) стеноз легочной артерии

ПК-6

5. У 22-летней женщины при диспансеризации замечена асимметрия пульса на руках. АД 150/100 мм.рт.ст. слева и 120/70 мм.рт.ст. справа. СОЭ 28 мм/ч. Предположительный диагноз?

- а) коарктация аорты
- б) вегетативная дисфункция
- в) открытый артериальный проток
- г) неспецифический аортоартериит

ПК-5, ПК-6

6. Возникновение артериальной гипертензии после 55 лет, выслушивание систолического шума в околопупочной области указывает на возможность:

- а) первичного альдостеронизма
- б) феохромоцитомы
- в) реноваскулярной гипертензии
- г) коарктации аорты
- д) все верно

ПК-6

7. Какой из приведенных лекарственных препаратов необходимо назначить 40-летнему больному с первичным альдостеронизмом для гипотензивной терапии в период предоперационной подготовки?

- а) гипотиазид
- б) атенолол
- в) верошпирон
- г) эналаприл
- д) клофелин

ПК-8

8. Какой из препаратов не желателен для лечения артериальной гипертензии у больного эритремией с наличием гиперурикемии?

- а) гипотиазид
- б) амлодипин
- в) лизиноприл
- г) клофелин

ПК-8

9. Парадоксальный пульс – это:

- а) асимметрия пульса на руках
- б) аритмичность пульса
- в) выпадение отдельных пульсовых волн
- г) снижение систолического АД более чем на 10 мм рт. ст. при глубоком вдохе

ПК-6

10. Причиной скопления экссудата в полости перикарда может быть:

- а) застойная сердечная недостаточность
- б) гипотиреоз
- в) острая ревматическая лихорадка
- г) опухоли средостения
- д) нефротический синдром

ПК-6

11. Суставы «исключения» в дебюте РА?

- а) дистальные межфаланговые суставы
- б) проксимальные межфаланговые суставы
- в) пястно-фаланговые суставы
- г) плюснефаланговые суставы

ПК-6

12. Рентгенологическими признаками РА являются:

- а) остеопороз, сужение суставной щели, эрозии
- б) остеосклероз, сужение суставной щели, кисты
- в) сужение суставной щели, остеофиты, кисты

ПК-5, ПК-6

13. Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ?

- а) эритроцитоз
- б) эозинофилия
- в) лейкоцитоз
- г) лейкопения
- д) тромбоцитоз

ПК-5, ПК-6

14. Показаниями к назначению цитостатиков при СКВ являются все перечисленные, кроме:

- а) активный волчаночный нефрит
- б) высокая степень активности
- в) выраженный синдром Рейно
- г) резистентность к глюкокортикостероидам

ОПК-8, ПК-8, ПК-10

15. У 40-летней женщины в течение 5 лет синдром Рейно. В течение последнего года появились признаки артрита мелких суставов кистей, дисфагия. В крови: СОЭ 35 мм/ч, единичные волчаночные клетки. Предварительный диагноз?

- а) ревматоидный артрит
- б) системная склеродермия
- в) системная красная волчанка
- г) болезнь Шегрена

ПК-5, ПК-6

16. Обязательным диагностическим признаком нефротического синдрома является:

- а) протеинурия более 3,5 г/сутки
- б) отеки
- в) гематурия
- г) гиперхолестеринемия

д) лейкоцитурия
ПК-6

17. Основными причинами появления отеков при нефротическом синдроме являются:

- а) гипоальбуминемия
- б) снижение онкотического давления плазмы крови
- в) первично-почечная задержка натрия и повышение сосудистой проницаемости
- г) все перечисленное

ПК-6

18. Развитие тромбозов при нефротическом синдроме обусловлено:

- а) усилением адгезии и агрегации тромбоцитов
- б) гиперфибриногенемией
- в) повышением уровней 5,7,8 и 13 факторов свёртывания крови
- г) угнетением фибринолиза
- д) дефицитом антитромбина-3
- е) всем перечисленным

ПК-6

19. Симптомами нефротического криза являются:

- 1. абдоминальные боли
- 2. рвота
- 3. лихорадка
- 4. повышение АД
- 5. эритема на коже живота, туловища, бёдер

- а) все верно
- б) верно 1,2,3,4
- в) верно 1,2,3,5

ПК-6

20. Причиной вторичного АА-амилоидоза может быть:

- а) туберкулёз
- б) бронхиальная астма
- в) миеломная болезнь
- г) пневмония
- д) гемодиализ

ПК-6

Примерные тестовые задания 2 уровня:

1. Выберите соответствие кожных проявлений заболевания нозологической форме

1. Кольцевидная эритема	А. Ревматоидный артрит
2. Пятна Джэнсуэя	Б. Острая ревматическая лихорадка
3. Параорбитальный отёк с эритемой	В. Инфекционный эндокардит
4. Сетчатое ливедо	Г. Дерматомиозит

ПК-5, ПК-6

2. Выберите соответствие лабораторных изменений нозологической форме

1. Антитела к н-ДНК	А. Гранулематоз Вегенера
2. Антитела к кардиолипину	Б. Антифосфолипидный синдром
3. Антитела к центромере	В. Системная склеродермия
4. Антитела к протеиназе-3	Г. Системная красная волчанка

ПК-5

3. Выберите соответствие рентгенологических изменений нозологической форме

1. Остеосклероз, остеофититы	А. Ревматоидный артрит
2. Остеопороз, эрозии суставных поверхностей	Б. Подагрический артрит
3. Остеолиз, кальциноз	В. Системная склеродермия
4. Симптом «пробойника»	Г. Остеоартроз

ПК-5

4. Установите соответствие между пороком сердца и аускультативными признаками

1. Открытый артериальный проток	А. Систолический шум по левому краю грудины с эпицентров в 3-4 межреберье
2. Коарктация аорты	Б. Систолидиастолический шум во 2 межреберье слева
3. Дефект межжелудочковой перегородки	В. Систолический шум во 2 межреберье справа, акцент 2 тона над аортой

ПК-5, ПК-6

5. Установите соответствие симптомов заболеванию

1. Систолическое артериальное давление на ногах на 50 ммртст ниже, чем на руках	А. Гиперальдостеронизм
2. Гиперкатехолэмия	Б. Реноваскулярная артериальная гипертензия
3. Сужение почечной артерии	В. Феохромоцитома
4. Миастения, гипокалиемия, полиурия	Г. коарктация аорты

ПК-5, ПК-6

Примерные тестовые задания 3 уровня:

Задача 1

У 53-летнего мужчины после ужина в ресторане ночью появились резкие боли в области большого пальца правой стопы, повысилась температура тела до 38⁰.

При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление болей.

А. Вероятный диагноз:

1. Острая ревматическая лихорадка.
2. Болезнь Рейтера.
3. Подагра
4. Ревматоидный артрит

Б. Каким исследованием подтвердите диагноз:

1. Исследование крови на стерильность
2. Исследование мазков из уретры на хламидии
3. Определение мочевой кислоты в крови
4. Определение ревматоидного фактора

В. Какие препараты целесообразно использовать для купирования острых проявлений:

1. Аллопуринол
2. Парацетамол
3. Диклофенакнатрия
4. Пробенецид

Г. Какие препараты назначаются после купирования острой атаки для лечения заболевания:

1. Аллопуринол
2. Колхицин
3. Диклофенак
4. Пробенецид

Д. Аллопуринол вызывает все нижеперечисленное, за исключением:

1. Обострения подагрического артрита на начальном этапе терапии
2. Снижения клубочковой фильтрации
3. Обратного развития тофусов

4. Снижения урикемии до нормы
5. Ретинопатия

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Задача 2

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей продолжительностью 3 часа. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 120/80 мм рт.ст. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л. НЬ 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- $7,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/час. Результаты рентгенографии суставов кистей: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узур суставных поверхностей.

А. Вероятный диагноз:

1. Острая ревматическая лихорадка
2. Реактивный артрит
3. Остеоартроз с реактивными синовитами
4. Ревматоидный артрит

Б. Какие лабораторные исследования необходимо назначить:

1. Исследование крови на АЦЦП
2. Исследование мазков из уретры на хламидии
3. Определение мочевой кислоты в моче и крови
4. Определение ревматоидного фактора

В. Какая возможная причина анемии:

1. Дефицит железа
2. Повышенное разрушение в селезёнке
3. Выработка аутоантител к эритроцитам
4. Влияние провоспалительных цитокинов

Г. Выберите базисный препарат для лечения данного заболевания:

1. Сульфасалазин
2. Метотрексат
3. Д-пеницилламин
4. Преднизолон
5. Диклофенак

Д. Чем обусловлено появление узур:

1. Отложением солей мочевой кислоты
2. Костными разрастаниями
3. Разрушение субхондральной кости грануляционной соединительной тканью - паннусом

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача 3

25-летняя девушка находится в терапевтическом отделении. Заболела после длительного пребывания на солнце. Её беспокоит слабость, артралгии, миалгии.

Объективно: Температура $38,5^{\circ}$. На коже лица – эритематозная сыпь, на голове – участки облысения. В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: небольшое расширение границ во все стороны, мягкий систолический шум на верхушке. Пульс 90 уд/мин, АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены.

Анализ крови: НЬ 80 г/л, лейкоциты $3,5 \cdot 10^9$ /л. СОЭ 45 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 2,066 г/л, лейкоциты 2-4 в п/зр, эритроциты 6-8 в п/зр.

А. Вероятный диагноз:

1. Острая ревматическая лихорадка

2. Системная красная волчанка
3. Ревматоидный артрит с системными проявлениями
4. Дерматомиозит

Б. Какие лабораторные исследования необходимо назначить:

1. Исследование крови на АЦЦП
2. Ревматоидный фактор
3. Антитела к н-ДНК
4. С-реактивный белок

В. Какая возможная причина анемии:

1. Дефицит железа
2. Повышенное разрушение в селезёнке
3. Выработка аутоантител к эритроцитам
4. Влияние провоспалительных цитокинов

Г. Какова причина мочевого синдрома?

1. пиелонефрит
2. гломерулонефрит
3. тубулоинтерстициальный нефрит
4. амилоидоз почек.

Д. Выберите базисный препарат для лечения данного заболевания:

1. Сульфасалазин
2. Метотрексат
3. Д-пеницилламин
4. Преднизолон
5. Диклофенак

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Критерии оценки:

«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи для промежуточной аттестации, критерии оценки

Задача 1

Больная Н., 43 лет. Считает себя больной в течение 5 лет, когда появились головные боли и слабость в нижних конечностях. При обследовании в поликлинике были обнаружены повышенные цифры АД до 200/120 мм рт ст. Лечилась по поводу гипертонической болезни. В последующем присоединились жажда, повышенное мочеотделение, мышечная слабость, которая особенно нарастала в холодный период года, когда больная с трудом передвигалась и писала.

Объективно: правильного телосложения. Кожа чистая. Левая граница сердца расширена на 2 см. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. Пульс 84 в минуту. АД 170/90 мм рт ст.

Общий анализ крови без патологии. Калий плазмы – 2,2 ммоль/л. Анализ мочи: уд. вес 1008, белок отр., лейкоциты 2-3 в п/зр. Ночной диурез преобладает над дневным.

Контрольные вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Объясните патогенез артериальной гипертензии и слабости в нижних конечностях.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Задача № 2

Больной Л., 19 лет. Жалобы на одышку и сердцебиения при ходьбе. В детстве неоднократно болел воспалением легких.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин., ритмичный. АД-110/80 мм.рт.ст. В -II,IV м/р слева у грудины выслушивается систолический шум, второй тон во II м/р слева расщеплен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена.

Ro- грамма грудной клетки: легочной рисунок усилен за счет артериального русла.

Общий анализ крови: Нв-120г/л; Эр.-5,0x10¹²/л; Ле-4,6x10⁹/л; СОЭ-6 мм/час;

Контрольные вопросы:

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Объясните механизм систолического шума во 2 межреберье слева.
3. Обоснуйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте индивидуальную терапию.

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №3

Больной М., 28 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при ходьбе, перебои в работе сердца, сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Данные жалобы в течение недели. За 2 недели до этого перенесла грипп, сопровождающийся высокой температурой.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Пульс 116 в мин., периодически выпадение пульса. АД-95/60 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. На верхушке ослабление 1 тона и систолический шум. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена.

Общий анализ крови: Эр.-4,3x10¹²/л; Нв-130г/л; Ле-6,0x10⁹/л; СОЭ-30 мм/час.

Контрольные вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Объясните механизм систолического шума на верхушке.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

Задача №4

Больная Л., 40 лет, инженер. Поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость мелких суставов кистей, лучезапястных, голеностопных и коленных суставов, утреннюю скованность в данных суставах до обеда. Больна в течение 7 лет, когда появилась боль и припухлость в мелких суставах кистей. Тогда отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Лечилась в стационаре, выписана с улучшением. В последующие годы обострения наступали ежегодно, появилась деформация лучезапястных, пястнофаланговых суставов.

Объективно: кожные покровы бледные. Отмечается стойкая деформация II – IV проксимальных межфаланговых суставов кистей и лучезапястных суставов за счет пролиферативных явлений. Голеностопные суставы деформированы за счет экссудативно-пролиферативных явлений. В области левого локтевого сустава плотное узелковое образование. Со стороны внутренних органов патологий не выявлено.

Ан. крови: Эр. – $2,86 \times 10^{12}/л$, Нв – 88 г/л, Ле – $5,3 \times 10^9 /л$, СОЭ - 48 мм/час, СРБ – 3,5 мг/мл, РФ = 105 ЕД/мл.

Рентгенограмма кистей – остеопороз, щели лучезапястных суставов сужены, пястно-фаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов кистей сужены, множественные краевые узурь.

Контрольные вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Объясните патогенез анемии у больной.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

Задача № 5

Больной Д., 29 лет. Жалобы на боли за грудиной коронарного характера, повышение АД до 240/160 мм рт.ст., лихорадку до $39^{\circ}C$, правосторонний парез стоп, быстрое похудание.

Заболел год назад, когда появилась боль в икроножных мышцах, через три месяца повысилась температура тела до $38 - 38,5^{\circ}C$, усилились миалгии. Лечение НПВП давало временный эффект, назначение антибиотиков было неэффективным. 6 месяцев назад развился асимметричный парез стоп. 4 месяца назад впервые зарегистрированы высокие цифры АД (190/110) и изменения в анализе мочи. Артериальная гипертония вскоре приобрела злокачественное течение (АД 240/160 мм рт.ст.). Похудел на 30 кг за 3 мес.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела $38,5^{\circ}C$. Резко истощен. Выраженная атрофия мышц, особенно правой голени и стопы. Парез правой стопы. По ходу плечевых и локтевых артерий пальпируются мелкие узелки. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая и верхняя в норме, левая – на 1 см влево от СКЛ в V м/р. Пульс 104 в мин. АД - 230/150 – 240/160 мм рт. ст.

Общий анализ крови: Нв - 121г/л, Л – $14,2 \times 10^9/л$; СОЭ - 51 мм/час. Обнаружен HBsAg в титре 1:64.

Мочевина- 6,7 ммоль/л. Креатинин – 0,09 ммоль/л.

Анализ мочи: уд. вес – 1018, белок 0,805 г/л, Ле – 0-1, Эр. – 10-15 в п/зр., Ц - 0.

Контрольные вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Объясните патогенез коронарных болей и миалгий.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.4. Примерный перечень практических навыков. (ПК-6, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-11)

1. Уметь провести опрос больного, собрать полный медицинский анамнез пациента, осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация), оценить данные осмотра и опроса больного. ПК-5, ПК-6
2. Владеть навыками определения у пациента основных патологических состояний, синдромов, симптомов, алгоритмом постановки диагноза. ПК-6
3. Уметь формулировать предварительный диагноз, составлять план обследования для уточнения диагноза и интерпретировать результаты обследования. ПК-6
4. сформулировать окончательный клинический диагноз с учетом МКБ согласно существующим классификациям. ПК-6
5. Уметь определить объем и место проведения необходимых лечебных мероприятий у пациентов. ПК-5
6. Владеть навыками составления индивидуальной программы лечения заболевания с учетом клинической формы, варианта течения, активности болезни. ПК-8
7. Владеть алгоритмом выполнения по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях. ПК-10, ПК-11

Указанные практические навыки должны быть сформированы в процессе изучения дисциплины и подлежат проверке у каждого студента в ходе промежуточной аттестации на практических занятиях при работе с пациентами и написании истории болезни. По результатам проверки практических навыков на практических занятиях и истории болезни выставляется оценка на зачете по практическим навыкам.

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни, критерии оценки

Требования к структуре и оформлению учебной истории болезни:

1 стр.

Название кафедры, руководитель, преподаватель занимающийся с группой.

Ф.И.О. больного, диагноз.

Исполнитель (студент, курс, группа).

2 стр.

Паспортная часть истории болезни.

Клинический диагноз (основное заболевание, сопутствующая патология).

3 стр. и далее основные разделы:

1. Описать жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни.
2. Отразить объективный статус с описанием по системам.
3. Выделить основные синдромы, выявленные по результатам жалоб, анамнеза, объективного обследования с обоснованием, выделением ведущего синдрома, его особенностей.
4. Сформулировать предварительный диагноз с обоснованием и указанием основного заболевания, сопутствующей, осложнений.
5. Составить план обследования больного для уточнения нозологической принадлежности, стадии или фазы болезни, выраженности осложнений и т.д.

6. Оценить результаты выполненных лабораторных и инструментальных методов исследования.
7. Провести дифференциальный диагноз.
8. Сформулировать окончательный клинический диагноз согласно существующей классификации и обосновать все компоненты диагноза.
9. По данным литературы, с учетом современных клинических рекомендаций описать «Современные возможности лечения.....», заболевания, которое является основным в истории болезни.
10. Составить план лечения больного с обоснованием назначения всех лекарственных средств.
11. Написать эпикриз с прогнозом и рекомендациями.
12. Отразить список литературы, использованной для написания истории болезни.

Компетенции, проверяемые данным оценочным средством: ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Критерии оценки:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинко-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинко-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих

этапы формирования компетенций

2 **Целью** этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

3 **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

4 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

5 **Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

6 **Период проведения процедуры:**

7 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

8 **Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

9 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

10 **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

11 **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

12 Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачет.

13 Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

14 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

15

4.1.Методика проведения приема практических навыков

16 **Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

17 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

18 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

19 Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

20 Период проведения процедуры:

21 Процедура оценивания проводится в процессе изучения дисциплины (модуля) на каждом практическом занятии.

22 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

23 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

24 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

25 Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

26 Описание проведения процедуры:

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины. Проверка освоения практических навыков и умений проводится на практических занятиях у постели пациента. Курируя больных, студенты должны показать владение методикой сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни пациента, методами объективного осмотра (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). После объективного обследования больного студенты должны выявить и оценить факт поражения системы – органа – структуры, обосновать характер поражения: первичное или вторичное, объяснить патогенез. Выделить синдромы, определить ведущий, установить клинический диагноз с обоснованием согласно существующей классификации, составить план обследования и выбрать тактику лечения больного с обоснованием в письменной форме. По окончании курации преподавателем проводится клинический разбор больных в присутствии студентов всей группы. Студенты должны уметь интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов обследования пациента, обосновать окончательный диагноз и обосновать лечение больного. По окончании клинического разбора преподаватель оценивает работу с больным каждого студента. Оценка за больного складывается из: умения собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни; владения практическими навыками при объективном обследовании больного; способность выявить симптомы, сгруппировать их в синдромы, выделить ведущий синдром с выходом на диагноз; умение обосновать диагноз, при необходимости провести дифференциальный диагноз с синдромно-сходными заболеваниями; способность правильно оценить результаты дополнительных методов обследования; способность правильно определить тактику ведения больного, назначить адекватную терапию с обоснованием.

Оценка уровня освоения практических умений и навыков осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех практических занятий и положительной оценки за историю болезни.

27

28 Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине выставляется оценка «не зачтено».

29 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения устного собеседования

30 **Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

31 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

32 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

33 Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

34 Период проведения процедуры:

35 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины в соответствии с расписанием учебных занятий. Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

36 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

37 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

38 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину, как правило, проводящий занятия лекционного типа.

39 Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает ситуационные задачи. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество ситуационных задач в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

40 Описание проведения процедуры:

К собеседованию допускаются обучающиеся, посетившие все практические занятия, имеющие оценки «зачтено» за практические навыки и тестирование. Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины и других факторов.

Собеседование проводится по ситуационным задачам. Результат собеседования определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

41 Результаты процедуры:

42 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачетные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

43 По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

44

Составитель: _____/Симонова О.В./

Зав. кафедрой _____/Немцов Б.Ф. /

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по модулю «Госпитальная терапия» для 6 курса

5. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		

ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни...; системный подход к анализу медицинской информации.	У3. Заполнять ... историю болезни...	В3. Способностью оформлять истории болезни... в соответствии с установленными требованиями.	Разделы 1-5	11-12 семестр
ОПК-8	готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	31. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении ... заболеваний и неотложных состояний.	У1. Разрабатывать больному лечение с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В1. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Разделы 1-5	11-12 семестр
ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	33. Методами диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного ... терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ульт	У3. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	В3. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями, алгоритмом развернутого клинического диагноза	Разделы 1-5	11-12 семестр

		тразвуковую диагностику).				
ПК-6	способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	ЗЗ. Основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих	УЗ. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	ВЗ. Навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	Разделы 1-5	11-12 семестр

		жизни состояний				
ПК-8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства	У1. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В1. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом...	Разделы 1-5	11-12 семестр
		32. Заболевания ... сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови; алгоритм выбора терапевтического ...лечения.	У2. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В2. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Разделы 1-5	11-12 семестр
ПК-10	готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	32. Стандарты и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	У2. Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В2. Способность оказывать первичную медико-санитарную помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Раздел 1, 3, 4, 5	11-12 семестр
ПК-11	готовность к участию в	34. Стандарты и протоколы	У4. Применять стандарты и	В4. Навыками применения	Раздел 1, 3, 4, 5	11-12 семестр

	оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	лы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.		
--	--	--	---	---	--	--

6. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОПК-6						
Знать	Фрагментарные знания о правилах оформления и схемы написания истории болезни, отсутствует системный подход к анализу медицинской информации	Общие, содержащие ряд пробелов знания о правилах оформления и схеме написания истории болезни, о системном подходе к анализу медицинской информации.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о правилах оформления и схеме написания истории болезни, о системном подходе к анализу медицинской информации.	Сформированные систематические знания правил оформления и схемы написания истории болезни, о системном подходе к анализу медицинской информации.	<i>Устный опрос, написание учебной истории болезни, ситуационные задачи</i>	<i>Тест, собеседование</i>
Уметь	Частично освоенное умение заполнять историю болезни.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое, содержащее пробелы умение заполнять историю болезни.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение заполнять историю болезни.	Сформированное умение заполнять историю болезни.	<i>Устный опрос, написание учебной истории болезни</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>
Владеть	Фрагментарное применение навыков оформления истории болезни в соот-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оформления ис-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы примене-	Успешное и систематическое применение навыков по	<i>Написание учебной исто-</i>	<i>Применение практических</i>

	ветствии с установленными требованиями.	тории болезни в соответствии с установленными требованиями.	ние навыков оформления истории болезни в соответствии с установленными требованиями.	оформлению истории болезни в соответствии с установленными требованиями.	<i>рши бо-лезни, прием прак-тических на-вы-ков</i>	<i>навы-ков</i>
ОПК-8						
Знать	Фрагментарные знания о клинико-фармакологических характеристиках основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Общие, но не структурированные знания о клинико-фармакологических характеристиках основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о клинико-фармакологической характеристике основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	Сформированные систематические знания о клинико-фармакологической характеристике основных групп лекарственных препаратов и рациональном выборе конкретных лекарственных средств при лечении заболеваний и неотложных состояний.	<i>Уст-ный опрос, тест</i>	<i>Тест, собе-седо-вание</i>
Уметь	Частично освоенное умение разработать план лечения пациента с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать план лечения пациента с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать больному лечению с учетом течения болезни, подбирать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	Сформированное умение разрабатывать больному лечению с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	<i>Кура-ция паци-ентов, кура-цион-ные ли-сты, учеб-ная исто-рия болез-ни, реше-ние ситу-аци-онных задач</i>	<i>Реше-ние ситу-аци-онных задач</i>
Владеть	Фрагментарное применение	В целом успешное, но не систе-	В целом успешное, но	Успешное и системати-	<i>Прием прак-</i>	<i>При-ем</i>

	навыков выполнения алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	матическое применение навыков по выполнению алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	содержащее отдельные пробелы применение навыков по выполнению алгоритмов выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	ческое применение навыков выполнения алгоритмов основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	<i>тиче-ских навыков</i>	<i>прак-тиче-ских навыков</i>
--	---	--	---	---	--------------------------	-------------------------------

ПК-5

Знать	Фрагментарные знания о методах диагностики, диагностических возможностях методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современных методах клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику).	Общие, но не структурированные знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику).	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного обследования больного терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику).	Сформированные систематические знания о методах диагностики, диагностических возможностях методов непосредственного обследования больного терапевтического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику).	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>
Уметь	Частично освоенное умение	В целом успешное, но не систе-	В целом успешное, но	Сформированное уме-	<i>Курация</i>	<i>Решение</i>

	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, а также для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	математически осуществляемое умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	содержащее отдельные пробелы умение наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	ние наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	<i>пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i>	<i>ситуационных задач</i>
Владеть	Фрагментарное применение навыков по общеклиническому обследованию, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, навыков основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, применения алгоритма постановки развернутого клинического диагноза.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков по общеклиническому обследованию, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, навыков основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, применения алгоритма постановки развернутого клинического диагноза.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков по общеклиническому обследованию, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, навыков основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, применения алгоритма постановки развернутого клинического диагноза.	Успешное и систематическое применение навыков по общеклиническому обследованию, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, навыков основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, применения алгоритма постановки развернутого клинического диагноза.	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания об основных патологических симптомах и синдромах заболеваний внутренних органов, законах течения патологии по ор-	Общие, но не структурированные знания об основных патологических симптомах и синдромах заболеваний внутренних органов,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об основных патологических симптомах и синдромах заболе-	Сформированные систематические знания об основных патологических симптомах и синдромах за-	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>

	ганам, системам и организму в целом, закономерностях функционирования систем внутренних органов при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритме постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятиях по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.	законах течения патологии по органам, системам и организму в целом, закономерностях функционирования систем внутренних органов при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритме постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятиях по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.	ваний внутренних органов, законах течения патологии по органам, системам и организму в целом, закономерностях функционирования систем внутренних органов при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритме постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятиях по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.	болеваний внутренних органов, законах течения патологии по органам, системам и организму в целом, закономерностях функционирования систем внутренних органов при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритме постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основных диагностических мероприятиях по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.		
Уметь	Частично освоенное умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, применяя знания основ меду-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний,	В целом успешное, но содержащее отдельные проблемы умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы	Сформированное умение выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний,	<i>Курация пациентов, курационные листы, учеб-</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>

	биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при заболеваниях внутренних органов и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	применяя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при заболеваниях внутренних органов и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.	заболеваний, применяя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при заболеваниях внутренних органов и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.	применяя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при заболеваниях внутренних органов и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	<i>ная история болезни, решение ситуационных задач</i>	
Владеть	Фрагментарное применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, применяя знания основ медико-биологических и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболе-	Успешное и систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и син-	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>

	клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	ваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	болеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
--	--	--	---	---	--	--

ПК-8

Знать	Фрагментарные знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах для лечения больных; профилактических мероприятиях и средствах	Общие, но не структурированные знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах для лечения больных; профилактических мероприятиях и средствах	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах для лечения больных; профилактических мероприятиях и	Сформированные систематические знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах для лечения больных;	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>
-------	--	---	--	---	---------------------------	----------------------------

			средствах	профилактических мероприятиях и средствах		
	Фрагментарные знания о заболеваниях сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, алгоритме выбора терапевтического лечения	Общие, но не структурированные знания о о заболеваниях сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, алгоритме выбора терапевтического лечения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о о заболеваниях сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, алгоритме выбора терапевтического лечения	Сформированные систематические знания о заболеваниях сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, алгоритме выбора терапевтического лечения	<i>Курация пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	Сформированное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>
	Частично освоенное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать лекарственную терапию, использо-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и назначать ле-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, под-	Сформированное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом течения болезни, подбирать и	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>

	вать методы немедикаментозного лечения.	карственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	бирать и назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.	назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом.	Успешное и систематическое применение навыков алгоритма и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом.	<i>Курация пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>
	Фрагментарное применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Успешное и систематическое применение навыков алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	<i>Прием практических навыков</i>	<i>Прием практических навыков</i>
ПК-10						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной по-	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов оказания первичной меди-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоко-	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>

	<p>мощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>ко-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>лов оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.....</p>		
Уметь	<p>Частично освоенное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>Сформированное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p><i>Курация пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i></p>	<p><i>Решение ситуационных задач</i></p>
Владеть	<p>Фрагментарное применение навыков по оказанию первичной медико-санитарную помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков по оказанию первичной медико-санитарной помощи при</p>	<p><i>Прием практических навыков</i></p>	<p><i>Прием практических навыков</i></p>

	обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	запных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
ПК-11						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	<i>Устный опрос, тест</i>	<i>Тест, собеседование</i>
Уметь	Частично освоенное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Сформированное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	<i>Курация пациентов, курационные листы, учебная история болезни, решение ситуационных задач</i>	<i>Решение ситуационных задач</i>
Владеть	Фрагментарное применение навыков приме-	В целом успешное, но не систематическое при-	В целом успешное, но содержащее	Успешное и систематическое при-	<i>Прием практиче-</i>	<i>Прием</i>

	нения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	менение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	отдельные проблемы применения навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	менение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	<i>ских навыков</i>	<i>практических навыков</i>
--	---	--	--	--	---------------------	-----------------------------

Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки

Вопросы к экзамену призваны оценить формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций ОПК-6 и ОПК-8, профессиональных компетенций ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

Перечень вопросов к экзамену

Раздел 1 «Кардиология»

1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Понятие о первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Группы суммарного кардиоваскулярного риска. Шкалы для оценки кардиоваскулярного риска Принципы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от группы риска. Немедикаментозные и медикаментозные методы.

2. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, диагностические критерии, дифференцированная терапия. Аортальные пороки сердца: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

3. Гипертоническая болезнь: классификация, патогенез, клинические проявления, диагностика, алгоритм диагностического поиска. Современная антигипертензивная терапия.

4. Гипертонический криз: диагностика, лечение.

5. Ишемическая болезнь сердца, хронические формы: этиология, патогенез, клинические проявления, классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия хронических форм ИБС.

6. Ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром: этиология, патогенез, клинические проявления, классификация. Диагностика острого коронарного синдрома, неотложные диагностические мероприятия, дифференциальная диагностика. Терапия острого коронарного синдрома, неотложные лечебные мероприятия, виды терапии при остром коронарном синдроме. Осложнения острого инфаркта миокарда.

7. Неотложные лечебные мероприятия при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST.

8. Хроническая сердечная недостаточность: основные причины, патогенез, диагностика, клинические проявления. Классификация сердечной недостаточности. Диагностика, дифференциальная диагностика хронической сердечной недостаточности. Дифференцированная терапия хронической сердечной недостаточности.

9. Лечение отека легких.

10. Нарушения ритма сердца: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявле-

ния в зависимости от вида нарушений ритма сердца. Диагностика, дифференциальная диагностика нарушений ритма сердца. Антиаритмические препараты. Диагностика и дифференцированная терапия различных нарушений ритма сердца (синдром слабости синусового узла, пароксизмальные тахикардии, экстрасистолия). Фибрилляция и трепетание предсердий: классификация, дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия.

11. Неотложные лечебные мероприятия в аритмологии: купирование пароксизмов суправентрикулярных и желудочковых тахикардий, мерцательной аритмии и трепетания предсердий, лечение остро возникших брадикардий.

12. Перикардиты: классификация, этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

13. Миокардиты: классификация, этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

14. Кардиомиопатии: понятие о данной группе заболеваний, классификация, клинические варианты, диагностика, лечение.

15. Симптоматические артериальные гипертонии. Классификация, патогенез, лечение в зависимости от клинического варианта.

Раздел 2. Ревматология

1. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Течение и исходы. Дифференцированное лечение. Антифосфолипидный синдром

2. Системная склеродермия: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Течение и исходы. Терапия.

3. Дерматомиозит, полимиозит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Течение и исходы. Дифференцированная терапия. Ревматическая полимиалгия: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

4. Ревматоидный артрит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дифференцированное лечение.

5. Остеоартроз: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дифференцированное лечение.

6. Микрористаллические артриты (подагра, пирофосфатная артропатия): этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностические критерии. Особенности суставного синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дифференцированное лечение.

7. Артериит Такаясу, гигантоклеточный артериит: морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия.

8. Системные васкулиты. Определение, этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления. Диагностический алгоритм. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия.

9. IgA-ассоциированный васкулит, узелковый полиартериит. Морфология, патогенез, клиника, диагностика, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, дифференцированная терапия.

10. Гранулематоз с полиангиитом: морфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.

11. Серонегативные артриты: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления анкилозирующего спондилоартрита, псориазического артрита, реактивных артритов; диагностические критерии. Диагностика, дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия.

Раздел 3. Нефрология

1. Тубулоинтерстициальные нефриты: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления в зависимости от формы заболевания. Особенности мочевого синдрома при тубулоин-

терстициальных нефритах бактериальной и небактериальной этиологии. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия тубулоинтерстициальных нефритов.

2. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение острого гломерулонефрита.

3. Хронические гломерулонефриты: этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические проявления, их зависимость от варианта болезни. Диагностика и дифференциальная диагностика хронических гломерулонефритов. Осложнения хронических гломерулонефритов. Дифференцированная терапия хронических гломерулонефритов.

4. Амилоидоз почек: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, стадии течения. Диагностика и дифференциальная диагностика, терапия. Нефротический синдром: этиология, диагностические критерии, классификация, клинические проявления, терапия.

5. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, стадии течения. Основные клинические проявления в зависимости от стадии. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия, прогноз. Острое почечное повреждение: классификация, диагностика, лечение и профилактика.

6. Хроническая болезнь почек: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Раздел 4. Пульмонология

1. Функциональные методы обследования в пульмонологии: контроль степени тяжести бронхиальной обструкции при проведении пикфлоуметрии (нормы и правила измерения скорости экспираторного потока в амбулаторных условиях). Спирография: возможности и ограничения метода, медикаментозные пробы (бронходилатационные и провокационные), интерпретация результатов.

2. Острые пневмонии: классификация, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение с оценкой эффективности антибактериальной терапии пневмоний, симптоматическая и ургентная терапия при тяжелом течении пневмоний. Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС), этапы оказания медицинской помощи, респираторная поддержка, режимы кислородотерапии, инвазивная и неинвазивная вентиляция легких.

3. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические проявления, классификация, течение, осложнения, профилактика. Терапия бронхиальной обструкции в зависимости от категории степени тяжести (А, В, С, D) и наличия осложнений заболевания

4. Бронхиальная астма: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, осложнения, диагностика. Понятие ступенчатой терапии (в зависимости от степени тяжести и контроля бронхиальной астмы). Лечение и профилактика обострений.

5. Тяжелое обострения бронхиальной астмы: понятие астматический статус, критерии оценки тяжести дыхательной недостаточности, предрасполагающие факторы, этапы лечебных мероприятий, меры профилактики.

6. Осложнения эмфизематозного варианта течения ХОБЛ: буллезная эмфизема, спонтанный пневмоторакс, предрасполагающие факторы, этапы лечебных мероприятий, показания к торакотомии

7. Диссеминированные поражения легких: этиология, патогенез, классификация, клиническая и инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в зависимости от нозологической формы, прогноз.

8. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, диагностика, основные клин. проявления, врачебная тактика, профилактика тромбоэмболии легочной артерии.

9. Хроническое легочное сердце: классификация, этиология, патогенез. Основные клинические проявления компенсированного и декомпенсированного легочного сердца, диагностика, течение и лечение.

10. Хроническая дыхательная недостаточность, классификация по степени тяжести, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностические критерии и дифференциальная диагностика. Терапия с учетом степени тяжести, респираторная поддержка: постоянная и ситуационная кислородотерапия, показания для инвазивной вентиляции легких.

Раздел 5. Гастроэнтерология

1. Болезни пищевода: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления заболеваний, протекающих с синдромом дисфагии, патогенетические варианты дисфагий. Диагностика дисфагий, дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия дисфагий, терапевтические аспекты лечения.

2. Хронический гастрит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия.

3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, особенности патогенеза в зависимости от локализации; классификация. Клинические проявления в зависимости от локализации язвы. Диагностика язвенной болезни. Дифференциальная диагностика язвенной болезни. Дифференцированная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

5. Синдром раздраженного кишечника: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления в зависимости от формы. Диагностика и дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника. Лечение синдрома раздраженного кишечника в зависимости от формы.

6. Язвенный колит и болезнь Крона: этиология, патогенез, клиническая картина. Классификация. Диагностика язвенного колита и болезни Крона. Дифференциальная диагностика. Дифференцированная терапия язвенного колита и болезни Крона. Осложнения язвенного колита и болезни Крона.

7. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления хронического панкреатита. Диагностика, дифференциальная диагностика хронических панкреатитов. Дифференцированная терапия хронического панкреатита.

8. Первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит: этиология, патогенез. Клинические проявления, диагностические критерии. Этапы диагностического поиска, дифференциальная диагностика. Терапия первичного билиарного цирроза и первичного склерозирующего холангита.

9. Неалкогольная жировая болезнь печени: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

10. Алкогольная болезнь печени: этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

11. Цирроз печени: этиология, патогенез, морфологическая характеристика, клиническое течение. Основные синдромы, составляющие их клинико-лабораторные симптомы, их патогенез. Клинические проявления. Классификации циррозов печени. Диагностика, этапы диагностического поиска. Дифференциальный диагноз.

12. Циррозы печени: терапия компенсированного цирроза печени в зависимости от стадии. Осложнения циррозов печени. Терапия осложнений циррозов печени.

Экзаменационное собеседование проводится по двум ситуационным задачам, а также рентгенограмме или электрокардиограмме. Собеседование направлено на оценку умения решать конкретные профессиональные задачи. Студенту предлагается 6 вопросов для каждой из двух ситуационных задач.

Вопросы к ситуационным задачам и оцениваемые компетенции

- 1) Выделить синдромы. ПК-5, ПК-6
- 2) Объяснить патогенез симптомов ПК-5, ПК-6
- 3) Сформулировать диагноз согласно современной классификации. ПК-6
- 4) Провести дифференциальный диагноз. ПК-5, ПК-6
- 5) Составить план обследования. ПК-5, ПК-6.
- 6) Назначить лечение с позиций доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями ОПК-8, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

В зависимости от клинической ситуации, представленной в задаче, может быть предложено сделать заключение по данным анамнеза и объективного обследования, привести как неотложные мероприятия (диагностические, лечебные), так и последующие (плановые, после стабилизации состояния).

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

Примерные тестовые задания 1-го уровня

1. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите наиболее достоверный ЭКГ-критерий инфаркта миокарда:

- 1) депрессия сегмента ST;
- 2) элевация сегмента ST*;
- 3) появление отрицательного зубца T;
- 4) все перечисленные

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

2. Выберите 1 правильный вариант ответа. Назовите наиболее специфичный сывороточный маркер острого инфаркта миокарда:

- 1) С-реактивный протеин;
- 2) АСТ;
- 3) лактат-дегидрогеназа;
- 4) тропонин I*.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-11.

3. Выберите 1 правильный вариант ответа. Назовите нерациональную комбинацию для лечения пациентов с артериальной гипертензией:

- 1) бета-адреноблокатор + диуретик;
- 2) бета-адреноблокатор + недигидропиридиновый блокатор медленных кальциевых каналов*;
- 3) ингибитор АПФ + блокатор медленных кальциевых каналов;
- 4) ингибитор АПФ + диуретик.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-10.

4. Выберите 1 правильный вариант ответа. Максимально быстрое снижение артериального давления показано, если гипертонический криз осложняется

- 1) ишемическим инсультом;
- 2) острым коронарным синдромом;
- 3) нарушением ритма сердца;
- 4) расслаивающей аневризмой аорты.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-11.

5. Выберите 1 правильный вариант ответа. К группе серонегативных спондилоартритов относят все перечисленное, за исключением:

- 1) артритов при болезни Крона;
- 2) псориатического артрита;
- 3) ювенильного хронического артрита;
- 4) болезни Рейтера;
- 5) подагры*.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

6. Выберите 1 правильный вариант ответа. Наиболее существенным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является:

- 1) увеличение СОЭ;
- 2) гипергаммаглобулинемия;
- 3) наличие антигена гистосовместимости В27;
- 4) анемия;
- 5) лейкоцитоз.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

7. Выберите 1 правильный вариант ответа. При каком заболевании в начальный период болезни следует назначить циклофосфамид?

- 1) неспецифический аортоартериит;
- 2) гранулематоз с полиангиитом*;
- 3) геморрагический васкулит;
- 4) узелковый полиартериит.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-8, ПК-10.

8. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какое основное показание для назначения Д-пенициллина при системной склеродермии?

- 1) выраженные лабораторные показатели активности заболевания;

- 2) высокий титр антинуклеарного фактора;
- 3) распространенное поражение кожи*;
- 4) прогрессирующая легочная гипертензия.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-8, ПК-10.

9. Выберите 1 правильный вариант ответа. Микроальбуминурия (А2) диагностируется при обнаружении:

- 1) отношения альбумин/креатинин мочи менее 3 мг/ммоль;
- 2) отношения альбумин/креатинин мочи 3-30 мг/ммоль*;
- 3) отношения альбумин/креатинин мочи более 30 мг/ммоль.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

10. Выберите 1 правильный вариант ответа. Какая группа препаратов чаще всего вызывает развитие хронического интерстициального нефрита

- 1) глюкокортикостероиды;
- 2) антибиотики;
- 3) анальгетики и НПВП;
- 4) бронхолитики.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8.

11. Выберите 1 правильный вариант ответа. Назовите уровень калия крови, при котором показано начало гемодиализа

- 1) более 5,5 ммоль/л;
- 2) более 6,0 ммоль/л;
- 3) более 6,5 ммоль/л*;
- 4) более 7,0 ммоль/л.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-11.

12. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите критерий умеренной протеинурии:

- 1) 0,5-1,0 г/л;
- 2) 0,5-1,0 г/сутки;
- 3) 1,0-3,0 г/сутки*;
- 4) 3-3,5 г/сутки.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

13. Выберите 1 правильный вариант ответа. Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

- 1) позднее 48 часов после госпитализации пациента*;
- 2) у ранее не леченного человека;
- 3) ранее 48 часов после госпитализации пациента;
- 4) у беременной женщины после 20 недель беременности;
- 5) у пациента, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

14. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите препараты выбора при эмпирической терапии внебольничных пневмоний:

- 1) пенициллин, эритромицин, азитромицин*;
- 2) ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин;

- 3) стрептомицин и гентамицин;
- 4) линкомицин и левомицетин.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-10.

15. Выберите 1 правильный вариант ответа. Первоначальная оценка эффективности терапии при пневмонии проводится:

- 1) через 24 часа;
- 2) через 72 часа*;
- 3) на 5-е сутки;
- 4) на 7 сутки.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-10.

16. Выберите 1 правильный вариант ответа. Причинами острого легочного сердца могут быть

- 1) ТЭЛА, астматический статус, тяжелая пневмония*;
- 2) митральный стеноз;
- 3) хронический бронхит;
- 4) кифосколиоз.

Проверяемые компетенции: ПК-6, ПК-11.

17. Выберите 1 правильный вариант ответа. С помощью какого исследования определяется состояние нижнего пищеводного сфинктера?

- 1) биопсия пищевода;
- 2) манометрия пищевода*;
- 3) тест Бернштейна;
- 4) внутрипищеводная рН-метрия;
- 5) рентгенологическое исследование пищевода с барием.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

18. Выберите 1 правильный вариант ответа. Контрольным методом эффективности проведенной эрадикации является:

- 1) серологический метод определения антител к *H. pylori*;
- 2) определение антигена *H. pylori* в кале*;
- 3) морфологический метод;
- 4) цитологический метод.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-10.

19. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите наиболее частое осложнение язвенной болезни:

- 1) малигнизация;
- 2) перфорация;
- 3) кровотечение*;
- 4) стеноз привратника.

Проверяемые компетенции: ПК-6, ПК-11.

20. Выберите 1 правильный вариант ответа. Укажите лекарственные препараты для базисной терапии язвенного колита:

- 1) спазмолитики;

- 2) пробиотики;
- 3) препараты 5-аминосалициловой кислоты*;
- 4) ферменты.

Примерные тестовые задания 2 уровня:

1. Установите соответствия между названием антигипертензивного препарата и его максимальной суточной дозой

Название препарата	Максимальная суточная доза
1) Дилтиазем-ретард	А) 10 мг 1 раз в сутки
2) Верапамил-ретард	Б) 180 мг 2 раза в сутки
3) Амлодипин	В) 240 мг 2 раза в сутки

Ответы: 1-Б, 2-В, 3-А.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8.

2. Установите соответствия между клиническими особенностями суставного синдрома и нозологической формой

Особенности суставного синдрома	Нозологическая форма
1) узелки Гебердена и Бушара	А) псориатический артрит
2) поза «просителя»	Б) остеоартроз
3) ульнарная девиация кистей	В) анкилозирующий спондилоартрит
4) мутилирующий артрит	Г) ревматоидный артрит

Ответы: 1-Б, 2-В, 3-Г, 4-А.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

3. Установите соответствия между заболеванием почек и типичными изменениями лабораторных данных:

Заболевание почек	Типичные лабораторные изменения
1) острый гломерулонефрит	А) лейкоцитурия, бактериурия, ускорение СОЭ
2) хронический гломерулонефрит	Б) асептическая пиурия, кислая реакция мочи
3) хронический пиелонефрит	В) антитела к бета-гемолитическому стрептококку группы А
4) туберкулез почек	Г) иммунные комплексы к компонентам клубочков почек, обнаружение в почках иммунных комплексов

Ответы: 1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

4. Установите соответствия между степенью тяжести дыхательной недостаточности (ДН) и показателями газового состава крови

Степень тяжести ДН	Показатели газового состава крови
1) ДН 1 степени	А) РаО ₂ <40 мм рт. ст., сатурация О ₂ <75%
2) ДН 2 степени	Б) РаО ₂ 40-59 мм рт. ст., сатурация О ₂ 75-89%
3) ДН 3 степени	В) РаО ₂ 60-79 мм рт. ст., сатурация О ₂ 90-94%

Ответы: 1-В, 2-А, 3-Б.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-10.

5. Установите соответствия между нозологической формой и типичными симптомами

Нозологическая форма	Типичные симптомы
1) язвенная болезнь	А) изжога, отрыжка, регургитация
2) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Б) снижение массы тела, диарея, опоясывающие боли
3) хронический панкреатит с внешнесек-	В) боли в эпигастрии «натошак», приносящая облегчение рвота

реторной недостаточностью	
---------------------------	--

Ответы: 1-В, 2-А, 3-Б.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6.

6. Установите соответствия между нозологической формой и комбинацией лекарственных препаратов

Нозологическая форма	Комбинация лекарственных препаратов
1) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i>	А) мебеверин, креон, омепразол
2) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Б) омепразол, амоксициллин, кларитромицин
3) хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью	В) домперидон, эзомепразол, фосфалюгель

Ответы: 1-Б, 2-В, 3-А.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-8, ПК-10.

Примерные тестовые задания 3 уровня:

1. Задача по разделу «Кардиология»

Мужчина 49 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке и усиливающуюся в положении на спине, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах, сердцебиение. 5 лет назад перенес ОИМ. Болей в грудной клетке, в настоящее время, нет. Около 6 мес. назад стала нарастать одышка, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, сердцебиение. При осмотре: состояние тяжелое, положение ортопное, набухшие шейные вены, ЧДД 32/мин, акроцианоз. ЧСС 110/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Перкуторно левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. При аускультации тоны глухие, систолический шум на верхушке сердца. При аускультации в подлопаточной области справа дыхание не выслушивается, слева в подлопаточной области крепитация. Печень увеличена в размерах, умеренно болезненна при пальпации. Отеки на ногах до верхней трети голеней.

Вопрос 1. Какой диагноз предполагается в данном случае?

*Застойная сердечная недостаточность

Левосторонняя пневмония

ИБС: стенокардия напряжения III функционального класса. ХСН IIА, ФК II.

Повторный острый инфаркт миокарда

Вопрос 2. Для уточнения диагноза пациенту показано проведение?

*ЭХО-КС

Велоэргометрии

Рентгенографии органов грудной клетки

МРТ органов грудной клетки

Вопрос 3. Показано ли в данном случае парентеральное назначение диуретиков?

Нет, не показано

Только после неэффективного перорального применения диуретической терапии

Пациенту противопоказано назначение диуретиков парентерально

*Показано назначение петлевых диуретиков в комбинации с антагонистами минералокортикоидных рецепторов

Вопрос 4. При назначении пациенту разгрузочной терапии следует ежедневно контролиро-

вать?

- *Вес пациента
- Уровень глюкозы крови
- Количество тромбоцитов крови
- Потребление соли в диете.

Вопрос 5. Какой лекарственный препарат Вы не будете рекомендовать данному пациенту для постоянного приема

- Бисопролол
- Эналаприл
- Торасемид
- *Амлодипин
- Розувастатин

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

2. Задача по разделу «Ревматология»

Мужчина 26 лет. 10 лет назад почувствовал тупые боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливавшиеся при физической работе. К врачу не обращался. Позднее боли усилились, временами принимали острый характер. Больного лечили от люмбаишалгии НПВС, которые уменьшали боли на короткое время. Три года тому назад появились боли в шейном и грудном отделах позвоночника особенно при кашле и чихании, а также боли в тазобедренных и коленных суставах. Стало трудно наклоняться.

Объективно: туловище фиксировано в положении сгибания вперед с опущенной головой (поза «просителя»). Сердце и лёгкие без особенностей. Атрофия ягодичных мышц. Дорсальный кифоз. Рентгенологически: остеопороз тел позвонков и особенно их поперечных отростков, окостенение продольных межостистых связок. В ОАК СОЭ 32 мм/час.

Вопрос 1. Вероятный диагноз:

- *анкилозирующий спондилоартрит
- болезнь Рейтера
- подагра
- ревматоидный артрит

Вопрос 2. Какие лабораторное исследование необходимо назначить?

- определение АЦЦП
- исследование мазков из уретры на хламидии.
- *типирование на В 27 антиген
- определение ревматоидного фактора

Вопрос 3. Выберите препараты для лечения из перечисленных:

- аллопуринол
- метотрексат
- *диклофенак
- *сульфасалазин

Вопрос 4. Развитие каких почечных осложнений возможно при данном заболевании?

- гломерулонефрит
- *вторичный амилоидоз
- пиелонефрит
- хронический интерстициальный нефрит

Вопрос 5. Какое поражение внутренних органов возможно при данном заболевании?

*апикальный фиброз лёгких
кардиомиопатия
фиброзирующий альвеолит
*передний увеит

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

3. Задача по разделу «Нефрология»

Мужчина 25 лет обратился к терапевту с результатами диспансерного осмотра. В общем анализе мочи белок 1,0 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, относительная плотность мочи 1010. После демобилизации 4 года назад обнаруживали изменения в анализах мочи, не дообследован. С того времени анализы мочи и АД не контролировал, не лечился. При осмотре выявлено повышение АД до 150/100 мм рт ст, в биохимическом анализе – креатинин 90 мкмоль/л, мочевины 27 ммоль/л.

Вопрос 1. О каком заболевании идет речь?

Гипертоническая болезнь
*Хронический гломерулонефрит
Хронический пиелонефрит
Острый цистит

Вопрос 2. Какова причина артериальной гипертензии в данном случае?

Стеноз почечных артерий
Тромбоз почечных артериол
*Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей.

Вопрос 3. Какое инструментальное обследование следует провести в первую очередь?

Биопсия почки
*УЗИ почек
Сцинтиграфия почек
Обзорная рентгенография брюшной полости

Вопрос 4. Как называется изменение относительной плотности мочи у больного:

Гиперстенурия
*изостенурия
Нормостенурия

Вопрос 5. Что обязательно должно включать лечение данного больного?

Этиотропную терапию
*Базисную патогенетическую терапию
Антибактериальную терапию
Посиндромную терапию и подготовку к заместительной почечной терапии.

Проверяемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8.

4. Задача по разделу «Пульмонология»

У мужчины 23 лет среди полного здоровья после сильного кашля возник приступ резких болей в грудной клетке справа. При обследовании справа тимпанит, ослабление дыхания и бронхофонии.

Вопрос 1. Что такое бронхофония?

Вибрация грудной стенки при фонации, ощущаемая рукой исследующего;

метод измерения максимальной скорости потока воздуха, которая достигается при форсированном вдохе и выдохе;

*слышимость голоса больного при аускультации его грудной клетки Звук, возникающий в случае разлипания при выдохе стенок альвеол

Вопрос 2. Вероятный диагноз?

Крупозная пневмония

Острый бронхит

Плеврит

ТЭЛА

*Спонтанный пневмоторакс

Вопрос 3. Какое обследование подтвердит диагноз?

Общий анализ крови

*Рентгенография органов грудной клетки

Ангиопульмонография

Бодиплетизмография

Вопрос 4. Какова возможная причина данного состояния?

Инфекционные агенты

Переохлаждение организма

*Ограниченная буллезная эмфизема

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей

Вопрос 5. Какова тактика ведения пациента

Тромболизис

Антибактериальная терапия

Терапия системными ГКС

*Пункции плевральной полости

Проверяемые компетенции: ПК-6, ПК-11.

5. Задача по разделу «Гастроэнтерология»

Больной 30 лет поступил с жалобами на частый неформленный стул до 8-10 раз в сутки с примесью крови, повышение температуры до 37,5-38°C, похудение на 10 кг за 6 мес. При осмотре живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Фиброколоноскопия: в сигмовидной и прямой кишке слизистая покрыта фибринными пленками, при соприкосновении кровоточит, имеются эрозии.

Вопрос 1. Какие синдромы имеют место в данном случае?

*Синдром диареи

*Синдром мальабсорбции

Синдром диспепсии

Синдром болевой абдоминальный

Вопрос 2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Рентгенография органов брюшной полости

*фиброколоноскопия

УЗИ органов брюшной полости

Тест с эластазой-1

Вопрос 3. Какой диагноз, вероятно, имеется у больного?

*Язвенный колит

Синдром раздраженного кишечника
Псевдомембранозный колит
Ишемический колит

Вопрос 4. Какие лекарственные препараты следует назначить больному?

Ингибиторы протонной помпы
Спазмолитики
*Сульфасалазин
*Глюкокортикостероиды

Вопрос 5. Какова причина развития данного заболевания?

Кишечная инфекция
Длительный прием антибиотиков
Стрессовые ситуации
*Причина неизвестна

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

Критерии оценки:

«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи для текущего контроля

1. Задача по разделу 1 «Кардиология»

Больная 55 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение, шум в ушах, боль в области сердца, тошноту и рвоту. Больна около 10 лет, когда впервые при профилактическом осмотре было выявлено повышенное артериальное давление. Периодически отмечала головные боли, принимала дибазол, адельфан. Трижды лечилась в стационаре. Последние 2 года АД оставалось постоянно высоким 190/115 мм рт. ст., периодически повышалось до 250/140 мм рт. ст. Накануне, после неприятностей на работе, появились резкая головная боль, головокружение, боль в области сердца, тошнота, однократная рвота. Несмотря на прием гипотензивных препаратов, состояние не улучшалось, машиной “скорой помощи” доставлена в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре лицо одутловатое, бледное. Веки набухшие. Сознание ясное. Патологических рефлексов нет. Снижение болевой и тактильной чувствительности в области лица, онемение губ и языка. Мышечная слабость в левой руке. Левая граница относительной сердечной тупости смещена влево от срединно-ключичной линии на 2 см. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона над аортой. АД 270/150 мм рт. ст. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.
- 2) Объясните патогенез симптомов.
- 3) Сформулируйте клинический диагноз согласно современной классификации.
- 4) Перечислите возможные осложнения.
- 5) Составьте план обследования.

б) Назначьте необходимое лечение. Перечислите группы препаратов, применяемых для оказания помощи больным с подобным диагнозом.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

2. Задача по разделу 2 «Ревматология»

Больной К., 56 г, поступил с жалобами на боли в локтевых, голеностопных, коленных суставах, сопровождающиеся высокой лихорадкой, ознобом. Болен около 5 лет, заболевание началось с отечности, гиперемии и местного повышения температуры 1 плюсне-фалангового сустава. Через 2 недели после данного приступа все симптомы прошли бесследно, функция суставов восстановилась. Через 4 года появились боли в локтевом суставе и одновременно плотное узелковое образование в области голеностопных и коленных суставах. Настоящее ухудшение в течение 7 дней.

Состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Вес 92 кг, рост 161 см. Припухлость, покраснение и резкая болезненность суставов стопы, коленных, голеностопных суставов, указанные суставы деформированы, движения в них ограничены. АД - 170/110. Дыхание в легких везикулярное. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. Печень не увеличена.

Результаты дополнительных обследований: общий анализ крови: лейкоциты $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - 0,45 г/л, лейкоциты 8-10 в п/зр., эритроциты 6-8 в п/зр. Биохимический анализ крови: АЛТ - 26,5 усл. ед, АСТ - 31,8 усл. ед., креатинин - 99 мкмоль/л.

- Вопросы: 1. Выделите основные синдромы, объясните механизм боли в суставах.
2. Предварительный диагноз с обоснованием.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

3. Задача по разделу 3 «Нефрология»

Больной 20 лет. Жалобы на отеки нижних конечностей, лица, общую слабость.

Из анамнеза: месяц назад впервые появились отеки, которые постепенно нарастают. В течение последней недели отметил появление слабости и одышки при ходьбе.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Отеки стоп, голеней, бедер, передней брюшной стенки, поясничной области, лица. В легких дыхание везикулярное, в нижне-задних отделах резко ослабленное, хрипов нет. Перкуторно ниже 6 ребра по задне-подмышечным и лопаточным линиям с обеих сторон притупление перкуторного звука. ЧД 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Диурез – 700 мл/сутки.

Результаты лабораторных обследований: общий анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ = 40 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин – 87 мкмоль/л, мочевины 7,5 ммоль/л, общий белок 40 г/л, общий билирубин 11 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, глюкоза крови 3,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: желтая, кислая, относительная плотность 1024, белок 9,5 г/л, эритроциты 0-1 в п/зр, лейкоциты 0-2 в поле зрения.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.
- 2) Объясните патогенез отеков.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
- 6) Приведите лечение больного.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

4. Задача по разделу 4 «Пульмонология»

Бригадой неотложной медицинской помощи в приёмное отделение стационара доставлена пациентка М., 33 лет. Собрать жалобы и подробный анамнез невозможно из-за тяжести состояния (с трудом говорит отдельными словами). Со слов сопровождающего больного мужа: М. с детства беспокоят приступы удушья, которые она купирует сальбутамолом, постоянно терапии не получает; в последние 2 недели отмечалось учащение приступов затруднённого дыхания, больная предъявляла жалобы на приступы одышки и удушья при быстрой ходьбе, во время проведения уборки. Каждую ночь беспокоили затруднения дыхания различной степени выраженности. Вероятно, эта симптоматика связана с ОРВИ, по поводу, которого М. обращалась к терапевту около 2-х недель назад, по рекомендации врача принимала сальбутамол, бромгексин, ибупрофен, однако, приём бромгексина и ибупрофена прекратила, связывая с этими препаратами усиление затруднений дыхания; около 3-х часов назад по поводу головной боли пациентка приняла таблетку «Седальгина».

При осмотре состояние тяжелое. Больная возбуждена, положение сидя с упором на верхние конечности, кожные покровы бледные, активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧДД= 32/мин. При аускультации: дыхание значительно ослаблено, над некоторыми участками лёгких не прослушивается, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева, ЧСС=120/мин, АД=95/60 мм.рт.ст.

Больной проведено обследование (cito!): газовый состав крови: $pO_2= 40$ мм.рт.ст., $pCO_2= 30$ м.рт.ст., $SatO_2= 70\%$; ПЭП=30% от индивидуальной нормы; ЭКГ: ритм правильный, синусовая тахикардия 120/мин, признаки перегрузки правых отделов сердца.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.
- 2) Объясните патогенез симптомов.
- 3) Сформулируйте диагноз согласно современной классификации.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составьте план обследования.
- 6) Определите условия ведения, лечение пациентки в стационаре. Каковы рекомендации после купирования острого состояния и после выписки из стационара.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

5. Задача по разделу 5 «Гастроэнтерология»

Больной 30 лет поступил с жалобами на боли приступообразного характера в эпигастрии, возникающие натощак. На высоте болей появляется рвота, приносящая облегчение. Беспокоит отрыжка кислым, изжога. Аппетит резко снижен. За последние 2 недели похудел на 4 кг. Стул регулярный, без патологических примесей.

Данные анамнеза заболевания: болен около 2 лет, появление болей тупого, ноющего характера в эпигастральной области отмечает преимущественно весной и осенью, а также связывает со стрессовыми ситуациями. Ранее нигде не обследовался, лечился самостоятельно - принимал антациды, спазмолитики. Последнее ухудшение в течение 2 недель.

Данные анамнеза жизни: вредных привычек нет, работа связана со стрессовыми ситуациями. Наследственность отягощена - у матери язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние удовлетворительное, питание среднее. АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 88 ударов в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, соотношение тонов не изменено, ЧСС = пульс = 64 в минуту. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.

- 2) Объясните патогенез развития болевого синдрома.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
- 6) Приведите лечение больного.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

Примерные ситуационные задачи для промежуточной аттестации

1. Задача по разделу 1 «Кардиология»

Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в грудной клетке, одышку.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течение 25 лет, стенокардией напряжения – 10 лет. Одышка при физической нагрузке беспокоит в течение 3-х лет. За последние два месяца появились тяжесть в грудной клетке, одышка при небольшой физической нагрузке.

Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ, акроцианоз, одышка смешанного характера. Частота дыхательных движений 26 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, множество сухих хрипов, в нижних отделах - незначительное количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Границы относительной тупости сердца расширены во все стороны. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 104 в 1 мин. АД – 140/95 мм рт. ст. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. Отеки голеней.

Контрольные вопросы

- 1) Выделить синдромы.
- 2) Объяснить патогенез симптомов.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз, назовите осложнения.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составить программу обследования.
- 6) Назначить лечение с позиций доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями. Какова неотложная терапия?

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

2. Задача по разделу 2 «Ревматология»

Больной 45 лет, учитель, поступил с жалобами на повышение температуры тела до 38 гр., заложенность носа, головные боли, кашель с отхождением мокроты с прожилками крови, одышку при незначительной нагрузке.

Данные анамнеза. Считает себя больным 6 месяцев, когда появился насморк с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура тела. Лечился антибиотиками с диагнозом ОРЗ, гайморит. Состояние не улучшилось. Присоединились боли в крупных суставах, появились изменения в анализе мочи. Сделана операция - гайморотомия, после которой повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, необильное кровохарканье.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, масса тела снижена. Температура тела 38,2⁰С. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы по аксиллярной линии справа; число дыхательных движений 28 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм рт. ст. Живот безболезненный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.

Результаты дополнительных обследований.

ОАК: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты 8×10^9 /л, СОЭ 65 мм/ч.

Общий белок 62 г/л.

ОАМ: удельный вес 1012, белок 1,2 г/л, эритроциты 20-25 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр.

Рентгенография лёгких: множественные сливные инфильтраты с двух сторон, преимущественно в средних и нижних отделах легких, два из них - с распадом в центре.

Контрольные вопросы

- 1) Выделить синдромы.
- 2) Объяснить патогенез симптомов.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз, назовите осложнения.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составить программу обследования.
- 6) Назначьте лечение.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

3. Задача по разделу 3 «Нефрология»

Больной 30 лет. Предъявляет жалобы на слабость, головную боль, одышку при быстрой ходьбе.

Данные анамнеза: 10 лет назад при устройстве на работу в анализах мочи обнаруживали белок (цифры не помнит), не обследовался, анализы мочи с того времени не контролировал. В течение 2 лет периодически появляются отёки стоп, отмечает повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., гипотензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пастозность стоп, голеней, лица. В лёгких дыхание везикулярное, без хрипов. Границы сердца: левая на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ, правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 84 в минуту. АД 190/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Диурез – около 1,5 литров.

Результаты дополнительных обследований. Общий анализ крови: гемоглобин 98 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ = 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин 240 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л, общий белок 69 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, калий 4,1 ммоль/л, глюкоза крови 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: бледно-соломенная, прозрачная, слабо-кислая, относительная плотность 1012, белок 2,6 г/л, эритроциты 20-30 в п/зр, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Проба Зимницкого: диурез днем 500 мл, ночью 900 мл, относительная плотность от 1005 до 1012.

УЗИ: почки расположены типично. Размерами правая – 82/38 мм, левая- 84/40 мм. Кортико-медуллярный слой 12-13 мм, эхогенность его повышена, дифференциация снижена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов не выявлено.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.
- 2) Объясните патогенез артериальной гипертензии.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
- 6) Приведите лечение больного.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

4. Задача по разделу 4 «Пульмонология»

Пациент Т., 21г, обратился на прием к терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 37,4°C, надсадный сухой кашель, выраженную слабость, боли в мышцах ноющего характера, выраженную головную боль, заложенность носа.

Из анамнеза: начало заболевания ни с чем не связывает. Сухой кашель в течение 5 дней, особенно мучительный по ночам. 3 дня назад к вечеру почувствовал слабость, боли в мышцах, головную боль температура тела до 37,2°C. Лечился самостоятельно (принимал «Колдрекс»), состояние без улучшения в связи с чем обратился к терапевту.

Из анамнеза жизни: житель города, студент. Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа в детстве, хронический гастрит. Курит нерегулярно по 2-3 сигареты в неделю, сигареты с фильтром, в течение 2 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное, активность снижена, вялость. Питание достаточное. Кожные покровы горячие, чистые, физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Голосовое дрожание - не изменено. При перкуссии: над всеми отделами легких ясный перкуторный тон. При аускультации: над всеми отделами легких - жесткое дыхание. ЧДД=20/мин. При исследовании сердечно-сосудистой системы: границы сердца в пределах должных величин, аускультативно - тоны ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС=85/мин, АД =120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, пальпаторно со стороны кишечника патологии не выявлено. Печень 9 x 8 x 7 см, не выступает из-под реберной дуги, край эластичный, безболезненный при пальпации, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отеков нет.

Результаты обследований (при поступлении в стационар):

Рентгенографии и рентгеноскопия грудной клетки: грудная клетка цилиндрической формы, легочный рисунок не изменен, корни не расширены, структурны, в нижней доле правого легкого - очаговое интерстициальное затемнение средней интенсивности, с нечеткими контурами. Диафрагма расположена обычно, подвижность ее не ограничена. Синусы свободны. Сердце, аорта не изменены.

ОАК: эритроциты 4,2 млн/мкл, лейкоциты 12 тыс/мкл, п/я – 2%, с/я – 46%, баз. - 0%, эоз. - 3%, лимф. - 55%. мон. - 4%, тромбоц. - 182 тыс/мкл.

Биохимический анализ крови: АСТ -27 ед/л, АСТ - 29 ед/л, билирубин – 14,2 мкм/л, глюкоза - 4.4 ммоль/л, белок общ. 67 г/л.

ЭКГ: ЭОС не отклонена, ритм синусовый, правильный, ЧСС=90/мин.

Контрольные вопросы

1. Выделите синдромы. Сделайте выводы на основании жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни, данных объективного осмотра пациента. Укажите ведущий синдром.
2. Объясните патогенез патологических проявлений, представленных в результатах обследования пациента.
3. Сформулируйте диагноз в соответствии с современной классификацией.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план обследования пациента.
- б) Составьте план лечения пациента. Предложите рекомендации пациенту после окончания курса лечения.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

5. Задача по разделу 5 «Гастроэнтерология»

Больной 45 лет госпитализирован с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое и левое подреберье, возникающие после приема пищи через 2-3 часа, купируются приемом но-шпы; на вздутие, урчание в животе, жажду, учащенное мочеиспускание, неоформленный кашицеобразный стул до 4-5 раз в день. Похудел на 10 кг за последние полгода при сохраненном аппетите.

Данные анамнеза. Болен в течение 10 лет, когда впервые после алкогольного эксцесса появились боли вышеописанного характера. Боли купировал самостоятельно. В последующие годы периодически возникали такие же боли, появился частый жидкий стул, стал худеть. Последние полгода появились сухость во рту, жажда, частое мочеиспускание. Злоупотребляет алкоголем длительное время.

Объективно. Состояние относительно удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся, в углах рта заеды. Вес 52 кг, рост 175см. В лег-

ких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 1 тон на верхушке ослаблен, ЧСС = пульс = 72 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара.

Дополнительные методы исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 98г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л.

Гликемия 8,4 ммоль/л «натощак»

Копрограмма: капли нейтрального жира, непереваренные мышечные волокна с поперечной исчерченностью, зерна внеклеточного крахмала.

Контрольные вопросы

- 1) Выделите синдромы.
- 2) Объясните патогенез снижения массы тела.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Составьте план дополнительного обследования, приведите ожидаемые результаты.
- 6) Приведите лечение больного.

Проверяемые компетенции: ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

Критерии оценки

«Отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

3.4. Перечень практических умений и навыков

1) Уметь провести опрос пациента с заболеваниями внутренних органов, провести сбор и оценку анамнеза заболевания и анамнеза жизни (ПК-5, ПК-6).

2) Владеть навыками осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации дыхательной, сердечно-сосудистой систем, органов желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата, уметь оценить данные опроса и осмотра больного (ПК-6).

3) Владеть навыками определения у пациента основных патологических состояний, синдромов, симптомов, алгоритмом постановки диагноза (ПК-6).

4) Уметь формулировать предварительный диагноз, составлять план обследования для уточнения диагноза и интерпретировать результаты обследования (ПК-5, ПК-6).

5) Владеть навыками формулирования окончательного клинического диагноза с учетом МКБ согласно существующим классификациям (ПК-6).

6) Уметь определить объем и место проведения необходимых лечебных мероприятий у пациентов (ОПК-8, ПК-8).

7) Владеть навыками составления индивидуальной программы лечения заболевания с учетом клинической формы, варианта течения, активности болезни (ПК-8).

8) Владеть алгоритмом выполнения по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ПК-10, ПК-11).

Указанные практические навыки должны быть сформированы в процессе изучения дисциплины (модуля) и подлежат проверке у каждого студента в ходе промежуточной аттестации на практических занятиях при работе с пациентами и написании истории болезни. По результатам проверки практических навыков на практических занятиях и истории болезни выставляется оценка на экзамене в графе «Практические навыки».

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни, критерии оценки

Требования к структуре и оформлению учебной истории болезни:

1-я страница:

- наименование вуза;
- название кафедры;
- заведующий кафедрой (должность, ученая степень, ученое звание, ФИО);
- преподаватель, занимающийся с группой кафедрой (должность, ученая степень, ученое звание, ФИО).

Инициалы пациента

Диагноз пациента.

Исполнитель (ФИО студента, курс, факультет, группа).

2-я страница: паспортная часть истории болезни (возраст, пол пациента, населенный пункт, в котором он проживает).

Клинический диагноз (основное заболевание, сопутствующая патология).

3-я и последующие страницы: основные разделы учебной истории болезни.

1) Описать жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни.

2) Отразить объективный статус с описанием по системам.

3) На основании жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни, результатов объективного обследования выделить и обосновать основные синдромы, указать и обосновать ведущий синдром, отразить его особенности.

4) Сформулировать предварительный диагноз с обоснованием и указанием основного заболевания, сопутствующей патологии, осложнений.

5) Составить план обследования больного для уточнения нозологической принадлежности, стадии или фазы болезни, выраженности осложнений и т.д.

6) Привести результаты выполненных лабораторных и инструментальных обследований, выполненных пациенту в стационаре, привести интерпретацию их результатов. При необходимости составить план дополнительного обследования с учетом изменений, обнаруженных в результатах обследования.

7) Провести дифференциальный диагноз не менее, чем в два синдромно-сходными заболеваниями, сделать заключение по проведенному дифференциальному диагнозу.

8) Сформулировать окончательный клинический диагноз согласно существующей классификации и обосновать все компоненты диагноза.

9) На основании данных литературы, с учетом современных клинических рекомендаций описать «Современные возможности лечения.....», заболевания, которое является основным в истории болезни.

10) Составить план лечения больного с обоснованием назначения всех лекарственных средств.

11) Написать дневники за время курации пациента (не менее 3-х дневников за разные дни курации), в которых должны быть отражены жалобы, данные осмотра, динамика состояния пациента, результаты обследования, полученные от момента предыдущего осмотра, отмечены изменения терапии, предстоящее обследование, тактика ведения.

12) Привести список литературы, использованной для написания истории болезни.

Компетенции, проверяемые данным оценочным средством: ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

Критерии оценки:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикамен-

тозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинко-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

7. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

7.1.Методика проведения тестирования

45 **Целью** этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

46 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

47 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

48 Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

49 Период проведения процедуры:

50 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

51 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

52 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

53 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

54 Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)

- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача).

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

55 Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование проводится на компьютерах.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности (на экзамене). Время, отводимое на тестирование, составляет на экзамене не более полутора академических часов.

56 Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

57 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

7.2.Методика проведения приема практических навыков

58 **Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (модуля).

59 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

60 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

61 Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

62 Период проведения процедуры:

63 Процедура оценивания проводится в процессе изучения дисциплины (модуля) на каждом практическом занятии.

64 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

65 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

66 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

67 Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

68 Описание проведения процедуры:

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными рабочей программой дисциплины (модуля). Проверка освоения практических навыков и умений проводится на практических занятиях у постели пациента. Курируя больных, студенты должны показать владение методикой сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни пациента, методами объективного осмотра (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). После объективного обследования больного студенты должны выявить и оценить факт поражения системы – органа – структуры, обосновать характер поражения: первичное или вторичное, объяснить патогенез. Выделить синдромы, определить ведущий, установить клинический диагноз с обоснованием согласно существующей классификации, составить план обследования и выбрать тактику лечения больного с обоснованием в письменной форме. По окончании курации преподавателем проводится клинический разбор больных в присутствии студентов всей группы. Студенты должны уметь интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов обследования пациента, обосновать окончательный диагноз и обосновать лечение больного. По окончании клинического разбора преподаватель оценивает работу с больным каждого студента. Оценка за больного складывается из умения собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни, владения практическими навыками объективного обследования больного, способности выявить симптомы, сгруппировать их в синдромы, выделить ведущий синдром; на основании синдромов выйти на правильный диагноз, уметь его обосновать, при необходимости провести дифференциальный диагноз с синдромно-сходными заболеваниями, быть способным правильно оценить результаты дополнительных методов обследования, правильно определить тактику ведения больного, назначить ему адекватную терапию с обоснованием.

Оценка уровня освоения практических умений и навыков осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех практических занятий и положительной оценки за историю болезни.

69

70 Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине выставляется оценка «не зачтено».

71 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

7.3. Методика проведения устного собеседования

72 **Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (модуля).

73 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

74 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

75 Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

76 Период проведения процедуры:

77 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

78 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

79 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

80 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

81 Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает ситуационные задачи. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество ситуационных задач в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

82 Описание проведения процедуры:

К собеседованию допускаются обучающиеся, посетившие все практические занятия, имеющие оценки «зачтено» за практические навыки и тестирование. Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по входящим в билет двум ситуационным задачам, электрокардиограмме или рентгенограмме. Результат собеседования определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

83 Результаты процедуры:

84 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

85 По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

Составители:

профессор госпитальной терапии, д.м.н. Симонова О.В.

доцент кафедры госпитальной терапии, к.м.н. Сапожникова И.Е.

Заведующий кафедрой госпитальной терапии

Д.м.н. профессор Б.Ф. Немцов