

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце: Ханты-Мансийского автономного округа-Югры  
ФИО: Косенок Сергей Михайлович "Сургутский государственный университет"  
Должность: ректор  
Дата подписания: 26.06.2024 14:28:27  
Уникальный программный ключ:  
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР

13 июня 2024 г., протокол УС № 6

## Терапия

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Внутренних болезней**  
Учебный план о310849-Терапия-24 -1.plx  
Специальность: Терапия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936  
в том числе:  
аудиторные занятия 464  
самостоятельная работа 409  
часов на контроль 63

Виды контроля в семестрах:  
экзамены 1, 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	уп	рп	уп	рп		
Неделя	16 2/6		15 1/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп	уп	рп
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	208	208	208	208	416	416
Итого ауд.	240	240	224	224	464	464
Контактная работа	240	240	224	224	464	464
Сам. работа	228	228	181	181	409	409
Часы на контроль	36	36	27	27	63	63
Итого	468	468	468	468	936	936

Программу составил(и):

*к.м.н., доцент, Граудина Виктория Евгеньевна*

Рабочая программа дисциплины

**Терапия**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.49 Терапия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 15)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Терапия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 13.06.2024 протокол № 6.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Внутренних болезней**

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Арямкина Ольга Леонидовна

Протокол от 23.04.2024 г. № 11.

<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	подготовка квалифицированного врача-терапевта готового к абстрактному мышлению, анализу, синтезу для осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включая медицинские осмотры;
1.2	подготовка квалифицированного врача-терапевта готового к абстрактному мышлению, анализу, синтезу для определения и лечения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний терапевтического профиля.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.О.01
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b> Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия».
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b> Неотложные состояния в терапии Паллиативная медицина Производственная (клиническая) практика

<b>3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
<b>ОПК-4.1:</b>	Обладает готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
<b>ОПК-4.2:</b>	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное исследование
<b>ОПК-4.3:</b>	Направляет на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>ОПК-4.4:</b>	Направляет пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>ОПК-4.5:</b>	Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
<b>ОПК-4.6:</b>	Осуществляет обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников
<b>ОПК-5.1:</b>	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>ОПК-5.2:</b>	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>ОПК-5.3:</b>	Назначает немедикаментозную терапию пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>ОПК-7.1:</b>	Осуществляет работу по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических
<b>ОПК-7.2:</b>	Осуществляет проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
<b>ОПК-7.3:</b>	Осуществляет подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
<b>ОПК-8.1:</b>	Осуществляет назначение профилактических мероприятий с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, санитарно-эпидемиологическими правилами, с учетом стандартов медицинской помощи

<b>ОПК-8.4:</b> Формирует программы здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ
<b>ОПК-9.1:</b> Осуществляет составление плана и отчета о своей работе
<b>ОПК-9.2:</b> Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа
<b>ОПК-9.3:</b> Осуществляет проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
<b>ПК-1.1:</b> Осуществляет проведение специализированного обследования (за исключением высокотехнологичного) пациентов старше 18 лет при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов с целью установления диагноза и определения функционального статуса
<b>ПК-1.2:</b> Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
<b>ПК-2.1:</b> Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов
<b>ПК-2.2:</b> Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначаемой терапии пациентам с заболеваниями и(или) состояниями по профилю «терапия»

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1 Знать:</b>
3.1.1 - клиническую симптоматику и патогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых, их профилактику,
3.1.2 - основы иммунологии и реактивности организма;
3.1.3 - основы немедикаментозной терапии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.4 - основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных;
3.1.5 - вопросы организации диспансерного наблюдения за здоровыми и больными;
3.1.6 - вопросы профилактики.
<b>3.2 Уметь:</b>
3.2.1 - Получать информацию о заболевании.
3.2.2 - Применять объективные методы обследования больного.
3.2.3 - Выявлять общие и специфические признаки заболевания.
3.2.4 - Проводить дифференциальную диагностику.
3.2.5 - Определять степень нарушения гомеостаза и выполнять все мероприятия по его нормализации.
3.2.6 - Обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного.
3.2.7 - Определять показания для госпитализации и организовывать ее.
3.2.8 - Выявлять факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний.
3.2.9 - Осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска.
3.2.10 - Проводить диспансеризацию здоровых и больных.
<b>3.3 Владеть:</b>
3.3.1 - Методикой оказания медицинской помощи больным заболеваниями терапевтического профиля в виде первичной медико-санитарной, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, которая включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний терапевтического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому образованию населения.
3.3.2 - Методикой отбора больного на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем заболевания пациента и в последующем наблюдение за состоянием пациента и лечение в соответствии с рекомендациями врача -специалиста по профилю заболевания пациента.
3.3.3 - Методикой отбора при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и/или при отсутствии возможности к проведению дополнительных обследований по медицинским показаниям по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.
3.3.4 - Методикой оказания медицинской помощи больным заболеваниями терапевтического профиля в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи (кардиологический, пульмонологический, ревматологический, гастроэнтерологический и иных) и стандартами медицинской помощи.
3.3.5 - Методикой отбора в случае невозможности оказания больному медицинской помощи в соответствии со стандартами в амбулаторных условиях или в условиях стационарного отделения терапевтического профиля для направления в медицинскую организацию субъекта Российской Федерации или федеральные учреждения,
3.3.6 - Методикой отбора для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным заболеваниями терапевтического профиля, которая оказывается в стационарных условиях врачами-специалистами по профилю заболевания пациента и включает лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

3.3.7	- Методикой выявления у больного медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
3.3.8	- Методикой осуществления профилактики болезней терапевтического профиля.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
Раздел 1.	Болезни сердечно- сосудистой системы	1	154	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.4;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1.  Э 1- Э 6.		
1.1	Артериальная гипертония, диагностика и лечение. Гипертоническая болезнь /Лек/	1	2			0	
1.2	Атеросклероз. Сердечно-сосудистый риск, практическое использование SCORE. Диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика атеросклероза. Критерии эффективности гиплипидемической терапии /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.3	Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика. Тактика лечения при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST на госпитальном и постгоспитальном этапе. Инфаркт миокарда. Диагностика. /Лек/	1	2			0	
1.4	Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Диагностика. Стабильная стенокардия. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.5	Ишемическая болезнь сердца, классификация. Диагностика и лечение стабильной стенокардии, безболевого ишемии миокарда. /Лек/	1	2			0	

1.6	Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика. Тактика лечения при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST на госпитальном и постгоспитальном этапе. Инфаркт миокарда. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профи-лактика. Вторичная профилактика ин-фаркта миокарда. Медицинская реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Этапы физической реабилита-ции /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.7	Хроническая сердечная недостаточность, диагностика, лечение /Лек/	1	2			0	
1.8	Гипертоническая болезнь. Диагностика и лечение, профилактика осложнений ги-пертонической болезни. Диагностика и лечение вторичных артериальных гипертоний. Почечные артериальные гипертонии, диагностика, лечение. Эндокринные артериальные гипертонии, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз артериальной гипертонии /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.9	Профилактика и лечение гипертонических кризов. Рефрактерная артериальная гипертония, тактика лечения /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.10	Заболевания миокарда, классификация, диагностика. Миокардиты, диагностика, лечение, профилактика. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний миокарда. Метаболические кардиомиопатии, диагностика, лечение, профилак-тика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.11	Заболевания эндокарда, миокарда, перикарда. Современные представления об этиопатогенезе. Современные классификации. /Лек/	1	2			0	
1.12	Идиопатические кардиомиопатии. Дилатационная кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Гипертрофическая кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Дифференциальный диагноз кардиомегалий /Пр/	1	4			0	
1.13	Инфекционный эндокардит, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

1.14	Заболевания перикарда. Перикардиты, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика /Пр/	1	2			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.15	Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.16	Хроническая сердечная недостаточность, диагностика и лечение систолической и диастолической сердечной недостаточности /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.17	Нарушения ритма, суправентрикулярные и вентрикулярные тахикардии, ЭКГ-диагностика, лечение, профилактика. /Пр/	1	8			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.18	Нарушения ритма и проводимости. Современные методы диагностики и лечения. /Лек/	1	2			0	
1.19	Фибрилляция предсердий ишемического и неишемического генеза, классификация, лечение, профилактика /Пр/	1	8			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.20	Нарушения проводимости, ЭКГ-диагностика /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.21	Нарушения проводимости. Лечение, тактика ведения. Показания к кардиостимуляции, постановке искусственного водителя ритма /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.22	Острая сосудистая недостаточность, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика лечения /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.23	Врожденные пороки сердца у взрослых: дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, пролапс митрального клапана, синдром Лютембаше, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера, триада, тетрада, пентада Фалло /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
1.24	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	1	62			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.

<b>Раздел 2.</b>	<b>Болезни органов дыхания</b>	<b>1</b>	<b>110</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.5;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1.  Э 1- Э 7.		
2.1	Современные представления об этиопатогенезе заболеваний органов дыхания и их осложнений. Современные классификации и методы диагностики. /Лек/	1	2			0	
2.2	ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, сердечной астмой /Лек/	1	2			0	
2.3	Пневмонии. Современные представления о патогенезе, возбудителях и лечении, дифференциальный диагноз, прогноз при тяжелом течении /Лек/	1	2			0	
2.4	Пневмонии: диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и прогноз при пневмониях разной степени тяжести /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.5	Бронхиальная астма. Современное представление об этиологии, патогенезе. Классификация, клиника /Лек/	1	2			0	
2.6	ХОБЛ. Бронхиальная астма. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификации. Клиника, современные подходы лечения. План бронходилатирующей, отхаркивающей, противовоспалительной, общеукрепляющей терапии с учетом тяжести больного и наличия сопутствующих заболеваний. Первичная и вторичная эмфизема легких /Пр/	1	10			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.7	Легочное сердце. Причины, классификация, диагностика, принципы терапии при формировании хронического легочного сердца. Первичная легочная гипертензия. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение. ТЭЛА. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Прогноз. /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

2.8	Острый и хронический бронхит. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификации. Клиника, диагностика и дифференциальный диагноз современные подходы лечения. /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.9	Первичные и вторичные бронхоэктазии. Бронхоэктатическая болезнь. Муковисцидоз. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификации. Клиника, диагностика и дифференциальный диагноз современные подходы лечения. /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.10	Легочные гранулематозы. Фиброзирующие альвеолиты. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификации. Клиника, диагностика и дифференциальный диагноз современные подходы лечения. /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.11	Заболевания плевры (плевральный выпот, пневмоторакс, опухоли плевры) классификация, этиология, клиника, осложнения, лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.12	Рак легкого: дифференциальный диагноз, тактика ведения, методы диагностики. /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.13	Дыхательная недостаточность (острая и хроническая). Классификация. Этиология. Критерии диагноза. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.14	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	1	60			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
<b>Раздел 3.</b>	<b>Болезни почек и мочевыводящих путей</b>	1	<b>89</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.6;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1.  Э 1- Э 6.		

3.1	Гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Лек/	1	2			0	
3.2	Методы обследования в нефрологии. Генетические и врожденные поражения почек. Инфекции почек и мочевыводящих путей. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.3	Пиелонефриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Лек/	1	2			0	
3.4	Гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.5	Поражение почек при различных заболеваниях дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы. Диагностика. Тактика ведения /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.6	Алкогольное поражение почек. Патогенез, диагностика, лечение /Пр/	1	2			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.7	Поражение почек при сахарном диабете. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.8	Нефротический синдром. Амилоидоз почек. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.9	Поражение почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани и системных васкулитах. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.10	Острое почечное повреждение. Хроническая болезнь почек. Патогенез. Классификация. /Лек/	1	2			0	
3.11	Острая почечная недостаточность. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
3.12	Хроническая почечная недостаточность. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

3.13	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	1	53			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
<b>Раздел 4.</b>	<b>Болезни органов пищеварения</b>	<b>1</b>	<b>111</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.7;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1.  Э 1- Э 6.		
4.1	Болезни пищевода. Эзофагиты. ГЭРБ. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Га-стриты. Язвенная болезнь. Постгастрорезекционные рас- стройства. /Лек/	1	2			0	
4.2	Болезни пищевода. Эзофагиты. ГЭРБ. Диагностика, дифференциальная диагно-стика. Диетотерапия, фармакотерапия. Профилактика. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастриты. Дуоденит. Диетотера-пия, фармакотерапия. Профилактика. /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.3	Болезни печени. Острый и хро- нический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная не-достаточность Болезни желчно-го пузыря и желчевыводящих путей. Дискинезия желчных путей, острый и хронический холецистит, холангит, рак пе-чени и желчного пузыря. Бо-лезни поджелудочной железы. Острый и хронический панкре-атит. Современные классифи-кации, методы исследования /Лек/	1	2			0	
4.4	Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь. Постгастроре-зекционные расстройства. Диагностика, дифференциальная диагностика. Дието-терапия, фармакотерапия. Профилактика. Функциональная диспепсия. Диагности-ка, дифференциальная диагностика. Дие-тотерапия, фармакотерапия. Профилак-тика /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

4.5	Болезни кишечника. Современные представления об этиопатогенезе заболеваний кишечника и их осложнений. Современные классификации и методы диагностики. /Лек/	1	2			0	
4.6	Болезни кишечника. Язвенный колит, болезнь Крона. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия, фармакотерапия. Профилактика /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.7	Синдром кишечной диспепсии (синдромом избыточного бактериального роста в тонком кишечнике, дисбактериоз толстой кишки, синдром раздраженного кишечника). Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия, фармакотерапия. Профилактика /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.8	Гепатоз, гепатит. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Фармакотерапия острого и хронического гепатита, гепатозов. Профилактика /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.9	Цирроз печени. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Фармакотерапия цирроза печени, печеночной недостаточности. Профилактика. /Пр/	1	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.10	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Диагностика, дифференциальная диагностика дискинезии желчных путей, острого и хронического холецистита, холангита. Диетотерапия, фармакотерапия. Профилактика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.11	Хронический панкреатит. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Фармакотерапия хронического панкреатита. Профилактика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.12	Опухолевые заболевания органов пищеварительного тракта. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Симптоматическое лечение. Профилактика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.13	Опухолевые заболевания печени, поджелудочной железы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Симптоматическое лечение. Профилактика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
4.14	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	1	53			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
	<b>Контрольная работа: клинический разбор.за 1 семестр /Пр/</b>	<b>1</b>	<b>4</b>			<b>0</b>	<b>Устный опрос, решение ситуационных задач..</b>
	<b>/Экзамен/</b>	<b>1</b>	<b>36</b>			<b>0</b>	<b>Устный опрос, решение ситуационных задач.</b>

<b>Раздел 5.</b>	<b>Болезни органов кроветворения</b>	<b>2</b>	<b>54</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1; Л 3.4.  Э 1- Э 6.		
5.1	Анемии, связанные с нарушением образования эритроцитов и гемоглобина. Депрессии кроветворения. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.2	Анемии, связанные с костномозговой недостаточностью; гемолитические анемии. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.3	Гемобластозы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.4	Лимфомы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.5	Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз с заболеваниями системы кроветворения. Тактика ведения терапевтом. Лейкопения, агранулоцитоз. Дифференциальный диагноз с заболеваниями системы кроветворения. Тактика ведения терапевтом /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.6	Неотложные состояния в гематологии. Тактика ведения терапевтом гематологических больных /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
5.7	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	26			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.

Раздел 6.	Ревматологические болезни	2	109	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.8;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.2; Л 3.3; Л 3.4; Л 3.6.  Э 1- Э 6.		
6.1	Ревматическая болезнь сердца. Критерии диагноза. Приобретенные пороки сердца. Митральные пороки. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика при митральных пороках. Приобретенные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая. Пороки трехстворчатого клапана. Комбинированные и сочетанные клапанные пороки сердца /Лек/	2	1			0	
6.2	Методы обследования больных с ревматологической патологией. Особенности обследования больных с заболеваниями с ведущим суставным синдромом в зависимости от пола, возраста /Пр/	2	2			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.3	Ревматоидный артрит. Этиология. Критерии диагноза. Серонегативные спондилоартриты (клиника, дифференциальный диагноз, методы лечения) /Лек/	2	2			0	
6.4	Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение. Повторная ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

6.5	Системные васкулиты. (узелко-вый периартериит, геморраги-ческий васкулит, болезнь Така-ясу, височный артериит, другие формы). Критерии диагноза. Лечение /Лек/	2	1			0	
6.6	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика и лечения повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.7	Приобретенные пороки сердца. Митральные пороки. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально- диагностическая тактика при митральных порках. Приобретенные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика при аортальных порках. Пороки трехстворчатого клапана. Комбинированные и сочетанные клапанные пороки сердца. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач..
6.8	Приобретенные пороки сердца. Принципы терапии, возможные комбинации применяемых препаратов, противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты. Действия врача при критическом стенозе, лечение недостаточности кровообращения и различных осложнений. Показания к хирургическому лечению в зависимости от вида порока, виды хирургического лечения, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения, осложнения в послеоперационном периоде и реабилитация больных после оперативного лечения, методы вторичной профилактики /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.9	Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные этапы лечения /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.10	Системная склеродермия. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.11	Первичный и вторичный дерматомиозит. Критерии диагноза. Клиника. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

6.12	Ревматоидный артрит. Этиология. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Современные подходы в терапии. /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.13	Системные васкулиты (узелковый периартрит, геморрагический васкулит, болезнь Такаясу, височный артериит, другие формы). Критерии диагноза. Лечение /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.14	Серонегативные спондилоартриты. Анкилозирующий спондилоартрит, реактивные артриты (в том числе болезнь Рейтера). Клиника, дифференциальный диагноз, методы лечения. Деформирующий остеоартроз. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные этапы лечения /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.15	Микрокристаллические артриты. Подагра. Метаболизм мочевой кислоты. Первичная и вторичная гиперурикемия. Клиническая картина. Рентгенологическая и лабораторная диагностика. Критерии диагноза. Лечение /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.16	Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней. Антицитокиновая терапия. Показания, противопоказания. Перспективы /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
6.17	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	43			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
<b>Раздел 7.</b>	<b>Болезни эндокринной системы</b>	<b>2</b>	<b>66</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л1 1.1; Л1 2; Л1 3.3; Л1 9;  Л2 2.1; Л2 2.2; Л2 2.3; Л2 2.4; Л2 2.5;  Л3 3.1.  Э1 1- Э6.		
7.1	Заболевания щитовидной железы. Синдромы гипотиреоза, тиреотоксикоза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение /Лек/	2	2			0	

7.2	Методы исследования больных с эндокринными заболеваниями. Метаболический синдром. Критерии диагноза. Современная тактика ведения /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.3	Сахарный диабет. Классификация. Патогенез в зависимости от вида диабета. Критерии диагностики. Лечение /Лек/	2	2			0	
7.4	Заболевания гипоталамо – гипофизарной системы. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКГГ: болезнь Иценко-Кушинга, вторичный гипокортицизм. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста: акромегалия, гигантизм, соматотропная недостаточность /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.5	Нейроэндокринология. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКГГ: болезнь Иценко-Кушинга, вторичный гипокортицизм. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста: акромегалия, гигантизм, соматотропная недостаточность /Лек/	2	2			0	
7.6	Заболевания надпочечников. Синдром гиперальдостеронизма. Синдром гиперкортицизма. Синдром гипокортицизма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.7	Заболевания щитовидной железы. Синдром гипотиреоза, тиреотоксикоза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.8	Сахарный диабет. Классификация. Патогенез в зависимости от вида диабета. Критерии диагностики. Дифференцированный подход к диетотерапии /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.9	Сахарный диабет. Лечение гипогликемическими препаратами. Показания к инсулинотерапии. Лечение гестационного диабета. Диагностика и лечение осложнений сахарного диабета /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
7.10	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	28			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.

<b>Раздел 8.</b>	<b>Иммунология и аллергология</b>	<b>2</b>	<b>60</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.10;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1; Л 3.5; Л 3.6.  Э 1- Э 6.		
8.1	Определение аллергии, классификация и патогенез аллергических реакций. Диагностика аллергических заболеваний Анафилаксия. Анафилактический шок этиология и патогенез, клиника и диагностика, лечение /Лек/	2	2			0	
8.2	Аллергические процессы, этиология, патогенез, классификация. Диагностика и лечение атопических аллергических процессов на основании клинических рекомендаций (поллинозы, крапивница, ангионевротический отек, атопическая бронхиальная астма). Аллергенспецифическая иммунотерапия. Анафилаксия и Анафилактический шок, разграничение понятий, этиология и патогенез, клиника и диагностика, лечение /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
8.3	Первичные иммунодефицитные состояния в практике врача-терапевта /Лек/	2	2			0	
8.4	Первичные иммунодефицитные состояния. Этиология, патогенез, современная классификация. Диагностика и лечение первичных иммунодефицитных состояний в практике врача – терапевта. Тактика ведения пациента /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
8.5	Ангионевротические отеки. Дифференциальная диагностика /Лек/	2	2			0	
8.6	Атопическая бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение (в том числе аллергенспецифическая иммунотерапия). Дифф диагностика при заболеваниях органов дыхания /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

8.7	Аллергический ринит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение (в том числе аллергенспецифическая иммунотерапия). Дифференциальная диагностика ринитов. (аллергический ринит, эозинофильный неаллергический ринит, вазомоторный ринит, инфекционный ринит, гормональный ринит, ринит пожилых, медикаментозный ринит и др.) /Пр/	2	4				Устный опрос, решение ситуационных задач.
8.8	Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение (в том числе аллергенспецифическая иммунотерапия). Дифференциальная диагностика заболеваний кожи (атопический дерматит, аллергический контактный	2	4				Устный опрос, решение ситуационных задач.
8.9	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	28			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
<b>Раздел 9.</b>	<b>Поликлиническая терапия</b>	2	<b>58</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.11;  Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5;  Л 3.1.  Э 1- Э 6.		
9.1	Организация амбулаторно-поликлинической помощи терапевтическим больным. Экспертиза временной нетрудоспособности и МСЭ. Диспансеризация: современные направления. Санаторно-курортное лечение больных терапевтического профиля /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
9.2	Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов дыхания Диспансеризация больных с заболеваниями органов дыхания /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
9.3	Амбулаторное ведение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Диспансеризация больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями почек. Диспансеризация больных с заболеваниями почек /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.

9.4	Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов пищеварения. Диспансеризация больных с заболеваниями органов пищеварения. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов эндокринной системы. Диспансеризация больных с заболеваниями органов эндокринной системы /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
9.5	Амбулаторное ведение больных с ревматологическими заболеваниями. Диспансеризация больных с ревматологическими болезнями. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов кроветворения. Диспансеризация больных с заболеваниями органов кроветворения /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
9.6	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	28			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
<b>Раздел 10.</b>	<b>Геронтология и гериатрия</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-4.6; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-7.3; ОПК-8.1; ОПК-8.4; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 1.12; Л 1.13; Л 1.14; Л 1.15; Л 2.1; Л 2.2; Л 2.3; Л 2.4; Л 2.5.  Э 1- Э 6.		
10.1	Понятие о геронтологии и гериатрии. Медико-социальные аспекты терапевтической пациентов пожилого и старческого возраста /Пр/	2	1			0	

10.2	Особенности течения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных пожилого и старческого возраста. Атеросклероз, диагностика, лечение, вторичная профилактика осложнений атеросклероза у больных пожилого и старческого возраста. Артериальная гипертония, диагностика, особенности течения и лечения, профилактика осложнений артериальной гипертонии у больных пожилого и старческого возраста. Ишемическая болезнь сердца, особенности течения и лечения у больных пожилого и старческого возраста. Хроническая сердечная недостаточность, особенности течения и лечения у больных пожилого и старческого возраста. /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач..
10.3	Особенности течения и лечения заболеваний органов дыхания у больных пожилого и старческого возраста. Пневмонии, ХОБЛ /Пр/	2	5			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
10.4	Особенности течения и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных пожилого и старческого возраста. ГЭРБ. Гастриты. Дуодениты. Язвенная болезнь. Хронический панкреатит. /Пр/	2	6			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
10.5	Эндокринные заболевания у больных пожилого и старческого возраста. Особенности клинического течения и лечения сахарного диабета 2 типа, заболеваний щитовидной железы. Особенности течения и лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей у больных пожилого и старческого возраста /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
10.6	Заболевания опорно-двигательного аппарата у больных пожилого и старческого возраста (остеоартроз, остеопороз). Психические и неврологические заболевания у больных пожилого и старческого возраста /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
10.7	Подготовка к практическим занятиям по каждой теме. /Ср/	2	28			0	Подготовка к устному опросу, решению задач.
	<b>Контрольная работа: клинический разбор.за 2 семестр /Пр/</b>	<b>1</b>	<b>4</b>			<b>0</b>	<b>Презентация</b>
	/Экзамен/	<b>2</b>	<b>27</b>			<b>0</b>	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлен в Приложении 1

### 5.2. Фонд оценочных средств

Представлен в Приложении 1
<b>5.3. Перечень видов оценочных средств</b>
Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, контрольная работа. Промежуточный контроль: теоретические вопросы, решение ситуационных задач

<b>6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>				
<b>6.1. Рекомендуемая литература</b>				
<b>6.1.1. Основная литература</b>				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 1.1	Маколкин В.И.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017- 768 с. - ISBN 978-5-9704-4157-2 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html</a>	
Л 1.2	Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс] : учебное пособие / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2765-1 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427651.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427651.html</a>	
Л 1.3	Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. - ISBN 978-5-9704-1421-7 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html</a>	
Л 1.4	Арутюнов Г.П.	Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов [Электронный ресурс] / Г. П. Арутюнов	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-2301-1 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423011.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423011.html</a>	
Л 1.5	Коган Е.А., Кругликов Г.Г., Пауков В.С., Соколова И.А., Целуйко С.С.	Патология органов дыхания [Электронный ресурс] / Коган Е.А., Кругликов Г.Г., Пауков В.С., Соколова И.А., Целуйко С.С.	Москва: Литтерра, 2013. - 272 с. - ISBN 978-5-4235-0076-4 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html</a>	
Л 1.6	Шилов Е.М.	Нефрология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.М. Шилова. - 2-е изд., испр. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 696 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1641-9 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416419.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416419.html</a>	
Л 1.7	Циммерман Я.С.	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html</a>	
Л 1.8	Усанова А.А.	Ревматология [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Усановой	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-4275-3 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442753.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442753.html</a>	
Л 1.9	Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев - 2-е изд., перераб. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2535-1 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425351.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425351.html</a>	
Л 1.10	Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я.	Ковальчук Л.В., Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии [Электронный ресурс] : учебник / Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2910-5 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429105.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429105.html</a>	
Л 1.11	Давыдкин И.Л., Щукин Ю.В.	Поликлиническая терапия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-3821-3 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438213.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438213.html</a>	
Л 1.12	Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С.	Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-1687-7 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416877.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416877.html</a>	
Л 1.13	Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С.	Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 2. Введение в клиническую гериатрию [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-1459-0 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414590.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414590.html</a>	

Л 1.14	Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С.	Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 3. Клиническая гериатрия [Электронный ресурс] / Авдеев С.Н., Аникин В.В., Анохин В.Н. и др. / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-1461-3 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414613.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414613.html</a>	
Л 1.15	Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С.	Ярыгин В.Н., Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4-х томах. Том 4 [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-0731-8 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407318.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407318.html</a>	
<b>6.1.2. Дополнительная литература</b>				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 2.1	Боткин С.П.	Внутренние болезни. В 2 т. Т. 1. Курс клиники внутренних болезней [Электронный ресурс] / Боткин С.П.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2388.html">http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2388.html</a>	
Л 2.2	Боткин С.П.	Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2. Клинические лекции [Электронный ресурс] / Боткин С.П.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2389.html">http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2389.html</a>	
Л 2.3	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни В 2 т. Т. 1. [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Т. 1. - 960 с. : ил. - 960 с. - ISBN 978-5-9704-4416-0 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444160.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444160.html</a>	
Л 2.4	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-3311-9 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html</a>	
Л 2.5	Фомин В.В., Бурневич Э.З.	Клинические разборы. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Фомин В.В., Бурневич Э.З. / Под ред. Н.А. Мухина	Москва: Литтерра, 2010. - 576 с. (Серия Клинические разборы) - ISBN 978-5-904090-29-6 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090296.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090296.html</a>	

<b>6.1.3. Методические разработки</b>				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 3.1	Попова М. А. и др.	Клинические задачи по внутренним болезням [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2013. – Заглавие с титульного экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/103353">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/103353</a> >.	
Л 3.2	Попова М. А. и др.	Клинические синдромы ревматических заболеваний [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2011. – Заглавие с экрана. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/98029">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/98029</a> >.	
Л 3.3	Попова М. А. и др.	Клинические методы исследования опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015. – Заглавие с экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ или с любой точки подключения к ИНТЕРНЕТ, по логину и паролю. – Системные требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/2379">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/2379</a> >.	
Л 3.4	Попова М. А. и др.	Критерии диагноза в гематологии и ревматологии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2016. – Заглавие с титульного экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ или с любой точки подключения к Интернет, по логину или паролю. – Системные требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/4363">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/4363</a> >.	

Л 3.5	Попова М. А.	Диагностика и лечение иммунодефицитных состояний в клинике внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебное пособие	Сургут: Издательство СурГУ, 2013. – Заглавие с экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/987">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/987</a> >.
Л 3.6	Попова М. А.	Диагностика и лечение аутоиммунных заболеваний [Электронный ресурс]: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2014. – Заглавие с экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111404">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111404</a> >.

#### **6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"**

Э 1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
Э 2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э 3	<a href="http://elibrary.ru/defaultx.asp">http://elibrary.ru/defaultx.asp</a> (Научная электронная библиотека)
Э 4	<a href="http://www.rlsnet.ru/">http://www.rlsnet.ru/</a> (справочник лекарственных средств РЛС)
Э 5	<a href="http://www.internist.ru/">http://www.internist.ru/</a> (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
Э 6	<a href="http://www.rusmedserv.com">http://www.rusmedserv.com</a> (Русский медицинский сервер)
Э 7	<a href="http://www.pulmonology.ru/">http://www.pulmonology.ru/</a> (российское респираторное общество)

#### **6.3. Перечень программного обеспечения**

6.3.1. Операционные системы Microsoft

#### **6.4. Перечень информационных справочных систем**

- 6.3.1. <http://www.garant.ru> информационно-правовой портал Гарант.ру
- 6.3.2. <http://www.consultant.ru> справочно-правовая система Консультант плюс

### **7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 129

Аудитории оборудованы мультимедийными средствами обучения, позволяют использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально: учебные аудитории оснащены мультимедиа проектором, экраном, ноутбуком, стационарной учебной доской, типовой учебной мебелью (столы, стулья).

Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 22

Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся в учебной аудитории № УК – 14/49.

Помещения предусмотрены для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связаны с медицинскими вмешательствами, оснащены специализированным оборудованием: тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий.

Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

1. Учебные комнаты кафедры внутренних болезней (терапевтический корпус Сургутской окружной клинической больницы с оборудованием:

- мультимедийные проекторы,

- ноутбуки,

- персональные компьютеры.

2. Терапевтические и реабилитационные отделения Сургутской окружной клинической больницы.

3. Клинические лаборатории и диагностические отделения Сургутской окружной клинической больницы.

4. Отделения лучевой и эндоскопической диагностики (блок «В» терапевтического корпуса Сургутской окружной клинической больницы)

Адрес: г. Сургут., ул. Энергетиков, д. 14.

Аудитории симуляционно-тренинговый аккредитационный центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами в достаточном количестве:

Мультимедиа-проектор BenQ

Цифровой манекен аускультации сердца и легких Z990.

Цифровой манекен-симулятор аускультации сердца и легких UN/DGN-V.

Дефибриллятор Zoll

Тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки.

Набор инструментов для проведения плевральной пункции.

Тонометр, фонендоскоп.

Пульсоксиметр.

Электроды электрокардиографа.

Мешок АМБУ с набором лицевых масок.

Кислородная маска

Интубационный набор

Набор интубационных трубок

Система инфузионная

Набор шприцев Шприцы 2,0мл 5,0мл 10,0мл

Кубитальные катетеры

Фиксирующий пластырь

Имитаторы лекарственных средств

Аспиратор

Воздушный компрессор

Вакуумный аспиратор

Инфузомат

Линеомат

Желудочный зонд

Назогастральный зонд

Набор катетеров для катетеризации мочевого пузыря, лоток медицинский.

Тренажер для постановки клизмы. Кружка Эсмарха

Перевязочные средства

Медицинские лотки.

Симулятор измерения артериального давления с технологией iPod.

Робот-симулятор 6 уровня реалистичности Аполлон..

Симулятор для физического обследования кардиологического пациента Харви.

Робот-симулятор СимМэн 3G.

Медицинская мебель.

Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований

Роли для стандартизированных пациентов

Библиотека ситуационных задач

Библиотека клинических сценариев

Библиотека оценочных листов

Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 22

**Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации***Название дисциплины **Терапия***

Код, направление подготовки	Терапия, 31.08.49
Направленность (профиль)	Квалификация: врач-терапевт
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

**1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПОДИСЦИПЛИНЕ****1 семестр****1.1. Список вопросов к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины «Терапия»:****1.1.1. Модуль «Болезни сердечно-сосудистой системы»**

1. Дифференциальная диагностика кардиологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в кардиологии.
3. Атеросклероз, диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика. Сердечно-сосудистый риск, практическое использование SCORE. Критерии эффективности гиполипидемической терапии.
4. Ишемическая болезнь сердца. Классификация, диагностика, лечение и профилактика.
5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии, безболевой ишемии миокарда.
6. Острый коронарный синдром. Диагностика. Тактика лечения при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST.
7. Инфаркт миокарда. Классификация. Диагностика. Лечение и вторичная профилактика инфаркта миокарда.
8. Инфаркт миокарда с подъемом ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.
9. Инфаркт миокарда без подъема ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.
10. Медицинская реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Этапы физической реабилитации.
11. Артериальная гипертензия. Диагностика и лечение гипертонической болезни. Профи-лактика осложнений.
12. Рефрактерная артериальная гипертензия, тактика лечения. Профилактика и лечение гипертонических кризов.
13. Диагностика и лечение вторичных артериальных гипертензий.
14. Эндокринные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.
15. Почечные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.
16. Заболевания миокарда, классификация, диагностика.
17. Миокардиты, диагностика, лечение, профилактика.
18. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний миокарда.
19. Метаболические кардиомиопатии, диагностика, лечение, профилактика.
20. Идиопатические кардиомиопатии. Дифференциальный диагноз кардиомиопатий.
21. Дилатационная кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
22. Гипертрофическая кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
23. Перикардиты, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
24. Инфекционный эндокардит, классификация, диагностика, дифференциальный диа-гноз, лечение.
25. Врожденные пороки сердца у взрослых: дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, пролапс митрального клапана.
26. Врожденные пороки сердца у взрослых: синдром Лютембаше, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера, триада, тетрада, пентадаФалло.
27. Нарушения ритма, суправентрикулярные и вентрикулярныетахикардии, диагностика, лечение, профилактика.
28. Фибрилляция предсердий ишемического и неишемического генеза, классификация, лечение, профилактика.
29. Нарушения проводимости, диагностика, лечение, тактика ведения. Показания к кардиостимуляции, постановке искусственного водителя ритма.
30. Хроническая сердечная недостаточность, диагностика, лечение.
31. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности.
32. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.

33. Дифференциальный диагноз острой сосудистой недостаточности, дифференциальная диагностика, тактика лечения.

#### **1.1.2. Модуль «Болезни органов дыхания»**

1. Дифференциальная диагностика пульмонологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в пульмонологии.
3. Пневмонии. Современные представления о патогенезе, возбудителях и лечении, дифференциальный диагноз, прогноз при тяжелом течении.
4. Острый и хронический бронхит. Этиология. Патогенез. Критерии диагноза. Лечение.
5. ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, сердечной астмой.
6. ХОБЛ. Бронходилатирующая, отхаркивающая, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия с учетом тяжести больного и наличия сопутствующих заболеваний.
7. Бронхиальная астма. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификация, клиника.
8. Бронхиальная астма. Современные подходы диагностики и лечения.
9. ТЭЛА. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Легочные гранулематозы. Фиброзирующие альвеолиты.
11. Заболевания плевры (плевральный выпот, пневмоторакс, опухоли плевры): классификация, этиология, клиника, лечение, осложнения.
12. Легочное сердце. Причины, классификация, диагностика, принципы терапии при формировании хронического легочного сердца.
13. Рак легкого. Дифференциальный диагноз, тактика ведения, методы диагностики.
14. Эмфизема легких, первичная и вторичная, дифференциальный диагноз, рентгенологические признаки.
15. Первичные и вторичные бронхоэктазии. Бронхоэктатическая болезнь.
16. Первичная легочная гипертензия. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
17. Острая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.
18. Хроническая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.

#### **1.1.3. Модуль «Болезни почек и мочевыводящих путей»**

1. Дифференциальная диагностика нефрологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в нефрологии.
3. Генетические и врожденные поражения почек.
4. Гломерулонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
5. Пиелонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
6. Нефротический синдром. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
7. Амилоидоз почек. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
8. Поражение почек при заболеваниях дыхательной системы.
9. Поражение почек при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
10. Поражение почек при заболеваниях пищеварительной системы.
11. Поражение почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани.
12. Поражение почек при системных васкулитах.
13. Поражение почек при сахарном диабете.
14. Алкогольное поражение почек. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
15. Острая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
16. Хроническая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.

#### **1.1.4. Модуль «Болезни органов пищеварения»**

1. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов в гастроэнтерологии и гепатологии. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в гастроэнтерологии.
3. Болезни пищевода. Эзофагиты. ГЭРБ. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний пищевода. Прогноз.
4. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастриты. Язвенная болезнь. Постгастрорезекционные расстройства. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Прогноз.

5. Болезни кишечника. Язвенный колит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
6. Болезни кишечника. Болезнь Крона. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
7. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
8. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
9. Болезни печени. Гепатозы. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
10. Болезни печени. Цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
11. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Дискинезия желчных путей. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
12. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Острый и хронический холецистит, холангит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
13. Болезни поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
14. Опухолевые заболевания органов пищеварения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Принципы лечения. Симптоматическое лечение. Прогноз.
15. Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии.

## **1.2. Ситуационные задачи к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия:**

### **1.2.1. Инструкция для решения ситуационной задачи:**

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
  - основное заболевание;
  - осложнения основного заболевания;
  - сопутствующие заболевания;
  - осложнения сопутствующих заболеваний;
  - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

### **1.2.2. Модуль «Болезни сердечно-сосудистой системы»**

#### **Задача 1**

Мужчина, 50 лет, механик. Жалобы на приступообразные давящие, жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Около двух месяцев назад по пути на работу во время ходьбы в привычном темпе впервые возникли давящие боли за грудиной, прекратившиеся через 2–3 мин после остановки. Продолжил ходьбу в более медленном темпе. В дальнейшем подобные приступы возникали ежедневно, обычно в утренние часы, и при ходьбе в привычном темпе через 200–300 метров. По совету сослуживца начал принимать нитроглицерин во время приступа болей с положительным эффектом. В течение последних пяти лет отмечаются колебания артериального давления в пределах 150–170/96–100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты не принимал. В настоящее время обратился в поликлинику по месту жительства.

Из анамнеза жизни: курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Отец пациента умер от инфаркта миокарда в 53-летнем возрасте. Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение свободное. Рост 175 см. Вес 78 кг. ИМТ 25,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы физиологичной окраски. Цианоза нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Ширина сосудистого пучка 5 см. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы

относительной сердечной тупости: правая – кнаружи от правого края грудины на 1 см, левая – по левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне третьего ребра. Тоны сердца приглушены, ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 164/96 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации безболезненный. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 145 г/л; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %; нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 71 %; лимфоциты – 22 %; моноциты – 3 %; СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: уд. вес – 1018; сахар, белок – отрицательный; плоский эпителий 1–2 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты отсутствуют.

Биохимическое исследование крови: общий холестерин крови – 6,2 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 98 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

ВЭМ: на 2-й минуте нагрузки в 50 Вт достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений, появилась желудочковая экстрасистолия, горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,5 мм.

## Задача 2

Мужчина, 46 лет, автослесарь, Жалобы на давящие боли за грудиной, общую слабость, потливость, одышку, усиливающуюся в положении лежа.

Из анамнеза заболевания. За 3 часа до госпитализации впервые возникла интенсивная боль за грудиной давящего характера, иррадиирующая в левую руку, общая слабость, потливость, тошнота, одышка инспираторного характера. После введения обезболивающих препаратов интенсивность боли значительно снизилась, прекратилась тошнота, уменьшилась слабость, потливость, одышка. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение с приподнятым головным концом. Рост 178 см. Вес 86 кг. ИМТ  $27 \text{ кг}/\text{м}^2$ . Кожные покровы бледные, неяркий цианоз губ. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в мин сидя, лежа – 22 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 124/76 мм рт. ст. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $8,2 \times 10^9/л$ ; Hb – 130 г/л; СОЭ – 12 мм/час; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %; нейтрофилы п/я – 3 %; нейтрофилы с/я – 68 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 7 %.

Тропонины крови: 13,4 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 12,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,6 мкмоль/л; АлАТ – 31 Ед/л; АсАТ – 54 Ед/л; креатинин – 86 мкмоль/л; холестерин – 7,4 ммоль/л; ЛПВП – 0,96 ммоль/л; ТГ – 3,3 ммоль/л; ЛПНП – 4,33 ммоль/л; ЛПОНП – 0,66 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; альбумины – 58,4 %.

ОАМ: светло-желтая, кислая, относительная плотность – 1018; белок, сахар – отрицательные, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100 в мин, электрическая ось сердца нормально расположена, подъем ST на 3 мм в II, III, aVF с переходом в положительный зубец T.

ЭхоКГ: ЛП – 38 мм; КДРлж – 56 мм; КСРлж – 37 мм; КДОлж – 120 мл; КСОлж – 40 мл; ФВлж – 53 %.

## Задача 3

Женщина, 52 года, частный предприниматель. Жалобы на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, ноющую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Повышение артериального давления выявили при случайном измерении около 20 лет назад. В дальнейшем неоднократно при самостоятельном измерении АД отмечала повышение до 200 и 110 мм рт. ст, что сопровождалось головной болью, слабостью, но пациентка никуда не обращалась, не обследовалась. Привычное АД 160/100 мм рт. ст. Эпизодически по совету соседки принимала эналаприл, адельфан. Последний год при быстрой ходьбе появилась одышка. Ухудшение состояния отмечает в течение последних суток, связывает с резкой переменной погоды, появились жалобы на сильную головную боль, головокружение. Принимала капотен, коринфар – без существенного эффекта. Сегодня присоединились ноющие боли в левой половине грудной клетки, постоянного характера, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 156 см, вес 100 кг. ИМТ  $41 \text{ кг}/\text{м}^2$ . Объем талии – 106 см. Гиперемия кожи лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии, ограниченный, приподнимающий. Перкуторно отмечается расширение левой

границы относительной сердечной тупости на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в мин. АД 240/120 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки. Печень по Курлову: 10; 9; 7 см., край мягкоэластической консистенции, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 123 г/л; лейкоциты –  $7,5 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, кислая; белок – 0,099 г/л, сахар – отрицательный, эпителий – 2–3, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 11,7 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АсАТ – 13 Ед/л; АлАТ – 11 Ед/л; креатинин – 139 мкмоль/л; мочевины – 5,2 ммоль/л; холестерин – 8,4 ммоль/л; ЛПНП – 4,18 ммоль/л, ЛПВП – 1,18 ммоль/л, ТГ – 3,39 ммоль/л, ЛПОНП – 0,68 ммоль/л, К<sup>+</sup> – 4,5 ммоль/л, Na<sup>+</sup> – 114 ммоль/л, Са<sup>++</sup> – 1,02 ммоль/л, Сl<sup>++</sup> – 110 ммоль/л.

Гликемия натощак – 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 54 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево; косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКГ: аорта уплотнена – 35 мм, ЛП – 38 мм, КДР<sub>ЛЖ</sub> – 53 мм, КСР<sub>ЛЖ</sub> – 37 мм, КДО<sub>ЛЖ</sub> – 138 мл, КСО<sub>ЛЖ</sub> – 69 мл, ФВ<sub>ЛЖ</sub> – 56 %, ТМЖП – 13 мм, ТЗСЛЖ – 12 мм, ПЖ – 29 мм, ПП – 35 мм.

#### Задача 4

Мужчина, 59 лет, инженер. Жалоб не предъявляет в связи с тяжелым состоянием.

Из анамнеза заболевания. Со слов родственников в течение последнего года иногда при выраженной физической нагрузке отмечал чувство дискомфорта в левой половине грудной клетки, быстро купирующееся в покое. Ежегодно проходил профилактические медицинские осмотры по месту работы, повышения артериального давления и изменений по ЭКГ не выявляли. Ухудшение состояния с вечера, когда в покое возникли и в течение всей ночи беспокоили давящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, которые резко усиливались при любой физической нагрузке. Интенсивность болей частично уменьшалась после приема нитроглицерина. Утром при посещении туалета потерял сознание. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы машиной скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни. Курит 25 лет по 1 пачке в день. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от сердечной недостаточности.

Объективно. Состояние тяжелое. Заторможен. Положение пассивное. На вопросы отвечает односложно. Рост 185 см, вес 110 кг. ИМТ 34 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров бледный, синюшная окраска носогубного треугольника, цианоз губ, «холодный» акроцианоз. Температура тела 37,8 °С. Периферических отеков нет. Дыхание ослаблено в межлопаточном пространстве и ниже углов лопаток с обеих сторон. ЧДД 22 в мин. Верхушечный толчок низкий, разлитой. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в мин. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, «нитевидный». АД 90/60 мм рт. ст. Печень не увеличена, по Курлову: 9; 8; 7 см. Край мягкоэластической консистенции, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,77 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 142 г/л; Ht – 43,2 %; лейкоциты –  $12,6 \times 10^9/л$ ; тромбоциты –  $239 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: базофилы – 0 %, эозинофилы 3 %, нейтрофилы п/я – 10 %, нейтрофилы с/я – 57 %, лимфоциты – 24 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 12 мм/час.

Глюкоза крови: 4,6 ммоль/л.

Тропонины: 78 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 70 Ед/л; МВ КФК 275 ммоль/л; общий белок – 68 г/л; креатинин – 100 мкмоль/л; мочевины – 4,4 ммоль/л; холестерин – 4,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,84 ммоль/л; триглицериды – 1,52 ммоль/л; ЛПНП – 2,42 ммоль/л; ЛПОНП – 0,3 ммоль/л.

Коагулограмма: Протромбиновый индекс – 98 %, фибриноген – 4,1 г/л, АЧТВ – 51 с.

ЭКГ: зубец Q и подъем сегмента ST на 2,5 мм с переходом в двухфазный зубец T в отведениях I, avL, V<sub>2</sub> – V<sub>6</sub>.

#### Задача 5

Мужчина, 60 лет, пенсионер. Жалобы на внезапно возникшее удушье и сухой надсадный кашель.

Из анамнеза заболевания: последние 15 лет артериальное давление стабильно повышенное 160/105 мм рт. ст. Не обследовался, не лечился. 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Постепенно стала беспокоить одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, появились тяжесть в правом подреберье отеки на голенях, которые уменьшаются после ночного отдыха. Сегодня ночью проснулся от внезапно возникшего приступа удушья, что вынудило пациента принять сидячее положение. Прием нитроглицерина без особого эффекта, одышка нарастала. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи и доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Положение ортопноэ. Рост 172 см. Вес 72 кг. ИМТ 24,3 кг/м<sup>2</sup>. Диффузный цианоз верхней половины грудной клетки. Цианоз губ. Акроцианоз. При осмотре грудной

клетки видно участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии по всем полям обоих легких притупление перкуторного звука. Дыхание резко ослаблено, по всем полям выслушиваются влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, ЧДД 24 в мин в покое сидя, лежа – до 28 в мин. В области третьего-четвертого межреберья слева определяется наличие пульсации. Верхушечный толчок в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, разлитой, слабый. Перкуторно – расширение границ сердца: правая на 2,5 см от правого края грудины, левая – 6 межреберье по передней подмышечной линии, верхняя смещена до нижнего края 2 ребра. При аускультации: тоны глухие, ритм сердца правильный с частотой 118 в мин, над верхушкой сердца выслушивается ритм галопа, дующий систолический шум. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Размеры печени по Курлову: 16; 12; 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеки на стопах и голенях.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 139 г/л; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 5 %, нейтрофилы п/я – 1 %, нейтрофилы с/я – 73 %, лимфоциты – 21 %, моноциты – 0 %; СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, рН – 5,5, плотность мочи – 1020; белок, сахар – отрицательный; эпителий – 0–1; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 23,5 мкмоль/л; АЛАТ – 55 Ед/л; АсАТ – 45 Ед/л; мочевины – 7,9 ммоль/л; креатинин – 168,0 мкмоль/л;  $K^+$  – 5,5 ммоль/л;  $Na^+$  – 144,0 ммоль/л;  $Cl^-$  – 94 ммоль/л;  $Ca^{++}$  – 1,33 ммоль/л; глюкоза – 4,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 110 в мин. В отведениях  $V_2-V_5$  – наличие комплекса QS и подъем сегмента RS-T выше изолинии без изменений в динамике по сравнению с предыдущими электрокардиограммами.

### Задача 6

Мужчина, 25 лет, менеджер. Жалобы на периодические приступы сердцебиения, возникающие внезапно, сопровождаемые незначительной общей слабостью, головокружением, проходящие при напряжении передней брюшной стенки через 2–3 минуты.

Из анамнеза заболевания. Подобные приступы беспокоят последние 3 года, провоцируются эмоциональными, физическими нагрузками, приемом обильной пищи. Не обследовался. Какие-либо хронические заболевания у себя отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно (вне приступа). Общее состояние удовлетворительное. Умеренного питания. Тип конституции астенический. Кожные покровы физиологичной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Перкуторно границы сердца не расширены, ЧСС 78 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ЭКГ (вне приступа): ритм синусовый с ЧСС 72 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Интервал P-Q 0,10 с, комплексы QRS 0,08 с.

ЭКГ (во время приступа): ритм правильный с ЧСС 165 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Комплексы QRS 0,08 с.

### 1.2.3. Модуль «Болезни органов дыхания»

#### Задача 1

Юноша, 19 лет, студент. Жалобы на недомогание, слабость, потливость, на повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель с большим количеством гнойной мокроты.

Из анамнеза заболевания. Жалобы беспокоят около 5 дней, лечился самостоятельно лазолваном, амоксиклавом. На фоне лечения без улучшения.

Из анамнеза жизни. В детстве с 3 лет отмечает кашель с вязкой мокротой, периодически диарею, часто пневмонии. У сестры с детства хроническая диарея, частые пневмонии.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 18,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы умеренной влажности, чистые. Грудная клетка цилиндрическая. ЧДД 16 в мин. Справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, справа – в межлопаточном пространстве сухие хрипы, ниже угла лопатки – влажные, стойкие, локализованные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не нарушено, шумов нет, ЧСС 72 в мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9; 8; 7 см. Отеков нет. Стул кашицеобразный, серого цвета.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 122 г/л; эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $11,0 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 8 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 16 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 32 мм/час.

Копрограмма: кал серый, кашицеобразный, нейтральный жир +++ , мышечные волокна непереваренные 12–14 в п/з, эпителий 3–4 в п/з, лейкоциты 4–5 в п/з.

Рентгенография ОГК: усиление и мелкоочаговая деформация рисунка, в нижней доле правого легкого участок затемнения с нечеткими краями, с некоторым уменьшением объема доли, с множеством линейных просветлений.

Спирография: ЖЕЛ – 65 % от должного; ОФВ<sub>1</sub> – 64 % от должного; ФЖЕЛ – 74 % от должного.

УЗИ ОБП: уплотнение ткани поджелудочной железы.

## Задача 2

Мужчина, 40 лет, слесарь. Жалобы на одышку при ходьбе, повышение температуры тела до 38 °С, боль в грудной клетке, кашель с мокротой, головную боль, недомогание, слабость, потливость.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро. Три дня назад на работе появились озноб, повышение температуры до 39 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, потливость, слабость. К врачу не обращался, принимал жаропонижающие – без эффекта. Через 2 дня отметил появление одышки при физической нагрузке, усиление слабости, обратился к участковому врачу, которым был направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курит в течение 19 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней тяжести. В сознании. ИМТ 24,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки правильная, правая половина грудной клетки значительно отстает в акте дыхания. Справа в нижних отделах легких – выбухание межреберных промежутков. При перкуссии в нижних отделах правого легкого – от XI до IX ребер – тупой перкуторный звук. При аускультации справа в нижних отделах легких дыхание не проводится. Над левым легким – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 100 в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 107 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $10,8 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 19 %, нейтрофилы с/я – 60 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 22 Ед/л; АсАТ – 24 Ед/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,7 г/л; креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: интенсивное гомогенное затемнение в нижней части правого легкого до уровня IV ребра.

Газовый состав крови: рО<sub>2</sub> крови – 70 мм рт. ст.; рСО<sub>2</sub> – 48,0 мм рт. ст.

Плевральный выпот: отн. плотность – 1023; белок – 4,1 г/л; лейкоциты – 16–20 в п/з; эритроциты 5–7 в п/з; мезотелий 3–6 в п/з; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 97 %, лимфоциты – 3 %.

## Задача 3

Мужчина, 35 лет, инженер. Жалобы на кашель в течение дня, больше в вечернее время с отделением небольшого количества желто-зеленой мокроты, колющие боли в правой половине грудной клетки при дыхании, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39 °С, озноб, повышенную потливость, общую слабость, боли в мышцах, недомогание.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения, когда появился озноб, повышение температуры тела до 38 °С, кашель с мокротой, одышку. Лечился амбулаторно (жаропонижающие средства), состояние не улучшилось, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, обратился к терапевту.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 24,6 кг/м<sup>2</sup>. Гиперемия кожи лица. Температура тела 38,6 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. ЧДД 22 в мин. Голосовое дрожание, бронхофония усилены справа в нижних отделах. Перкуторный звук в этой зоне укорочен, дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 108 в мин, соотношение тонов не нарушено, шумов нет. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10; 9; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 104 г/л; эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $18,2 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 16 %, нейтрофилы с/я – 55 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 34 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1009; белок – 0,066 г/л; сахар – отрицательный; лейкоциты – 2–3 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 52 Ед/л; АсАТ – 67 Ед/л, общ. билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,0 г/л, креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: отмечается инфильтрация нижней доли правого легкого, корень правого легкого расширен, не структурирован.

#### Задача 4

Женщина, 42 года, медсестра. Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца, одышку в покое, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Заболела остро, 2 часа назад отметила появление болей в грудной клетке, одышку, которая усилилась в течение часа, вызвала скорую помощь, доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни. Не курит. Алкоголь не употребляет. Перенесла 2 недели назад операцию – холецистэктомию, после чего отмечала боли в икроножных мышцах.

Объективно. Состояние тяжелое, сознание ясное. ИМТ 28,4 кг/м<sup>2</sup>.  
Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. Набухание вен шеи. Грудная клетка правильной формы, обе половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 118 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень 11; 9; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

#### Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 140 г/л; лейкоциты –  $8,2 \times 10^9/л$ ;  
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 28 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген – 4,8 г/л; АЧТВ – 35 с, протромбиновый индекс – 100 %.

Д-димеры в крови: 1,5 нг/мл (N до 0,5 нг/мл).

Рентгенография ОГК: расширение корней легких, обеднение сосудистого рисунка, высокое стояние купола диафрагмы справа, справа дисковидный ателектаз.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 116 в мин. Зубец P-pulmonale в II, III, aVF. В I стандартном отведении – углубление зубца «S», в III отведении – углубление зубца «Q». Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ: ПП – 34 мм, ПЖ – 32 мм, СДЛА – 45 мм рт. ст.

#### Задача 5

Мужчина, 55 лет, водитель. Жалобы на сухой кашель, одышку при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Сухой кашель появился около года, обращался к терапевту, принимал бромгексин, кашель несколько уменьшился. Полгода назад стал отмечать одышку при ходьбе, последний месяц одышка усилилась.

Из анамнеза жизни. Курит по 0,5 пачки в день 30 лет, перенесенные заболевания – пневмония 10 лет назад.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ 22,1 кг/м<sup>2</sup>. Кожа физиологической окраски, чистая. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, крепитация в нижних отделах легких. ЧДД 20 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 76 в мин, соотношение тонов не нарушено, шумов нет. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени 9; 8; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

#### Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 130 г/л; эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$ ;  
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 66 %, лимфоциты – 27 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 25 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1017, белок, сахар – отрицательный, лейкоциты – 2–3 в п/з.

Рентгенография ОГК: ретикулярные изменения в базальных отделах легких по типу «матового стекла».

Спирография: ОФV<sub>1</sub> – 70 % от должного; ФЖЕЛ – 75 % от должного, индекс Тиффно – 95 % от должного.

#### Задача 6

Мужчина, 48 лет, сварщик. Жалобы на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение, отеки нижних конечностей, потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Из анамнеза заболевания. Последние 5 лет отмечает постоянный кашель со скудной слизистой мокротой, эпизоды лихорадки весной и зимой, с увеличением отхождения мокроты слизисто-гнойного характера. В периоды обострения проводилось лечение антибактериальными и отхаркивающими препаратами – с хорошим эффектом. Последние 3 года отметил нарастание одышки, последние полгода – постоянные отеки конечностей, увеличивающиеся к вечеру, получал сердечные гликозиды, мочегонные. Настоящее ухудшение состояния в течение 2 недель, когда усилился кашель, увеличилось отхождение слизисто-гнойной мокроты, выросла слабость, усилилась одышка при движении, повысилась Т тела до 37,5 °С. По экстренным показаниям направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: Дважды перенес пневмонию в течение 2 лет. Стаж работы сварщиком 7 лет. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен, активен. Повышенного питания. ИМТ 30,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Цианотический румянец щек, акроцианоз, отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, SaO<sub>2</sub> 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, сухие дискантные и басовые хрипы выслушиваются над всей поверхностью легких. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 170 г/л; эритроциты –  $6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $12,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 89 %, лимфоциты – 4 %, моноциты – 8 %; тромбоциты –  $288 \times 10^9$ /л; СОЭ – 2 мм/ч; гематокрит – 58 %.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 70 г/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; АлАТ – 20 Ед/л; АсАТ – 30 Ед/л; С-реактивный белок ++.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердечная тень расширена, выбухает дуга легочной артерии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 109 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Спирография: ЖЕЛ – 80 % от должного; индекс Тиффно – 53 % от должного; ОФВ<sub>1</sub> – 58 % от должного.

Газовый состав крови: pCO<sub>2</sub> – 51 мм рт. ст.; pO<sub>2</sub> – 60 мм рт. ст.; насыщение Нб кислородом – 70 %; pH – 7,35.

### Задача 7

Женщина, 62 года, пенсионерка. Жалобы на сухой кашель, приступ удушья в течение 3 часов, не купирующийся применением вентолина, растворов эуфиллина.

Из анамнеза заболевания. В течение 3 лет периодически (1–2 раза в неделю) отмечались приступы удушья днем и (1–2 раза в неделю) в ночное время, под утро, купировались ингаляцией вентолина. Принимала беклазон – ЭКО (1 000 мкг/сут), теопек – 1 таблетка на ночь. Больную периодически беспокоили одышка при ходьбе, кашель с трудно отделяемой мокротой, слабость, недомогание. После перенесенной ОРВИ приступы удушья участились в течение дня и ночи, использовала ингаляции вентолина до 12 раз в сутки. Вызвала скорую помощь. После внутривенного введения раствора эуфиллина и 60 мг преднизолона состояние не изменилось. Малейшее движение, кашель приводили к нарастанию одышки. Доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние тяжелое. В сознании, возбуждена. Умеренного питания. ИМТ 29,7 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Бледный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 26 в мин, SaO<sub>2</sub> 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, сухие дискантные хрипы. В нижних отделах легких дыхание не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 152 г/л; эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $3,2 \times 10^9$ /л; СОЭ – 22 мм/ч; гематокрит – 50 %.

Газовый состав крови: pO<sub>2</sub> < 60 мм рт. ст.; pCO<sub>2</sub> > 50 мм рт. ст.; pH – 7,15.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 120 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Рентгенография ОГК: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердце не увеличено в размерах.

Спирография: ОФВ<sub>1</sub> – 31 % от должного; ЖЕЛ – 60 % от должного.

## 1.2.4. Модуль «Болезни почек и мочевыводящих путей»

### Задача 1

Мужчина, 38 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 37,5 °С, боли в поясничной области. Боли постоянные, ноющего характера, в поясничной области, отмечает скованность движений в поясничной области, головную боль, отеки на лице по утрам.

Из анамнеза заболевания. Заболел 3 недели назад после резкого переохлаждения (окунался в прорубь), когда повысилась температура до 38,5–39,0 °С, появились боли в горле, общая слабость, потливость. Лечился самостоятельно антибактериальными препаратами, аспирином, компрессами – с улучшением. 2 дня назад появились вышеперечисленные жалобы. Отмечает неоднократное повышение АД до 170/100 мм рт. ст в течение последних 2 лет. По поводу артериальной гипертензии не обследовался, не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, лицо отечное. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные свистящие хрипы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 92 уд./мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом и правом фланках. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отмечается умеренная болезненность по ходу позвоночника в поясничном отделе.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты –  $10,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1030; лейкоциты – 8–12 в п/зр.; эритроциты – 10–15 в п/зр.; белок – 0,44 г/л; цилиндры гиал. ++. Суточная потеря белка – 3,8 г.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 50 г/л; общий холестерин – 6,5 ммоль/л; холестерин ЛПНП – 5,1 ммоль/л,  $\beta$ -липопротеиды – 18,5 г/л, альбумины – 43 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 96 в мин, электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

### Задача 2

Мужчина, 45 лет, стропальщик. Жалобы на появление мочи красного цвета, отечность лица, одышку, кашель.

Из анамнеза заболевания. Заболел 2 месяца назад, когда после работы (выполнял большую физическую нагрузку, переохладился) появилась температура до 38 °С, боли в суставах, высыпания на нижних конечностях, насморк с гнойно-кровянистыми выделениями, заложенность носа, головная боль, одышка. Через 2 недели присоединились кашель, кровохарканье. Лечился самостоятельно аспирином, антибиотиками – без улучшения. В настоящее время поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 30 лет по 1–2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 96 кг. Кожные покровы бледной окраски, отмечаются геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, пастозность лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме. Перкуторно над легкими звук легочный, под углом правой лопатки – притупление перкуторного звука. Там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. SaO<sub>2</sub> – 91 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 110 г/л; эритроциты –  $3,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ; ЦП – 0,9; СОЭ – 25 мм/час; лейкоциты –  $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$ ; тромбоциты –  $480 \cdot 10^9/\text{л}$ .

ОАМ: эритроциты не подлежат подсчету; белок – 0,6 г/л.

Биохимическое исследование крови: креатинин крови – 180 мкмоль/л; холестерин – 7,2 ммоль/л.

СРБ +.

СКФ по MDRD – 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

### Задача 3

Мужчина, 47 лет, не работает. Жалобы на отеки всего тела, головную боль, общую слабость, жидкий стул, повышение температуры до 37,8 °С, кашель с небольшим количеством мокроты зеленого цвета, одышку.

Из анамнеза заболевания. В настоящее время находится в травматологическом отделении по поводу хронического остеомиелита правой бедренной кости. Перелом бедренной кости – 4 года назад. Обострения остеомиелита ежегодно 2–3 раза в год. 7 дней назад впервые появились отеки, затем присоединился жидкий стул, усилилась слабость, повысилась температура до 37,8 °С. Появились кашель с мокротой, одышка.

Из анамнеза жизни. Курит в течение 32 лет по 1–2 пачки в день. Отмечает частые ОРЗ. Перенес в детстве туберкулез легких. На диспансерном учете не состоял. Злоупотреблял алкоголем.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Увеличены подчелюстные, паховые лимфатические узлы. При перкуссии над легкими выслушивается звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, громкие. Выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 96 в мин. АД 175/100 мм рт. ст. Живот

увеличен в объеме, мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Отмечаются отеки всего тела.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты –  $12 \times 10^9$ /л.

ОАМ: моча мутная; белок – 0,8 г/л; цилиндры гиалиновые +.

Суточная потеря белка – 5,2 г/сутки.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л; общий белок – 40 г/л.; альбумин – 37 %, глобулины:  $\alpha_1$  – 4 %,  $\alpha_2$  – 17 %,  $\beta$  – 20 %,  $\gamma$  – 22 %, креатинин – 188 мкмоль/л.

#### Задача 4

Мужчина, 22 года, студент. Жалобы на отеки, частые головные боли, повышение АД, снижение остроты зрения, боли в поясничной области, повышение температуры тела до 37,6 °С, общую слабость, отсутствие аппетита, боли в области сердца, уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевания. Полгода назад без видимой причины появились отеки, которые быстро выросли до степени анасарки, асцит, повысилось АД до 190/100 мм рт. ст. При обследовании выявлена протеинурия. Лечение преднизолоном, гепарином было неэффективным. В течение последнего месяца значительно ухудшилось зрение. Поступил в нефрологическое отделение.

Объективно. Состояние тяжелое. В легких дыхание жесткое. ЧДД 24 в мин. Верхушечный толчок смещен влево и вниз. Тоны сердца ритмичны, глухие. АД 230/140 мм рт. ст. Массивные отеки нижних конечностей, области поясницы, асцит.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 87 г/л; лейкоциты –  $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоформула не изменена; СОЭ – 40 мм/час.

ОАМ: белок – 0,8 г/л, сахара нет; лейкоциты – 10–12 в п/зр.; эритроциты – 30–35 в п/зр. Суточная потеря белка: 18 г/сутки.

Проба Зимницкого: отн. плотность 1010–1019; суточный диурез – 0,8 л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л; альбумины – 22 г/л; холестерин – 6,0 ммоль/л; триглицериды – 2,5 ммоль/л, креатинин – 460 мкмоль/л.

СКФ по MDRD – 40 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

УЗИ почек: размеры почек одинаковые справа и слева – 13 × 7 см, отмечаются диффузные симметричные изменения коркового вещества.

Глазное дно: артерии сетчатки резко сужены, контуры диска зрительного нерва расплывчаты, имеются очаги ишемии и геморрагии.

#### Задача 5

Мужчина, 44 года, водитель. Жалобы на головные боли, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянные боли в пояснице ноющего характера.

Из анамнеза заболевания. Отмечает периодическое повышение АД до 150–160/90–100 мм рт. ст. в течение 8 лет, за медицинской помощью не обращался. Лечился эпизодически. Самостоятельно принимал цитрамон, клофелин, анальгин – с незначительным улучшением. Боли в пояснице возникли после переохлаждения на работе неделю назад. Ничем не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит В, двусторонняя пневмония 10 лет назад. Курит в течение 30 лет по 1 пачке в день. Наследственный анамнез: у матери гипертоническая болезнь.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Синдром поколачивания выражен слабopоложительно с двух сторон. Стул, диурез в норме. Отмечается незначительная пастозность стоп и голеней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 135 г/л; эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л; цп – 1,0; лейкоциты –  $8,0 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %.

ОАМ: цвет с/ж; прозрачность; белок – 0,45 г/л; эритроциты – 3–5 в п/зр.; цилиндры гиал. единичные.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; общий билирубин – 26 мкмоль/л; креатинин – 114 мкмоль/л.

Глазное дно без изменений.

#### Задача 6

Женщина, 28 лет, не работает. Жалобы на сильные головные боли, повышение артериального давления до 210/120 мм рт. ст., отеки на ногах, одышку, усиливающуюся в положении лежа, слабость, снижение количества выделяемой мочи, снижение зрения, боли в области сердца, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Болеет в течение 3-х лет, когда впервые стали появляться головные боли. Лечилась самостоятельно народными средствами – с незначительным улучшением. Последнее ухудшение самочувствия

в течение недели, когда появились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью не обращалась. Самочувствие ухудшалось и на скорой помощи была доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Злоупотребляет алкоголем. Курит по 1–1,5 пачки в день в течение 15 лет. Наследственный анамнез: росла в детском доме, родственников не знает.

Объективно. Состояние тяжелое, кожные покровы бледной окраски с землистым оттенком, в легких дыхание жесткое, выслушиваются свистящие рассеянные хрипы, в нижнем отделе влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Массивные отеки голеней и поясничной области.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: СОЭ – 25 мм/час; Hb – 78 г/л; эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}/л$ .

ОАМ: эритроциты – 3–5 в п/з, гиал. цилиндры – 6–8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: креатинин – 1050 мкмоль/л; мочевины – 35 ммоль/л; общий белок – 50 г/л; холестерин – 5 ммоль/л. СКФ по MDRD – 10 мл/мин/  $1,73 м^2$ .

ЭКГ: электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, ЧСС 102 уд./мин.

### Задача 7

Мужчина, 20 лет, оператор частной автозаправочной станции. Жалобы на кровохарканье, кашель, боли в грудной клетке, одышку, повышение температуры, слабость, выделение мочи цвета мясных помоев, уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро после перенесенной вирусной инфекции, когда появились кровохарканье, кашель, одышка, повышение температуры до  $38^{\circ}C$ . Лечился самостоятельно антибиотиками, аспирином, отхаркивающими травами – без улучшения. Затем появилось выделение мочи цвета мясных помоев, отметил уменьшение количества мочи. Обратился в поликлинику по месту жительства. Направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Объективно. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Перкуторно над легкими выслушивается ясный легочный звук. Определяется укорочение перкуторного звука в базальных отделах. Аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, в нижних отделе ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 105 г/л; ЦП – 0,7; ретикулоциты – 0,5 %; СОЭ – 15 мм/час; лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ .

ОАМ: белок – 0,068 г/л, цилиндры зернистые; эритроциты – 8–10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: СРБ +++; фибриноген 8 г/л.

ИФА биоптата почки: антитела к базальной мембране клубочков.

Рентгенография ОГК: инфильтративные тени в прикорневых и базальных отделах с обеих сторон.

## 1.2.5. Модуль «Болезни органов пищеварения»

### Задача 1

Мужчина, 63 года, пенсионер. Жалобы: на боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, кровотоочивость десен, отечность стоп, выраженную сонливость в дневное время, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение двух недель, когда впервые появились боли в правом подреберье, увеличение живота, снижение аппетита, потемнение мочи. Последние 2 дня отмечает выраженную общую слабость, сонливость в течение дня, бессонницу ночью.

Из анамнеза жизни: Злоупотребляет алкоголем: последние 3 года употребляет крепкие спиртные напитки 1–2 раза в неделю по 150 мл.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Заторможен. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. На вопросы отвечает односложно. Долго думает над ответом. Критика к своему состоянию снижена. Эйфоричен. Вес 88 кг, рост 172 см. ИМТ  $29,7 кг/м^2$ . Температура тела  $37,2^{\circ}C$ . Кожа и видимые слизистые интенсивно желтушные, умеренной влажности. На голенях петехиальная сыпь. На предплечьях единичные синячки. На коже груди отмечается большое количество сосудистых звездочек. Пальмарная эритема. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Гинекомастия. Стопы отечные, голени пастозны. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 110 в мин, систолический шум на верхушке. АД 105/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 110 уд./мин, сниженного наполнения. Язык обложен серо-желтым налетом, печеночный запах изо рта. Живот увеличен за счет асцита, не напряжен, болезнен в правом подреберье. На боковых поверхностях живота видна расширенная подкожная венозная сеть. Размеры печени

по Курлову: 24; 18; 12 см. Печень при пальпации болезненная, плотная с заостренным краем, поверхность ее бугристая. Пальпируется увеличенная селезенка.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 99 г/л; тромбоциты –  $100 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $8,2 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %.

ОАМ: цвет темный; удельный вес – 1018; сахар, ацетон – отсутствуют; белок – 0,15 г/л; плоский эпителий – 3–4 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты – 4–6 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 60 г/л; альбумины – 32 %; общий билирубин – 338 мкмоль/л; прямой билирубин – 161 мкмоль/л; АлАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 175 Ед/л; ПТИ – 45 %; фибриноген – 1,8 г/л; АЧТВ – 45 сек.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей (правая доля 210 мм, левая доля 165 мм), диаметр воротной вены 15 мм, спленомегалия (140 мм × 90 мм), определяется свободная жидкость в брюшной полости более 3 литров.

ФГДС: варикозно расширенные вены пищевода 3 степени.

### Задача 2

Женщина, 43 года, парикмахер. Жалобы: на общую слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры тела, носовые кровотечения, ноющие боли в суставах кистей.

Из анамнеза заболевания. Больна в течение года, когда через три недели, после лечения зубов в частном стоматологическом кабинете, повысилась температура тела до 38,6 °С, появилась желтуха, выраженная слабость. Лечилась в инфекционном отделении с положительным эффектом. Следующее ухудшение через 4 месяца: появились слабость, субфебрильная температура, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, отмечала ноющие боли в суставах кистей и стоп, снижение аппетита.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 48 кг, рост 169 см. ИМТ 16,8 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,8 °С. Кожа и видимые слизистые желтушные, умеренной влажности. На груди и верхних конечностях сосудистые звездочки. Пальмарная эритема. На голенях петехиальная сыпь. Отеков нет. Кости, суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Печень при пальпации болезненная, край закруглен, консистенция плотноватая, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 105 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; тромбоциты –  $105 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $5,3 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 59 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 7 %; СОЭ – 43 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 133 мкмоль/л; прямой билирубин – 58 мкмоль/л; АлАТ – 495 Ед/л; АсАТ – 385 Ед/л.

Серологические тесты: HBsAg «+», HBeAg «+», анти HBsAg класса Ig M «+», анти HBsAg класса Ig G «+».

### Задача 3

Мужчина, 57 лет, электрик. Жалобы: на общую слабость, тошноту, рвоту после каждого приема пищи, в связи с чем, стал ограничивать себя в приеме пищи, боли в верхней половине живота, вздутие живота, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы появилось неделю назад, после очередного употребления алкоголя. Самочувствие постепенно ухудшалось в виде нарастания общей слабости.

Из анамнеза жизни. Алкоголь употребляет регулярно последние 2 года. Количество принятого алкоголя не контролирует.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. Вес 75 кг, рост 168 см. ИМТ 26,6 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,8 °С. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая. Лицо одутловатое, расширена капиллярная сеть на лице. На груди и плечах единичные сосудистые звездочки. Гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Пальмарная эритема. Видимые слизистые желтушные, сниженной влажности. Склеры инъецированы. Отеки до нижней трети голеней. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 100 в мин, шумов нет. АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен густым серым налетом, сухой. Живот увеличен в размерах, вздут, болезнен при пальпации в верхней половине. При перкуссии во фланках выявляется притупление. Размеры печени по Курлову: 16; 14; 12 см. При пальпации печень плотная, болезненная, с закругленным краем, поверхность ровная. Не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нb – 101 г/л; эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $10,3 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %; тромбоциты –  $128 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 30 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 55 г/л; альбумины – 25 г/л; АсАТ – 82 Ед/л; АлАТ – 125 Ед/л; общий билирубин – 48 мкмоль/л; прямой билирубин – 22 мкмоль/л; ПТИ – 70 %; фибриноген – 4,5 г/л; АЧТВ – 32 сек.

Серологические тесты: HBsAg «–», а/т к HCV «–».

Амилаза мочи: 480 Ед/л.

**Задача 4**

Мужчина, 56 лет, шофер. Жалобы: на постоянные боли в эпигастральной области, снижение аппетита, слабость, потерю в весе 8–10 кг в течение полутора месяца.

Из анамнеза заболевания. Полгода, без видимой причины, беспокоят слабость, снижение аппетита, нежелание употреблять мясные блюда, боли в эпигастральной области. В течение полутора месяца похудел на 8–10 кг.

Из анамнеза жизни. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. Вялый. Вес 56 кг, рост 174 см. ИМТ 18,49 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Видимые слизистые бледные, умеренно сниженной влажности. Отеки стоп. Слева в надключичной области пальпируется плотный лимфатический узел, размеры 1,5 × 2 см, безболезненный, подвижный. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. Пульс ритмичный, 88 уд./мин, сниженного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 26; 18; 10 см. При пальпации печень безболезненная, плотная, бугристая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $3,0 \times 12 /л$ ; Нb – 99 г/л; MCV – 72 мкм; тромбоциты –  $160 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $5,3 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 67 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 31 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 62 г/л; белковые фракции: альбумины – 38 %;  $\alpha_1$ -глобулины – 10 %;  $\alpha_2$  – глобулины – 12 %;  $\beta$  – глобулины – 20 %;  $\gamma$ -глобулины – 20 %; общий билирубин – 12,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 2 мкмоль/л; ЩФ – 1240 Ед/л; ГГТ – 89 Ед/л; АсАТ – 50 Ед/л; АлАТ – 56 Ед/л.

Рентгенологическое исследование желудка: в области тела желудка по большой кривизне определяется циркулярный дефект наполнения протяженностью 6 см. С неровными контурами. Перистальтика этого отдела отсутствует, рельеф слизистой резко изменен.

ФГДС: начиная со средней трети желудка слизистая, бугристая, с участками изъязвления по большой и малой кривизне.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей. В обеих долях печени на фоне диффузных изменений определяются округлые образования размером 1,5 × 2,5 см; 1,5 × 1,5 см – в правой доле и 1,2 × 0,8 см – в левой доле.

**Задача 5**

Женщина, 56 лет, повар. Жалобы: на интенсивные, резкие боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза заболевания. Болеет около 4 лет, когда после приема жирной, жареной пищи стали беспокоить приступообразные, интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правую половину шеи. Боли купировала приемом но-шпы. Настоящее обострение связывает с употреблением жареного картофеля и маринованной сельди.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Беспокойна, мечется из-за болей. Вес 78 кг, рост 160 см. ИМТ 30,5 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,9 °С. Желтушность кожи и видимых слизистых. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Язык обложен желто-коричневым налетом, сухой. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, там же отмечается некоторое напряжение брюшной стенки, положительные симптомы Макензи, Керра, Мерфи, Ортнера – Грекова справа, Мюсси – Георгиевского справа. Размеры печени по Курлову: 15; 11; 9 см. При пальпации печень болезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}/л$ ; Нb – 145 г/л; лейкоциты –  $12 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 10 %, нейтрофилы с/я – 65 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %; СОЭ – 33 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 98,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 68,2 мкмоль/л; ЩФ – 350 Ед/л; ГГТ – 102 Ед/л; АсАТ – 46 Ед/л; АЛаТ – 45 Ед/л.

УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени 160 мм, желчный пузырь 120 × 55 мм, стенка желчного пузыря 6 мм. В полости желчного пузыря застойное содержимое и два конкремента 3,5 × 2,5 см и 1,2 × 1,8 см, расположенных на дне желчного пузыря. Ширина холедоха – 11 мм.

### Задача 6

Женщина, 35 лет, парикмахер. Жалобы: на боли внизу живота, диарею с кровавистым стулом до 5–6 раз в день, повышение температуры тела до 38 °С, похудание, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Около месяца отмечает жидкий стул до 5–6 раз в день с небольшими сгустками крови. Лечилась самостоятельно противогеморроидальными свечами без эффекта. За месяц похудела на 5 кг. В течение недели стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, выросла общая слабость.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вялая. Вес 58 кг, рост 165 см. ИМТ 21,3 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 38,3 °С. Кожные покровы бледные, физиологической влажности. Видимые слизистые бледные, умеренной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный с ЧСС 90 в мин. Пульс 90 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык слегка обложен белым налетом у корня, умеренно сниженной влажности. Живот мягкий, болезнен в проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову: 10; 8; 6 см. При пальпации печень безболезненная, мягко-эластичной консистенции, край ровный, закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}$ /л; Нв – 90 г/л; тромбоциты –  $170 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $14,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 12 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 15 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 18,2 мкмоль/л; прямой – 4,2 мкмоль/л; АлАТ – 40 Ед/л; АсАТ – 39 Ед/л; общий белок – 66 г/л; альбумины – 45 %;  $\alpha_1$ -глобулины – 7 %,  $\alpha_2$ -глобулины – 14 %,  $\beta$ -глобулины – 10 %,  $\gamma$ -глобулины – 24 %; ПТИ – 80 %; фибриноген – 6,5 г/л; АЧТВ – 33 сек.

Бакпосев кала на кишечную группу отрицательный.

Фиброколоноскопия: на всей протяженности слизистой прямой кишки отмечается воспаление с участками эрозий. В сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой с микроабсцессами крипт и участками изъязвлений, легко кровоточащими при контакте.

### Задача 7

Мужчина, 66 лет, пенсионер. Жалобы на желтуху кожи и видимых слизистых, тошноту, боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,9 °С.

Из анамнеза заболевания. 3 дня назад стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, появились боли в правом подреберье, тошнота. Принимал жаропонижающие, спазмолитические средства с положительным эффектом. Сегодня утром увидел пожелтение кожи и видимых слизистых.

Из анамнеза жизни. 3 недели назад выезжал на рыбалку на реку Обь, где употребил в пищу малосоленого язя. Вредные привычки отрицает.

Объективно. Состояние больного средней степени тяжести. В сознании. Вес 98 кг, рост 166 см. ИМТ 35,6 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Печеночных знаков нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 92 в мин. Пульс 92 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Симптом Ортнера – Грекова положительный справа. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 32 мм/ч; лейкоциты –  $19,5 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: базофилы – 1, эозинофилы – 40 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 42 %, лимфоциты – 10 %, моноциты – 1 %.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 88 мкмоль/л; прямой – 41,2 мкмоль/л; АлАТ – 211 Ед/л; АсАТ – 200 Ед/л.

Серологические тесты: HBsAg «←», а/т к HCV «←».

### Задача 8

Мужчина, 35 лет, грузчик. Жалобы на изжогу, боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5–2 часа после приема пищи, ночные боли, частично купируемые приемом пищи, соды.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы беспокоят 6 месяцев. Лечился альмагелем с положительным эффектом: боли прошли, но сохранялась умеренная изжога. Настоящее ухудшение состояния связывает с тяжелой физической работой.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Вес 64 кг, рост 162 см. ИМТ 24,4 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое сидя, лежа. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Положительный симптом Менделя. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $2,5 \times 10^{12}/л$ ; НЬ – 80 г/л; лейкоциты –  $10,8 \times 10^9/л$ ;  
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %; СОЭ 30 мм/ч.

ФГДС: определяется язвенный дефект  $2,5 \times 1,5$  см на малой кривизне желудка и  $1,2 \times 0,8$  см в луковице двенадцатиперстной кишки с явлениями гастродуоденита. Дно язв кратерообразное, покрыто фибрином. На дне язвы луковицы двенадцатиперстной кишки определяется тромбированный сосуд.

### **Задача 9**

Женщина, 43 года, домохозяйка. Жалобы на боль в эпигастральной области, распространяющуюся в правое и левое подреберье, возникающую сразу после приема любой пищи, тошноту, рвоту, вздутие живота, поносы, похудание.

Из анамнеза заболевания. Подобные состояния беспокоят 3–4 раза в год в течение последних трех лет. Обострения возникают при приеме жирной, жареной пищи. Настоящее ухудшение в течение месяца. Стала ограничивать себя в приеме пищи. Похудела на 3 кг.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 50 кг, рост 165 см. ИМТ 18,3 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,0 °С. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожа сухая, бледная. Видимые слизистые бледно-розовые. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову: 10; 9; 8 см. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты  $3,9 \times 10^{12}/л$ ; НЬ – 118 г/л; лейкоциты  $7,5 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, нейтрофилы п/я – 2 %; нейтрофилы с/я – 61 %, лимфоциты – 28 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 10 мм/час.

Глюкоза капиллярной крови 4,5 ммоль/л.

Копрограмма: кал коричневый, кашицеобразный, переваренные мышечные волокна 4–8 в п.зр., непереваренные мышечные волокна 12–16 в п.зр., капли нейтрального жира ++++, лейкоциты 1–2, крахмал ++++, яйца глист не обнаружены.

Амилаза мочи 465 Ед/л.

УЗИ поджелудочной железы: размеры поджелудочной железы: головка 23 мм, тело 10 мм, хвост 20 мм; контуры ровные, четкие; эхогенность повышена; выпот в сальниковой сумке не определяется; вирсунгов проток не расширен.

## **1.3 Контрольная работа: клинический разбор**

### **1.3.1 Инструкции к проведению клинического разбора:**

По каждому разделу ординатору предлагается история болезни пациента (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.

Необходимо провести разбор случая по следующим пунктам:

- анализ данных сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни с целью выявления всех факторов, предрасполагающих к состоянию пациента в данном клиническом случае;
- постановка первичного диагноза, перечень состояний для дифференциального диагноза, обоснование плана обследования;
- анализ лабораторных данных обследования с целью выявления всех данных, характеризующих настоящее состояние пациента и/или предрасполагающих к настоящему состоянию в данном клиническом случае;
- анализ инструментальных методов исследования с целью выявления всех данных, характеризующих настоящее состояние пациента и/или предрасполагающих к настоящему состоянию в данном клиническом случае;
- постановка клинического диагноза с учетом всех результатов обследования;
- анализ проведенного лечения с использованием действующих инструкций для каждого препарата сайта ГРЛС, в том числе с целью выявления фактов ятрогенного влияния, побочных действий препаратов, передозировки препаратов (причины неотложного состояния);
- составить рекомендации для дальнейшего ведения пациента.

Результаты клинического разбора оформить в презентации.

### **1.3.2. Пример истории болезни пациента (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.**

**Фамилия, имя, отчество больного** Женщина

**Дата рождения** 12.11.1950г.

**Место работы и род занятий** ПЕНСИОНЕР

**Жалобы при поступлении:** на сильные головные боли, эпизодически беспокоят боли в левой подвздошной области, в левом подреберье, общую слабость, горечь во рту, изжогу.

**Анамнез заболевания:**

Гипертоническая болезнь 10 лет, макс. Цифры АД 220/мм.рт.ст. Раб. АД 120/мм.рт.ст. (принимает амлодипин 10 мг, лориста 100 мг, при повышении АД каптоприл), ТИА в 2015. Сегодня резко почувствовала себя плохо. Вызвала СМП. Доставлена в терапевтическое приемное отделение.

**Анамнез жизни:**

На Севере с 1980года.

Перенесенные заболевания: простудные, хр.панкреатит, холецистит-давно.

С 2002 года Бронхиальная астма, экзогенная форма (приступы купирует беродуалом по 2 вдоха, постоянно – не принимает).

Перенесенные травмы: отрицает. Перенесенные операции: 50 лет назад аппендэктомия, в 2004г –оперативное лечение по поводу фибромы левой молочной железы, в 2006 году оперирована по поводу кист левого и правого яичников (объем оперативного вмешательства не знает), в 2008 году клипирование аневризмы ВСА.

Вредные привычки: отрицает. Гемотрансфузии: отрицает.

Аллергологический анамнез: на пыль, на цветение растений, резкие запахи в виде приступов удушья (купирует беродуалом). Лекарственная непереносимость: отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.

Экспертный анамнез: Лист нетрудоспособности не нужен.

Акушерско-гинекологический анамнез: Б-4, Р-1, А-3. Менопауза в 48 лет.

**Объективно** при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентация в пространстве, во времени, в собственной личности сохранена. Лицо симметрично, язык по средней линии. Зрачки S=D, фотореакция живая. Менингеальные знаки отрицательные. Эмоционально лабильна. Обеспокоена своим состоянием здоровья. Положение активное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Рост – 164 см, вес – 59 кг, ИМТ – 21,9 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,5С. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, нормальной влажности, нормальной эластичности. Тургор тканей удовлетворительный. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Периферические отеки отсутствуют. Носовое дыхание свободное. В ротоглотке слизистые розовые, наложений нет. Слизистая задней стенки глотки розовая, чистая. Миндалины: без патологии. Форма грудной клетки нормостеническая, правильная. Тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Число дыхательных движений в мин 18. Дыхание нормальной глубины, ритмичное. Характер перкуторного звука ясный легочный, над всей поверхностью легких. Границы легких в пределах возрастной нормы. При аускультации дыхание в лёгких везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Крепитация отсутствует. Шум трения плевры отсутствует. АД = 220/100 мм.рт.ст. ЧСС = уд./мин. Частота пульса - 88 уд./мин. Артериальный пульс ритмичный, симметричный на обеих руках. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Сердечные шумы отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, всеми отделами участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует, не вздут. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, левом подреберье, по ходу левых отделов толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Область почек без изменений. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Стул –склонность к запорам. Стул в небольшом количестве, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Дефекация безболезненная.

**Результаты лабораторных исследований:**

Моча Амилаза мочи: - 48.0 U/L;

Общий анализ крови (авт): гемоглобин - 122.0 г\л;лейкоциты - 6.11 10\*9;эритроциты - 4.31 10\*12;гематокрит - 35.7 %;MCV (анизоцитоз) - 82.8 фл;MCH (цветной показатель) - 28.3 пг;MCHC - 342.0 г\л;RDW (анизоцитоз) - 12.7 %;тромбоциты - 277.0 10\*9;

СОЭ.: СОЭ - 35.0 мм\ч;

Анализ крови На лейкоформулу.: эозинофилы - 1.0 %;палочкоядерные - 1.0 %;сегментоядерные - 55.0 %;лимфоциты - 34.0 %;моноциты - 9.0 %;

Исследование мочи Общий анализ мочи (ручной): Цвет - соломенно-желтый; Прозрачность - прозрачная; Реакция - 5.5 ;Удельный вес - 1012 ;Белок количественный - 0.22 г/л;Белок качественный - положительная; Сахар - отрицательная; Желчные пигменты - отрицательная; Плоский эпителий - 0-1 В поле зрения;Лейкоциты - 4-6 в поле зрения;Эритроциты - еденич В поле зрения;  
Венозная кровь Общая биохимия Общий и прямой билирубин: - 7.4 мкмоль/л; - 1.3 мкмоль/л; СРБ: - 4.2 мг/л; Альбумин: - 42.3 г/л; ГГТП: - 18.0 U/L; Альфа-амилаза крови: - 54.0 U/L; Щел.фосфатаза: - 120.0 U/L; Кальций общий: - 2.26 ммоль/л; Хлориды: - 104.0 ммоль/л; Натрий: - 143.0 ммоль/л; Калий - 4.4 ммоль/л; Креатинин сывороточный: -124.0 мкмоль/л; Мочевина сыворотки крови: - 6.5 ммоль/л; Общий белок: - 73.6 г/л; АСТ (AST): - 23.0 U/L; АЛТ (ALT): - 13.0 U/L;  
Венозная кровь Гемостаз Протромбиновый индекс: Протромбиновый индекс - 114.0 %;  
АЧТВ: - 34.9 сек; Фибриноген: - 4.59 г/л;  
Анализ крови Микрореакция на сифилис: отрицательная;  
Капиллярная кровь Глюкоза капиллярной крови: - 4.4 ммоль/л;  
Исследования кала Исследование кала на яйца глистов: яйца глистов - не обнаружены;

#### **Результаты инструментальных исследований:**

Регистрация электрокардиограммы 1 (в 12 отведениях): Ритм синусовый ускоренный, ЧСС 93/мин. ЭОС нормальная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное): Визуализация затруднена из-за метеоризма Печень не увеличена, размер правой доли 138 мм, размер левой доли 60 мм Контуров ровныеЭхогенностьповышенаСтруктура однородная Звукопроводимость не сниженаРасположение сосудов обычноеВнутрипеченочные желчные протоки не расширеныОбщий желчный проток не расширен 4 ммВоротная вена не расширена 10 ммБрюшной отдел аорты без особенностейЖелчный пузырь не увеличен 52 x 20 мм Стенки не уплотнены, не утолщеныСодержимоеоднородноеКонкременты не визуализируютсяПоджелудочная железа не увеличена, толщина головки 22 мм, тела 8 мм, хвоста 20 мм Контуров ровные, четкие Структура однородная Эхогенность повышена Вирсунгов проток не расширен Селезенка не увеличена 85 x 32 мм Контуров ровныеСтруктура однородная Эхогенность не повышена Селезеночная вена не расширена Лимфоузлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не визуализируются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.Перистальтика кишечника не снижена. В почках без особенностейЗаключение: Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

УЗИ забрюшинного пространства: Правая почкаРасположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуров ровныене увеличена 93x45 мм Толщина паренхимы 17 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышенаКортикомедуллярная дифференцировка не сниженаЧашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируютсяНадпочечник не визуализируетсяПаранефральная клетчатка не измененаЛеваяпочкаРасположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуров ровныене увеличена 97x43 мм Толщина паренхимы 18 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышенаКортикомедуллярная дифференцировка не сниженаЧашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируютсяНадпочечник не визуализируется Паранефральная клетчатка не измененаЗаключение: Патологии не выявлено.

**Проведенное лечение:** Режим: общий. Диета номер: ЩВД. Амлодипин 10 мг Таб. Д/Приема Внутрь. 10, МГ Перорально 1 раз в день. в 19.00. Лориста 50 мг Таб. П/Об. Плен. 100, МГ Перорально 1 раз в день. в 07.00. Аторвастатин 20мг Таб.П/Об. Д/Приема Внутрь. 20, МГ Перорально 1 раз в день. в 21.00. ДротаверинЭллара 2% 2мл №10 Амп. Р-Р Д/Ин. 2, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Омепразол 20мг Капс. П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 20, МГ Перорально 2 раза в день. за 30 мин до еды. Панкреатин 25 ЕдТаб.П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 25, ЕД Перорально 3 раза в день. в день с едой. Кетопрофен-Эском 50мг/Мл 2мл №10амп. 2, МГ Внутримышечно 1 раз в день. Platyphillini H/Tart. 0,2% 1мл Амп. Р-Р Д/Ин. 1, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Амоксициллин 1000мг \*2р/д п/е. Кларитромицин 500мг\*2р/д п/е.

## **2. Этап проведение промежуточной аттестации - экзамен:**

### **2.1. Примерный билет для собеседования с ординаторами по модулям дисциплины терапия, пройденными во 1 семестре на первом году обучения.**

Билеты составляются из списка вопросов и набора клинических задач фонда оценочных средств к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия 1 семестра, 1 года обучения:

Пример билета:

## Билет 1

1. ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, сердечной астмой.
2. Острая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
3. Решить ситуационную задачу.

### 2 семестр

#### 3. Этап проведение текущей аттестации:

##### 3.1. Список вопросов к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия:

###### 3.1.1. Модуль «Болезни органов кроветворения»

1. Дифференциальная диагностика гематологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов кроветворения.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в гематологии.
3. Анемии, связанные с нарушением образования эритроцитов и гемоглобина. Депрессии кроветворения. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
4. Анемии, связанные с костномозговой недостаточностью; гемолитические анемии. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
5. Анемии гемолитические. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
6. Гемобластозы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
7. Лимфомы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
8. Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз с заболеваниями системы кроветворения. Тактика ведения терапевтом.
9. Трансфузиология в гематологии.
10. Неотложные состояния в гематологии. Тактика ведения терапевтом гематологических больных.

###### 3.1.2. Модуль «Ревматологические болезни»

1. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов в ревматологии. Обследование больных с ревматологическими заболеваниями.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в ревматологии.
3. Ревматическая болезнь сердца. Критерии диагноза.
4. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
5. Повторная ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
6. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика и лечения повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
7. Приобретенные пороки сердца. Митральные пороки. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика при митральных пороках.
8. Приобретенные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая. Пороки трехстворчатого клапана. Комбинированные и сочетанные клапанные пороки сердца.
9. Приобретенные пороки сердца. Принципы терапии, возможные комбинации применяемых препаратов, противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты. Действия врача при критическом стенозе, лечение недостаточности кровообращения и различных осложнений. Показания к хирургическому лечению в зависимости от вида порока, виды хирургического лечения, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения, осложнения в послеоперационном периоде и реабилитация больных после оперативного лечения, методы вторичной профилактики.
10. Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные этапы лечения.
11. Системная склеродермия. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.
12. Первичный и вторичный дерматомиозит. Критерии диагноза. Клиника. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.

13. Системные васкулиты. (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Такаясу, височный артериит, другие формы). Критерии диагноза. Лечение.
14. Ревматоидный артрит. Этиология. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Современные подходы в терапии.
15. Серонегативные спондилоартриты. Этиология. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Современные подходы в терапии.
16. Деформирующий остеоартроз. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Современные подходы в терапии.
17. Микрористаллические артриты. Подагра. Метаболизм мочевой кислоты. Первичная и вторичная гиперурикемия. Клиническая картина. Рентгенологическая и лабораторная диагностика. Критерии диагноза. Лечение.
18. Лихорадка неясного генеза в практике терапевта. Дифференциальный диагноз.
19. Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней.
20. Антицитокиновая терапия. Показания, противопоказания.

### **3.1.3. Модуль «Болезни эндокринной системы»**

1. Дифференциальная диагностика эндокринологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями эндокринной системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в эндокринологии.
3. Заболевания щитовидной железы. Синдромы гипотиреоза, тиреотоксикоза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Сахарный диабет. Классификация. Патогенез в зависимости от вида диабета. Критерии диагностики. Дифференцированный подход к диетотерапии. Показания к инсулинотерапии. Лечение гестационного диабета. Диагностика и лечение осложнений сахарного диабета.
5. Заболевания гипоталамо – гипофизарной системы. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ: болезнь Иценко-Кушинга, вторичный гипокортицизм.
6. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста: акромегалия, гигантизм, соматотропная недостаточность.
7. Заболевания надпочечников. Синдром гиперальдостеронизма. Синдром гиперкортицизма. Синдром гипокортицизма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Метаболический синдром. Критерии диагноза. Современная тактика ведения (4 часа)

### **3.1.4. Модуль «Иммунология и аллергология»**

1. Иммунопатологические состояния в клинике внутренних болезней, классификация.
2. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов при иммунопатологических состояниях.
3. Методы исследования при иммунопатологических состояниях.
4. Иммунодефицитные состояния, этиология, патогенез. Методы диагностики иммунопатологических процессов, клиническая интерпретация иммунологических исследований.
5. Иммуностимулирующая и иммуномодулирующая терапия в лечении острых и хронических иммунодефицитных состояний, показания, противопоказания.
6. Аллергические процессы, этиология, патогенез, диагностика.
7. Аутоиммунные заболевания, этиология, патогенез, классификация.
8. Иммунодепрессивная терапия в лечении аллергических и аутоиммунных заболеваний, осложнения.
9. Диагностика и лечение иммунодефицитных состояний при заболеваниях органов дыхания и аутоиммунных поражениях органов дыхания.
10. Диагностика и лечение атопических аллергических процессов (поллинозы, крапивница, ангионевротический отек, атопическая бронхиальная астма). Специфическая иммунотерапия.
11. Диагностика и лечение иммунопатологических процессов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (эндокардиты, миокардиты, перикардиты, васкулиты).
12. Диагностика и лечение иммунопатологических процессов при заболеваниях эндокринной системы.
13. Диагностика и лечение иммунопатологических процессов при заболеваниях системы кроветворения.
14. Диагностика и лечение иммунологических процессов при заболеваниях печени (первичный билиарный цирроз печени, хронический аутоиммунный гепатит, хронические вирусные гепатиты).
15. Диагностика и лечение иммунологических процессов при иммуновоспалительных заболеваниях желудка и кишечника (аутоиммунный гастрит, болезнь Крона, язвенный колит).
16. Диагностика и лечение иммунопатологических процессов при заболеваниях почек (гломерулонефриты, люпус-нефрит, склеродермическая почка, пиелонефриты).

### **3.1.5. Модуль «Поликлиническая терапия»**

1. Организация амбулаторно-поликлинической помощи терапевтическим больным.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности и МСЭ.
3. Диспансеризация: современные направления. Санаторно-курортное лечение больных терапевтического профиля.
4. Особенности ведения терапевтических больных в поликлинике. Ведение геронтологической группы больных в поликлинике.

5. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов дыхания.
6. Диспансеризация больных с заболеваниями органов дыхания.
7. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
8. Диспансеризация больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
9. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями почек.
10. Диспансеризация больных с заболеваниями почек.
11. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов пищеварения.
12. Диспансеризация больных с заболеваниями органов пищеварения.
13. Амбулаторное ведение больных с ревматологическими заболеваниями.
14. Диспансеризация больных с ревматологическими болезнями.
15. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов кроветворения.
16. Диспансеризация больных с заболеваниями органов кроветворения.
17. Амбулаторное ведение больных с заболеваниями органов эндокринной системы.
18. Диспансеризация больных с заболеваниями органов эндокринной системы.

### **3.1.6. Модуль «Геронтология и гериатрия»**

1. Понятие о геронтологии и гериатрии. Медико-социальные аспекты терапевтической помощи пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Особенности течения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных пожилого и старческого возраста.
3. Атеросклероз, диагностика, лечение, вторичная профилактика осложнений атеросклероза у больных пожилого и старческого возраста.
4. Артериальная гипертония, диагностика, особенности течения и лечения, профилактика осложнений артериальной гипертонии у больных пожилого и старческого возраста.
5. Ишемическая болезнь сердца, особенности течения и лечения у больных пожилого и старческого возраста.
6. Хроническая сердечная недостаточность, особенности течения и лечения у больных пожилого и старческого возраста.
7. Особенности течения и лечения заболеваний органов дыхания у больных пожилого и старческого возраста. Пневмонии, ХОБЛ.
8. Особенности течения и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных пожилого и старческого возраста. ГЭРБ. Гастриты. Дуодениты. Язвенная болезнь. Хронический панкреатит.
9. Эндокринные заболевания у больных пожилого и старческого возраста. Особенности клинического течения и лечения сахарного диабета 2 типа, заболеваний щитовидной железы.
10. Заболевания опорно-двигательного аппарата у больных пожилого и старческого возраста (остеоартроз, остеопороз).
11. Особенности течения и лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей у больных пожилого и старческого возраста.
12. Коморбидные состояния в гериатрии, тактика ведения больных.
13. Психические и неврологические заболевания у больных пожилого и старческого возраста.

## **3.2. Ситуационные задачи к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия:**

### **3.2.1. Инструкция для решения ситуационной задачи:**

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
  - основное заболевание;
  - осложнения основного заболевания;
  - сопутствующие заболевания;
  - осложнения сопутствующих заболеваний;
  - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

### **3.2.2. Модуль «Болезни органов кроветворения»**

Женщина, 38 лет, воспитательница детского сада. Жалобы на умеренную общую слабость, головокружение, усиливающееся при переходе из горизонтального в вертикальное положение, одышку при привычной физической нагрузке (подъеме по лестнице на 3–4 этаж), усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, снижение массы тела на 4 кг за последний месяц.

Из анамнеза заболевания. Ранее во время беременностей и кормления детей грудью неоднократно находили снижение Hb (минимально 76 г/л). Эпизодически самостоятельно принимала препараты железа. Не обследовалась.

Слабость, головокружение, выпадение волос отметила около полугода назад. В последний месяц состояние ухудшилось: увеличилась слабость, появились одышка, извращение вкуса (любит есть мел, нравятся запахи бензина, керосина), утренние периорбитальные отеки. Ухудшение состояния в динамике стало поводом обращения за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 4. Роды – 4. Питание нерегулярное, несбалансированное. Часто придерживается диет. Около года вегетарианка.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые бледные, пониженной влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Дериваты кожи: исчерченность ногтей, койлонихии, ломкость волос. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb–80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}/л$ ; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Hb в эритроцитах – 23 пг; лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ ; тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ ; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; ретикулоциты – 1 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %, базофилы – 0 %.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 уд./мин, амплитуда зубца Т в левых грудных отведениях снижена.

## Задача 2

Мужчина, 54 года, слесарь. Жалобы на умеренную общую слабость, неуверенность походки, слабость в ногах, особенно при подъеме по лестнице, быстрой ходьбе, ощущение ползания мурашек по ногам, онемение ног.

Из анамнеза заболевания. В 2002 году лет назад перенес оперативное лечение (субтотальная резекция желудка) по поводу язвенной болезни желудка, осложненной желудочным кровотечением. Появление вышеперечисленных жалоб отметил около трех месяцев назад, что послужило поводом обращения за медицинской помощью. В ходе дообследования выявлено снижение уровня Hb до 75 г/л.

Из анамнеза жизни. Ранее злоупотреблял алкоголем. 5 лет назад обнаружен дифиллоботриоз, проведена дегельминтизация.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 23,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 110 в мин. На верхушке сердца выслушивается короткий систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. В яремной ямке выслушивается «шум волчка». АД 94/50 мм. рт. ст. Язык влажный, с атрофированными сосочками, с участками воспаления ярко-красного цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 11; 9; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 45 г/л; гематокрит – 30 %; эритроциты –  $1,6 \times 10^{12}/л$ ; средний размер эритроцитов – 108 фл; среднее содержание Hb в эритроцитах – 35 пг; лейкоциты –  $2,4 \times 10^9/л$ ; тромбоциты –  $100 \times 10^9/л$ ; ширина распределения эритроцитов по объему – 17 %; СОЭ – 21 мм/ч; ретикулоциты – 1,2 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 40 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %. Пойкилоцитоз.

Миелограмма: Костный мозг гиперклеточный. Тип кроветворения мегалобластный, за счет клеток эритроидного ряда. Клетки больших размеров с эксцентрично расположенным ядром, нежным хроматином. Признаки дизэритропоэза: базофилия цитоплазмы, гиперсегментация нейтрофилов, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кэбота, базофильная пунктация эритроцитов.

ЭКГ: ритм синусовый, 110 в мин, вольтаж зубцов Т снижен во всех отведениях.

## Задача 3

Мужчина, 45 лет, дефектоскопист нефтепроводов. Жалобы на давящие боли в теменной области головы, зуд кожи, усиливающийся после приема теплого душа, эпизодические жгучие боли в области пальцев рук и ног. Из анамнеза заболевания. Поступил в отделение гематологии на обследование по поводу зарегистрированного в крови высокого содержания Hb (195 г/л) и гематокрита (46 %). Ранее, со слов больного, подобных изменений в крови не обнаруживали. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около двух недель. Из анамнеза жизни. Вредных привычек не имеет. Деформация носовой перегородки (не скорректирована). Много лет занимался спортом.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 23,4 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые ярко гиперемированы, физиологической влажности, чистые. Склеры инъецированы. Мягкое небо багрово-синюшного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. SaO<sub>2</sub> – 99 %. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Акцент II тона на аорте. ЧСС 82 в мин. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 12; 9; 8. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Нижний полюс селезенки определяется ниже реберной дуги на 4 см, плотной консистенции. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Биохимическое исследование крови: мочевая кислота – 460 ммоль/л, ферритин – 430 нг/мл.

Эритропоэтин: 1,2 МЕ/мл (норма 4,3–32 МЕ/мл).

Миелограмма: трехростковая гиперплазия с преобладанием эритроидного и мегакариоцитарного ростков, значительное уменьшение жировой ткани.

Трепанобиопсия: панмиелоз, костный мозг обеднен жировой тканью.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 75 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка 18 × 12 см.

#### Задача 4

Женщина, 25 лет, сотрудник химической лаборатории нефтегазового предприятия. Жалобы на наличие высыпаний на коже нижних конечностей и туловища.

Из анамнеза заболевания: Считает себя больной около 7 дней, когда на фоне лечения антибактериальными препаратами по поводу кашля, появились многочисленные экхимозы и петехиальные высыпания на коже нижних конечностей и туловища. Однократно носовое кровотечение, остановка которого потребовала тампонирования носового хода.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 1 (самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках).

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 23,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые бледные, физиологической влажности. На коже голени и туловища свежие петехиальные высыпания и экхимозы, единичные «отцветающие» высыпания. Симптомы жгута, щипка отрицательные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 84 в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 95 г/л; гематокрит – 36 %; эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 78 фл; среднее содержание Hb в эритроцитах – 25 пг; лейкоциты –  $3,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты –  $60 \times 10^9$ /л; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 5 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 38 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %.

Время свертывания крови: 5 минут.

Длительность кровотечения: 5 минут.

Факторы свертывания крови: фактор VII-130 %, фактор Виллебранда – 101 %, V-112 %, II-97 %, XI-92 %, IX-120 %.

Адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов: с арахидоновой кислотой – 6 ом (норма), с коллагеном – 18 ом (норма), с ристомицином – 13 ом (норма).

Проба Кумбса: положительная.

ОАМ: относительная плотность – 1018, белок, глюкоза не обнаружены, лейкоциты – 1–2 в п/з., эритроциты – 3–4 в п/з.

#### Задача 5

Девушка, 17 лет, школьница. Жалобы на резчайшую слабость, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, тошноту, боли в верхних отделах живота.

Из анамнеза заболевания. Со слов матери, умеренное снижение концентрации Hb у дочери периодически регистрировалось с двух лет. При этом нередко появлялась желтушность склер. Не обследовалась. Самостоятельно эпизодически принимала препараты железа, без эффекта.

Из анамнеза жизни. У отца неуточненное гематологическое заболевание.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 167 см. Вес 70 кг. ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с лимонным оттенком, физиологической влажности, чистые. Следов расчесов на теле нет. Обнаружено высокое «готическое» небо, синдактилия правой ступни. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, усиленный, высокий, разлитой, резистентный. Границы относительной сердечной тупости: справа по наружному правому краю грудины в IV межреберье, слева на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, сверху – III межреберье. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 106 в мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный. Нижний полюс селезенки определяется ниже реберной дуги на 4 см, плотной консистенции. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 45 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты –  $2,5 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 82 фл, среднее содержание Hb в эритроцитах – 30 пг; лейкоциты –  $6,2 \times 10^9$ /л; тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; ретикулоциты – 15 %; СОЭ – 17 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 5 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 38 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %.

Индекс сферичности: 1,8 (норма 3,4–3,9)

Проба Кумбса: отрицательная. Свободный Hb плазмы: не определяется.

Свободный Hb, гемосидерин в моче: не определяется.

Осмотическая резистентность эритроцитов: мин. 0,38, максим. 0,28.

УЗИ ОБП: конкременты желчного пузыря. Селезенка  $18 \times 12$  см.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 106 в мин, вольтаж зубцов Т снижен во всех отведениях.

### Задача 6

Мужчина, 60 лет, слесарь-сборщик. Жалобы на появление опухолевидных образований в подчелюстных областях и на шее, повышенную ночную потливость, кожный зуд, снижение массы тела на 7 кг за 2 месяца. Из анамнеза болезни. Вышеописанные образования обнаружил около 2 месяцев назад, в последние недели отмечает их заметное увеличение. Температура тела не повышалась. К врачу обратился по этому поводу впервые.

Из анамнеза жизни: Курит 40 лет по 1 пачке в день. Отмечает частые ОРВИ.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 176 см. Вес 80 кг. ИМТ 25,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, влажности, чистые. В подчелюстных областях и на шее увеличенные лимфоузлы размером до сливы (10–15 в группе), плотно эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Миндалины увеличены, рыхлые, без налета. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb–120 г/л; гематокрит – 40 %; эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 86 фл; содержание Hb в эритроцитах – 30 пг; лейкоциты –  $20,1 \times 10^9$ /л; тромбоциты –  $200 \times 10^9$ /л; СОЭ – 42 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 8 %, с/я – 34 %, лимфоциты – 50 %, моноциты – 6 %, базофи-лы – 1 %.

Миелограмма: бласты 1 %, лимфоциты 20 %, клеточность костного мозга  $120 \times 103$ . Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Иммунофенотипирование: опухолевые клетки экспрессируют CD30 и часть из них CD15 в цитоплазме.

Гистологическое исследование биоптата лимфатического узла: пролиферация зрелых лимфоцитов и гистиоцитов, эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты. Выраженных очагов склероза не наблюдается. Обнаруживаются крупные одно- и двуядерные клетки с базофильной цитоплазмой.

### Задача 7

Мужчина, 47 лет, водитель. Жалобы на чувство тяжести в левом подреберье, повышение температуры тела до 37,7 °С, умеренную общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больным около трех месяцев, когда появилась лихорадка до 37,7 °С, озноб, умеренная общая слабость. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты со слабopоложительным эффектом. Со временем стали беспокоить боли, дискомфорт в левом подреберье. Обратился в поликлинику по месту жительства. В ОАК выявлен гиперлейкоцитоз  $284 \times 10^9$ /л, сдвиг в лейкоформуле до бластов 41 %, Hb 105 г/л. В экстренном порядке направлен в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Участник аварии на Чернобыльской АС. На Севере живет 20 лет. Курит 20 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост 186 см. Вес 85 кг. ИМТ 26,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, на коже туловища пятна коричневого цвета, слегка возвышающиеся над поверхностью, безболезненные, плотные при пальпации. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 98 в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 16; 11; 9 см. Край печени плотный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне пупка, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Миелограмма: бластоз костного мозга до 20 %, редуцированы мегакариоцитарный и эритроцитарный ростки, базофильно-эозино-фильная ассоциация. Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Цитогенетика костного мозга и крови: патологический клон с реципрокной транслокацией между длинными плечами 9 и 22 хромосом выявлен в 100 % клеток крови и костного мозга.

### Задача 8

Мужчина, 50 лет, бурильщик нефтяных скважин. Жалобы на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, отеки лица по утрам.

Из анамнеза заболевания. Около трех месяцев отмечает боли в поясничной области, нарастающие в динамике. Связывал начало заболевания с избыточной физической нагрузкой. Лечился самостоятельно: диклофенак, миодокалм, без эффекта. Обратился за медицинской помощью к участковому терапевту. В ходе обследования обнаружены изменения в биохимическом исследовании крови: общий белок 100 г/л, креатинин – 116 мкмоль/л. М-градиент в области гамма-глобулинов в крови 40 %. Направлен на госпитализацию в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 20 лет по 1 пачке в день. Последний год отмечает частые инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 182 см. Вес 83 кг. ИМТ 25,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпация паравертебральных точек в области пояснично-крестцового отдела позвоночника умеренно болезненна. Периорбитальная отечность. Отеки стоп, нижних третей голени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластический, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАМ: относительная плотность – 1020, белок 2,0 г/сут, глюкоза – отр., лейкоциты – ед. в п/зр, эритроциты – ед. в п/зр, цилиндры – 5–6 в п/зр.

Белок Бенс-Джонса в моче: +.

Миелограмма: костный мозг умеренно клеточный, на 40,2 % представлен плазматическими клетками. В некоторых клетках – вакуолизация цитоплазмы, зернистость, тельца Рассела. Встречаются двуядерные клетки. Скоплений «пламенеющих» клеток нет.

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника: структура тел позвонков не изменена, в теле L5, крестце, костях таза шаровидные зоны высокого сигнала в T1-сог.

### 3.2.3. Модуль «Ревматологические болезни»

#### Задача 1

Женщина, 56 лет, экономист. Жалобы на боли в лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных и височно-нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в течение нескольких часов, на распирающие боли в правом и левом подреберьях, периодически повышение температуры тела до 37,5–38 °С.

Из анамнеза заболевания. Заболела 9 лет назад, когда появились боли в лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, субфебрилитет. Получала диклофенак, делагил, отмечала улучшение. В течение последних 3 лет отмечает парестезии, появление плохозаживающих трофических язв голени, частые респираторные инфекции. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа и слизистые бледно-желтушные. Увеличены подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы, не спаяны с окружающими тканями, плотные и безболезненные, размерами от 1 до 1,5 см. Выраженная деформация межфаланговых суставов кистей с формированием деформации пальцев по типу «шеи лебедя», ульнарная девиация, деформация стопы с формированием hallus valgus, молоткообразное изменение пальцев с подвывихами в плюснефаланговых суставах. Печень на 6 см выступает из-под реберной

дуги по правой среднеключичной линии, плотная, безболезненная. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, плотная, безболезненная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 96 г/л; лейкоциты –  $3,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы – 32 %; лимфоциты – 58 %; моноциты – 10 %.

Биохимический анализ крови: билирубин – 32 мкмоль/л; непрямой – 14 мкмоль/л; прямой – 18 мкмоль/л; АсАТ – 116 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 119 Ед/л (N 0–45 Ед/л).

Ревматоидный фактор – 1:1240. АЦЦП +. Криоглобулинемия ++.

УЗИ ОБП: гепатомегалия  $18,5 \times 12,4 \times 12,8$  см, паренхима повышенной эхогенности; спленомегалия  $16,8 \times 9,5$  см, паренхима повышенной эхогенности.

## Задача 2

Девушка, 19 лет, студентка. Жалобы на мышечную слабость, лихорадку до  $39^\circ\text{C}$ , потерю массы тела около 8 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос.

Из анамнеза заболевания. Год назад после искусственного прерывания беременности впервые появились боли в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей, коленных и голеностопных суставах, мышечная слабость, субфебрилитет. По назначению терапевта принимала диклофенак в течение 3 недель, на фоне приема которого сохранялись длительные интенсивные боли и отечность суставов, повышение температуры до  $38^\circ\text{C}$ . Был назначен преднизолон в дозе 20 мг, в течение одной недели нормализовалась температура, исчезли боли в суставах, сохранялась незначительная слабость. Последующие 6 месяцев не принимала никаких препаратов, не обследовалась, несмотря на прогрессирующую потерю массы тела и слабость, которую расценивала как следствие переутомления. Стала отмечать ухудшение самочувствия во время пребывания на открытом солнце, неделю назад отметила шелушение и покраснение кожи щек, переносицы, повышение температуры до  $39^\circ\text{C}$ , боли в межфаланговых, локтевых и коленных суставах. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа сухая, livedo reticularis на коже передней грудной стенки и конечностях. Сливные эритематозные пятна на переносице и коже щек. В области правого локтевого сустава и голеностопных суставов эритематозные пятна размерами от 2 до 3,5 см, отечные, шелушащиеся. Отмечается легкая отечность проксимальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке, в подмышечную область не проводится. ЧСС 100 в мин. АД 145/90 мм рт. ст.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 98 г/л; лейкоциты –  $10,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: нейтрофилы с/я – 57 %, п/я – 4 %, лимфоциты – 35 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 57 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1025; белок – 1,2 ммоль/л; эритроциты – 15 в п/зр.; лейкоциты – 0–3 в п/зр.

Иммунологическое исследование крови: фибриноген – 6,2 г/л; LE – 10 : 1000; комплемент 25 ед.; АНФ – 1 : 128. АТ к ДНК 1 : 1200, АТ к Sm 1 : 340.

## Задача 3

Женщина, 54 года, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до  $38^\circ\text{C}$ , отеки на лице, кистях рук, онемение пальцев рук, одышку при небольшой физической нагрузке, резкую общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Четыре года назад появились плотные отеки на лице, кистях рук, через полгода присоединилась лихорадка до  $38^\circ\text{C}$ , одышка, прогрессирующая общая слабость. Госпитализирована по месту жительства, проводилось лечение антибиотиками, сердечными гликозидами – без эффекта: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. За год потеряла в весе 10 кг. В клинике начато лечение преднизолоном 30 мг/сут. В результате лечения нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка. Две недели назад впервые выявлены изменения в моче: уд. вес – 1020; белок – 6,5 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр.; эритроциты – 15–20 в п/зр. Неделю назад появилась тошнота, рвота, головная боль. Пульс 110 уд./мин; АД 200/130 мм рт. ст., за три дня до госпитализации развилась анурия, креатинин крови – 904 мкмоль/л;  $\text{K}^+$  – 7,4 мэкв/л;  $\text{Na}^+$  – 123 мэкв/л. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Состояние средней тяжести. Маскообразное лицо. Плотные отеки на лице, кистях, рук, предплечьях. Синдром Рейно. Костно-мышечная система, суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, крепитация в нижнебазальных отделах с обеих сторон. ЧДД 22 в мин в покое. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 84 уд./мин; АД 120/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 93 г/л; лейкоциты –  $10,2 \times 10^9$  /л; лейкоцитарная формула: нейтрофилы п/я – 9 %, с/я – 66 %, эозинофилы – 1 %, базофилы – 1 %, моноциты – 6 %, лимфоциты – 22 %; СОЭ – 40 мм/ч.

АТ к Scl70 1 : 640; АТ к Sm 1 : 148. LE 1 : 10. Комплемент 68 ед.

ЭКГ: ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

ФВД: ЖЕЛ – 55 %; МВЛ – 60 %; проба Тиффно – 86 %.

Рентгеноскопия легких: интерстициальный легочный рисунок в базальных отделах усилен. Очаговых изменений нет. Синусы плевры свободны.

#### Задача 4

Женщина, 45 лет, инженер-технолог. Жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, обильный жидкий стул черного цвета.

Из анамнеза заболевания. В течение 2 лет страдает заболеванием суставов. Проводилось лечение бруфеном, индометацином, аппликациями димексида с гидрокортизоном на пораженные суставы – с хорошим эффектом. Три года назад усилились боли в мелких суставах кистей, лучезапястных суставах, появился субфебрилитет, утренняя скованность продолжительностью до 2 часов. Возобновила прием индометацина в дозе 75 мг/сут., в связи с сохраняющимися болями в суставах дополнительно приняла 0,5 г аспирина и 0,5 г анальгина. Вечером появились боли в эпигастральной области, тошнота. После приема 0,08 г но-шпы боли в эпигастрии уменьшились, однако ночью отмечен обильный жидкий, черного цвета стул, головокружение, слабость. Доставлена в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой медицинской скорой помощи.

Объективно. Бледность кожных покровов, отечность межфаланговых и лучезапястных суставов, ограничение подвижности в этих суставах. Атрофия межкостных мышц. Ульнарная девиация. Пульс 104 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации напряжен в эпигастрии. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина – Блюмберга – отрицательные. Стул жидкий, черного цвета. Резко положительная реакция кала на кровь.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 86 г/л; эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; ЦП – 0,8; тромбоциты –  $160 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $4,5 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула крови не изменена; СОЭ – 36 мм/ч; гематокрит – 30 %.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л; альбумины – 45 % (N 46,9–61,4 %); глобулины:  $\alpha_1$  – 4 % (N 2,2–4,2 %);  $\alpha_2$  – 11 % (N 7,9–10,9 %);  $\beta$  – 11 % (N 10,2–18,3 %);  $\gamma$  – 29 % (N 17,6–25,4 %).

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор – 1 : 1280. АЦЦП ++. АТ к ДНК отрицательны, АТ к Sm отрицательны.

#### Задача 5

Мужчина, 33 года, преподаватель. Жалобы на резкую слабость во всех группах мышц, затрудненное глотание, осиплость голоса, похудение.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро 3 месяца назад, когда внезапно возникла однократная рвота после приема пищи, повысилась температура тела до субфебрильных цифр. На следующий день появились боли в мышцах конечностей, которые постепенно нарастали в течение месяца, присоединилась мышечная слабость. Еще через две недели появились эритематозные высыпания на лице, груди, над мелкими суставами кистей. Сохранялся субфебрилитет. При обследовании в инфекционной больнице данных о каком-либо инфекционном заболевании не было получено. За время пребывания в больнице появились дисфагия, дисфония, диффузная гиперемия лица и «зоны декольте», параорбитальная эритема и отек, тетрапарез. Переведен в клинику нервных болезней, где выявили признаки бульбарного синдрома. Сохранялись эпизоды лихорадки. Появилась дисфония, дисфагия, гиперемия над областью суставов, прогрессировала слабость во всех группах мышц, наиболее выраженная в проксимальных отделах, слабость мышц шеи. Похудел на 10 кг.

Объективно. Отмечается атрофия мышц плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд./мин, АД 130/80 мм рт. ст. Отмечалась болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпировались.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 130 г/л; лейкоциты –  $15 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы – 8 %, с/я нейтрофилы – 69 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 1 %; тромбоциты –  $238 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; альбумины – 50 % (N 46,9–61,4 %), глобулины:  $\alpha_1$  – 4,5 % (N 2,2–4,2 %);  $\alpha_2$  – 10,3 % (N 7,9–10,9 %);  $\beta$  – 12,2 % (N 10,2–18,3 %);  $\gamma$  – 23,8 % (N 17,6–25,4 %); АсАТ – 400 U/L (N = 8–33 U/L); АлАТ – 245 U/L (N = 4–36 U/L); КФК – 11460 U/L (N до 200 U/L).

Иммунологическое исследование крови: СРБ +; IgA – 1,5 г/л (N 0,9–4,5 г/л); IgG – 13,0 г/л (N 8–18 г/л); IgM – 2,02 г/л (N 0,6–2,8 г/л).

ОАМ: отн. плотность 1021; лейкоциты – ед. в п/зр, эритроцитов нет.

ЭКГ: ритм синусовый 90 уд./мин.

Биопсия мышцы плеча: в биоптате отдельные мышечные волокна, набухшие, гомогенизированные, в межмышечной соединительной ткани небольшие лимфоплазмочитарные инфильтраты.

#### Задача 6

Женщина, 29 лет, учитель музыки. Жалобы на боли в межфаланговых, локтевых и коленных суставах, лихорадку, слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение четырех месяцев страдает заболеванием суставов с преимущественным поражением межфаланговых, локтевых и коленных суставов, повышением температуры тела до 39 °С. На фоне лечения ортофеном и антигистаминными препаратами температура снизилась до

субфебрильных цифр, однако сохраняются артралгии, появились красные шелушащиеся высыпания на щеках и спинке носа, одутловатость лица, тянущие боли в поясничной области. Отмечает боли в мышцах и выраженную мышечную слабость.

**Объективно.** При осмотре отмечается бледность кожного покрова, сухость кожи, эритематозные высыпания на лице в виде «бабочки», отеки под глазами, незначительная отечность межфаланговых и лучезапястных суставов. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, II тон над аортой ослаблен, диастолический шум в точке Боткина-Эрба. ЧСС 96 в мин. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

**Лабораторно-инструментальные исследования:**

ОАК: эритроциты  $2,5 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 76 г/л; лейкоциты –  $3,9 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы – 46 %, лимфоциты – 44 %, моноциты – 8 %; СОЭ – 65 мм/час.

ОАМ: белок – 2,5 %; эритроциты – 4–5 в п/зр.; лейкоциты – 6–7 в п/зр.; цилиндры гиалиновые – 3–4 в п/зр.

Иммунологическое исследование крови: LE-клеточный феномен. Акомплементемия. IgA – 4/2 г/л (N = 0,9–4,5 г/л); IgM – 5,9 г/л (N = 8–18 г/л); IgG – 58,8 г/л (N = 0,6–2,8 г/л). АТ к ДНК 1:256, АТ к Sm 1 : 128, АТ к Jo1 отрицательны. РФ «↔», криоглобулин ++, АЦЦП «↔», АТ к ДНК 1:20, АТ к Sm 1:32, АТ к Jo1 «↔».

### 3.2.4. Модуль «Болезни эндокринной системы»

#### Задача 1

Женщина, 58 лет. Жалобы на жажду, жидкости выпивает до 3 литров в сутки, частое мочеиспускание, зуд промежности, слабость, головокружение, головную боль, прогрессирующее снижение зрения.

**Из анамнеза заболевания.** Жалобы на головные боли и жажду больше 5 лет. В течение последних 4 лет состоит на учете у эндокринолога, наблюдается нерегулярно, лечение не принимает. Ухудшение состояния в течение месяца на фоне стрессового состояния.

**Из анамнеза жизни.** Роды одни, ребенок весом при рождении 4,5 кг. Менопауза 10 лет.

**Объективно.** Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 120 кг, вес 158 см. Кожный покров обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Периферических отеков нет.

**Лабораторно-инструментальные исследования:**

ОАК: Hb – 136 г/л; лейкоциты –  $6,7 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 24 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1020, кислая; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр; сахар «+».

Биохимическое исследование крови: АсАТ – 16 U/L (8–33 U/L); АлАТ – 16 U/L (4–36 U/L); глюкоза – 10,3 ммоль/л; креатинин – 84 ммоль/л; мочевины – 6,3 ммоль/л; общий белок – 69 г/л; общий холестерин – 8,1 ммоль/л; триглицериды – 2,93 ммоль/л.

Гликированный Hb: 9,4 % (норма до 6 %).

С-пептид: 1,4 нг/мл (норма 1,1–4,4).

#### Задача 2

Девушка, 19 лет, студентка. Жалобы на резкую слабость, тошноту, рвоту пищей, боли в животе острого характера, жажду.

**Из анамнеза заболевания.** Считает себя больной около месяца, когда появилась немотивированная слабость, жажда, снижение аппетита, за месяц похудела на 7 кг. Последнее ухудшение в течение суток, когда возникли жалобы на общую слабость, многократную рвоту.

**Из анамнеза жизни.** Наследственность не отягощена.

**Объективно.** Состояние тяжелое. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Оглушенность. Язык сухой, обложен. Кожа сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный ЧСС 96 в мин. АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Губергрица, при пальпации боль иррадирует в левое подреберье.

**Лабораторно-инструментальные исследования:**

ОАК: лейкоциты –  $9,6 \times 10^9/л$ ; эозинофилы – 2 %; палочкоядерные нейтрофилы – 0 %; сегментоядерные нейтрофилы – 66 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 12 %.

ОАМ: удельный вес – 1032; белок – 0,033 г/л; ацетон «++++»; глюкоза «+», эпителий – ед. в п/зр; сахар «+»

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 20 ммоль/л; АсАТ – 30 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 42 Ед/л (N 0–45 Ед/л); мочевины – 7,5 ммоль/л; креатинин – 100 мкмоль/л.

С-пептид : 0,3 нг/мл (норма 1,1–4,4). Ацетон мочи «++++».

### Задача 3

Женщина, 46 лет. Жалобы на приступы головной боли, сопровождающиеся стеснением в груди, удушьем, сердцебиением, дрожью, сухостью во рту, потливостью, рвотой.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной 3 года, когда стали беспокоить вышеописанные жалобы. Приступы возникают 3–4 раза в месяц после физической нагрузки и без определенной причины, длятся по 3–5 минут, проходят самостоятельно. Во время приступа АД повышается до 150–170/95–100 мм рт. ст. После приступа отмечает обильное мочеиспускание. В межприступный период отмечаются непостоянные головные боли, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена. Менструация с 15 лет, регулярно. Беременность – 3, роды – 2, аборты – 1.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологичной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 82 в мин. Пульс 82 уд./мин, АД 150/95 мм рт. ст. Во время обследования (пальпация живота) внезапно появилась одышка, сухой кашель, пульсирующая головная боль, стеснение в груди, гиперемия кожного покрова, потливость, пульс 136 уд./мин, АД 230/125 мм рт. ст. Через 7–10 минут самочувствие улучшилось, пульс 100 уд./мин, АД 170/105 мм рт. ст., познабливание, через 15–20 минут – обильный диурез.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 130 г/л; лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1019; белок не обнаружен, глюкоза – следы.

Биохимическое исследование крови: Глюкоза крови (натощак) – 7,0 ммоль/л. Глюкоза крови (после криза) – 7,3 ммоль/л.

Ванилилминдальная кислота в моче 50 мкмоль/сутки (норма до 35 мкмоль/сутки). Адреналин мочи 85 нмоль/сут (норма 0–70 нмоль/сут), норадреналин мочи 230 нмоль/сут (норма 0–190 нмоль/сут).

### Задача 4

Мужчина, 43 года, программист. Жалобы на отечность голеней, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен сахарным диабетом в течение 15 лет. Заболевание началось остро с кетоацидотической комы. В течение 7 лет беспокоит прогрессирующее снижение зрения. В течение последнего года появилась отечность голеней. Получает лечение: 40 ед. инсулина в сутки однократно перед завтраком.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Пастозное лицо, массивные отеки на голенях. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 87 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: 14; 12; 9 см.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,8 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 142 г/л; лейкоциты –  $8,2 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, п/я нейтрофилы – 2 %, с/я нейтрофилы – 73 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 5 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л; альбумин – 25 г/л; холестерин – 8,6 ммоль/л; креатинин – 150 мкмоль/л;

ОАМ: уд. вес 1035; белок – 6,0 г/л; лейкоциты – 3–4 в п/зр; эритроциты – 1–2 в п/зр; цилиндры гиал. – 4–5 в п/зр.; сахар – 2,5 %; ацетон отрицательный.

Проба Реберга: клубковая фильтрация 59 мл/мин; канальцевая реабсорбция – 97 %.

Гликемический профиль: 8.00 – 8,1 ммоль/л; 11.00 – 7,9 ммоль/л; 14.00 – 11,6 ммоль/л; 17.00 – 3,2 ммоль/л; 20.00 – 11,8 ммоль/л.

### Задача 5

Женщина, 42 года, цветовод. Жалобы на прибавку в весе на 12 кг за год, слабость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожного покрова, боли в области сердца, парестезии, судороги в кистях и ногах при физической работе на даче.

Из анамнеза заболевания. Операция струмэктомии по поводу диффузного токсического зоба год назад.

Объективно. Пастозное лицо, отеки век, кожа сухая, гиперкератоз в области локтей. Язык обложен, с отпечатками зубов. В области шеи послеоперационный рубец. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Пульс 66 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. АД 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; Hb – 132 г/л; лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: уд. вес 1019; белок отрицательный, лейкоциты – 1–2 в п/зр., эритроциты – 0–1 в п/зр.

ТТГ – 5,8 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0); Т<sub>4</sub> своб – 6,5 пмоль/л (норма 12–22); Са<sup>+</sup> крови – 1,8 ммоль/л (2,2–2,75 ммоль/л).

ЭКГ: зубец Т на изолинии и слабо отрицательный в V<sub>3</sub>–V<sub>6</sub>.

### Задача 6

Женщина, 43 года, домохозяйка. Жалобы на слабость, сонливость, зябкость, головную боль, запоры, боли в области сердца давящего характера, иногда интенсивные, не связанные с физической нагрузкой.

Из анамнеза заболевания. Прибавила в весе за 2 года 7 кг. Последние три месяца отсутствуют менструации. Лечилась у терапевта по поводу анемии, хронического колита, без эффекта.

Объективно. Рост 164 см. Вес 72 кг. Кожа бледная, сухая. Небольшая пастозность век. Щитовидная железа диффузно увеличена до второй степени, плотная, неоднородная, безболезненная. Пульс 65 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст., границы сердца не изменены. Тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 92 г/л; лейкоциты –  $6,0 \times 10^9$ /л.

ТТГ – 5,6 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т<sub>4</sub> своб – 7,1 пмоль/л (норма 12–22), антитела к тиреопероксидазе – 48 МЕ/мл (до 35 МЕ/мл), антитела к тиреоглобулину – 56 МЕ/мл (до 40 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: диффузное снижение эхогенности ткани.

### Задача 7

Женщина, 27 лет, менеджер. Жалобы на слабость, потливость, сердцебиение, умеренную одышку при быстрой ходьбе, нарушение сна, плаксивость, раздражительность, похудание при сохраненном аппетите.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около 7 месяцев, когда после стресса появилась потливость, сердцебиение, в течение последнего месяца беспокоит одышка при ходьбе.

Объективно. Больная возбуждена. Кожа горячая, влажная. Отмечается общая дрожь. Двусторонний экзофтальм. Положительные симптомы Штельвага, Греффе, Мебиуса. В легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, аритмичные. Систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 130 в мин. Пульс 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 2 степени, уплотнена, безболезненная, однородна, смещаемая.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 115 г/л; эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $4,6 \times 10^9$ /л;  
СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холестерин – 2,5 ммоль/л.

ТТГ 0,05 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т<sub>4</sub> своб – 28,1 пмоль/л (норма 12–22).

УЗИ щитовидной железы: общий объем – 28, неоднородная эхоструктура.

### 3.2.5. Модуль «Поликлиническая терапия»

Применяются ситуационные задачи разделов ФОС 1.2 и 3.2. В каждой задаче меняется условие: каждая клиническая ситуация происходит и оценивается на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

### 3.2.6. Модуль «Геронтология и гериатрия»

Применяются ситуационные задачи разделов ФОС 1.2 и 3.2. В каждой задаче меняется условие: каждая клиническая ситуация происходит и оценивается для пациентов геронтологического профиля.

## 4. Этап проведение промежуточной аттестации - экзамен:

### 4.1. Примерный билет для собеседования с ординаторами по модулям дисциплины терапия, пройденными во 2 семестре на первом году обучения.

Билеты составляются из списка вопросов фонда оценочных средств к практическим занятиям и ситуационных задач для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия 2 семестра, 1 года обучения.

Примерный билет:

## Билет 1

1. Реактивные артриты.
2. Заболевания опорно-двигательного аппарата у больных пожилого и старческого возраста (остеоартроз, остеопороз).
3. Решить ситуационную задачу.

### Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

*Терапия, 1 семестр*

Название дисциплины

Код, направление подготовки Терапия, 31.08.49

Направленность (профиль) Квалификация: врач-терапевт

Форма обучения очная

Кафедра-разработчик Внутренних болезней

Выпускающая кафедра Внутренних болезней

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 1. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ	А. Метилксантины Б. М-холинолитики В. $\beta_2$ -агонисты короткого действия Г. Ингаляционные глюкокортикостероиды	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 2. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:	А. любом остром коронарном синдроме Б. остром коронарном синдроме без подъема ST В. остром коронарном синдроме с подъемом ST Г. нестабильной стенокардии	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 3. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТСЯ	А. Рибавирином Б. Преднизолоном В. Панкреатином Г. Интерфероном	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 4. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С	А. Ректороманоскопии Б. Ректального пальцевого исследования В. Ирригографии Г. Фиброколоноскопии	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 5. УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧКИ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛОХАНОЧНО-ЧАШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, НЕРОВНЫЕ КОНТУРЫ	А. Гипоплазии почки Б. Туберкулеза почек В. Сморщенной почки Г. Опухоли почки	низкий	2,0

	МАЛЫХ ЧАШЕЧЕК, ОБЛИТЕРАЦИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 6. ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В ПОСТОЯННОМ КОНТАКТЕ С ПРОМЫШЛЕННЫМИ АЭРОЗОЛЯМИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРА.	А. Геморрагического Б. Атрофического В. Гранулематозного Г. Пролиферативного	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильные ответы</i> 7. АТРОВЕНТ ПРИ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТ ПО __ИНГАЛЯЦИИ__ РАЗА В ДЕНЬ. 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4	А. Правильные ответы 2 и 4 Б. Правильные ответы 3 и 2 В. Правильные ответы 2 и 2 Г. Правильные ответы 1 и 4	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 8. К ПРЕПАРАТАМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ 1. АНТИАГРЕГАНТЫ 2. НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ 3. ИНГИБИТОРЫ АПФ 4. В-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ 5. ДИУРЕТИКИ 6. СПИРОНОЛАКТОН 7. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ	А. Правильные ответы 1, 3, 4 и 6 Б. Правильные ответы 2, 6 и 7 В. Правильные ответы 3 и 4 Г. Правильные ответы 3, 5 и 7	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В САНАТОРИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	А. Выше первого функционального класса Б. Выше второго функционального класса, а при аневризме сердца – первого функционального класса В. Выше второго функционального класса и единичные предсердные экстрасистолы Г. Первого функционального класса и синусовая тахикардия	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 10. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ	А. Выше, чем в дневные часы Б. На 10-20% ниже, чем в дневные В. Снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями Г. По сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%	средний	5,0

УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 11. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ БОЛЬНОМУ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНО	А. Снижением активности симпатической нервной системы Б. Замедлением частоты сокращений желудочков В. Замедлением частоты фибрилляции предсердий Г. Восстановлением синусового ритма	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 12. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____, ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ _____. 1. ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ГАСТРИТА 2. БОЛЕЗНИ МЕНЕТРИЕ 3. АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА 4. ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ 5. ГКС 6. ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ 7. ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ 8. ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ 9. УДХК	А. Правильные ответы 1, 6 и 7 Б. Правильные ответы 2, 7 и 9 В. Правильные ответы 3, 5 и 6 Г. Правильные ответы 4 и 8	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 13. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТ	А. Статины Б. Бета-адреноблокаторы В. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента Г. Диуретики	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 14. _____ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО _____ ГАСТРИТА ПОКАЗАНЫ: 1. ДОСТАТОЧНО СБОРА ЖАЛОБ И АНАМНЕЗ 2. УЗИ ОБП; 3. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА (СОЖ); 4. ВЫЯВЛЕНИЕ НР; 5. ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС); 6. РН-МЕТРИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО.	А. Правильные ответы 1, и 4 Б. Правильные ответы 3, 4 и 5 В. Правильные ответы 2, 4 и 6 Г. Правильные ответы 1, 2 и 4	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 15. К _____ ПРЕПАРАТАМ, ОСЛАБЛЯЮЩИМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФАПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ: 1. КОРТИКОСТЕРОИДЫ. 2. АЛЛОПУРИНОЛ. 3. АДРЕНОМИМЕТИКИ. 4. БУТАДИОН.	А. Правильные ответы 1, 2 и 3 Б. Правильные ответы 1 и 3 В. Правильные ответы 2 и 4 Г. Правильный ответ 4	средний	5,0

	<b>5. ИНГИБИТОРЫ MAO.</b>			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>16. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИУРЕЗ И ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКАМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ</p> <p>1. ПИТАНИЕ С УВЕЛИЧЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ</p> <p>2. РЕГУЛЯРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ, ФРУКТОВ (КАБАЧКИ, АПЕЛЬСИНЫ, БАНАНЫ)</p> <p>3. МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ</p> <p>4. НАЛИЧИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА</p> <p>5. НАЛИЧИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>6. СТАРЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 4 и 6</p> <p>Б. Правильные ответы 4 и 5</p> <p>В. Правильные ответы 3, 5 и 6</p> <p>Г. Правильные ответы 1, 2 и 6</p>	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>17. НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ЭКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА И ДЛЯ ОСТРОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА:</p> <p>1. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА</p> <p>2. СУХОЙ КАШЕЛЬ</p> <p>3. ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</p> <p>4. ОДЫШКА</p> <p>5. ДИСФАГИЯ</p> <p>6. ОХРИПЛОСТЬ ГОЛОСА</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 4</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 4 и 5</p> <p>В. Правильные ответы 1, 4 и 6</p> <p>Г. Правильные ответы 2, 3 и 4</p>	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Сделайте заключение</i></p> <p>18. ПАЦИЕНТ 28 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ДИАРЕЮ И ВЫРАЖЕННУЮ ПОТЕРЮ МАССЫ ТЕЛА</p> <p>ИЗ АНАМНЕЗА: ПОЛГОДА НАЗАД ПОЯВИЛСЯ НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ, СИЛЬНОЕ УРЧАНИЕ В ЖИВОТЕ. ЗА 2 МЕСЯЦА ДО НАЧАЛА ДИАРЕИ ЛЕЧИЛСЯ ПО ПОВОДУ ПРОСТУДНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. ГОВОРИЛИ О БРОНХИТЕ. ЛЕЧЕНИЕ КАКИМИ-ТО ЛЕКАРСТВАМИ ПРОВОДИЛОСЬ НЕ МЕНЕЕ 2-Х НЕДЕЛЬ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА? КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗНАЧИТЬ?</p> <p>1. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА</p> <p>2. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА</p> <p>3. ЦЕЛИАКИЯ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 5 и 9</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 6 и 10</p> <p>В. Правильные ответы 3, 7 и 11</p> <p>Г. Правильные ответы 4, 8 и 12</p>	высокий	8,0

	<p>4. CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ</p> <p>5. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА, КАЛ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ, БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЕВ КАЛА НА ЭНТЕРОГРУППУ, КАЛ НА КАЛЬПРОТЕКТИН</p> <p>6. ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ С ЛАКТУЛОЗОЙ (ЕСЛИ ДОСТУПЕН); КАЛ НА ДИСБАКТЕРИОЗ (ВКЛЮЧАЕТ КАЛ НА УПФ)</p> <p>7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АНТИТЕЛ К ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛУТАМИНАЗЕ В КРОВИ (АТ К ТТГ) IGA</p> <p>8. ИФА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОКСИНОВ А И В CL.DIFFICILE В КАЛЕ, ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ</p> <p>9. ДИЕТОТЕРАПИЯ, РИФАКСИМИН, ПРОБИОТИКИ</p> <p>10. АНТИБИОТИК ИЛИ ЭНТЕРОСЕПТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ, ЗАТЕМ ПРОБИОТИК</p> <p>11. АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА</p> <p>12. МЕТРОНИДАЗОЛ 500 МГ 3 РАЗА В СУТКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 10 ДНЕЙ. ЕСЛИ К 5–7-МУ ДНЮ ТЕРАПИИ НЕТ УЛУЧШЕНИЯ, ПОКАЗАНА СМЕНА АНТИБИОТИКА НА ВАНКОМИЦИН В ДОЗЕ 125 МГ 4 РАЗА В СУТКИ НА 10 ДНЕЙ</p>			
<p>УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6</p>	<p><i>Сделайте заключение</i></p> <p>19. ПАЦИЕНТ 42 ЛЕТ, ПРОХОДИТ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ. ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. ИЗ АНАМНЕЗА: КАКИЕ-ЛИБО ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У СЕБЯ ОТРИЦАЕТ. РАБОТАЕТ МЕНЕДЖЕРОМ ПО УПРАВЛЕНИЮ ПЕРСОНАЛОМ. РАБОТА СВЯЗАНА С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ. НЕ КУРИТ. СТРЕСС СНИМАЕТ ВЕЧЕРОМ ОБИЛЬНЫМ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ ПИЩИ ЗА ПРОСМОТРОМ ТЕЛЕВИЗОРА. НЕ ОТРИЦАЕТ РЕГУЛЯРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: РОСТ 1,76 М, ВЕС 92 КГ, ОТ 106 СМ. КАКИХ-ЛИБО ПРИЗНАКОВ ДРУГОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА? КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗНАЧИТЬ?</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 5 и 9</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 6 и 10</p> <p>В. Правильные ответы 3, 7 и 11</p> <p>Г. Правильные ответы 4, 8 и 12</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>

	1. ОЖИРЕНИЕ 2. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 3. ПАГУБНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ 4. НАРУШЕННОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ 5. РАСЧЕТ ИМТ, БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ 6. ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПО КРИТЕРИЯМ 7. ТЕСТ RUS-AUDIT 8. КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГА И/ИЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА 9. РАЦИОНАЛЬНАЯ НИЗКОКАЛОРИЙНАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ И НОРМАЛИЗАЦИЯ РЕЖИМА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 10. МЕТФОРМИН 11. ОТКАЗ ОТ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ 12. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Дополните:</i> 20. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕНАЛЬНЫХ И/ИЛИ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ ДО _____ СУТОК И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ БЫСТРЫМ (ЧАСЫ-ДНИ) РАЗВИТИЕМ ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ.	А. Любых; 2-х Б. Токсических; 10-ти В. Экстраренальных; 7-ми Г. Экстраренальных; 7 – 10-ти	высокий	8,0

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине  
(с ключами для ответов):**

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 1. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ	А. Метилксантины Б. М-холинолитики В. b2-агонисты короткого действия <b>Г. Ингаляционные глюкокортикостероиды</b>	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 2. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:	А. любом остром коронарном синдроме Б. остром коронарном синдроме без подъема ST В. <b>остром коронарном синдроме с подъемом ST</b> Г. нестабильной	низкий	2,0

		стенокардии		
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 3. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТСЯ	А. Рибавирином <b>Б. Преднизолоном</b> В. Панкреатином Г. Интерфероном	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 4. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С	А. Ректороманоскопии <b>Б. Ректального пальцевого исследования</b> В. Ирригографии Г. Фиброколоноскопии	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 5. УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧКИ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛОХАНОЧНО-ЧАШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, НЕРОВНЫЕ КОНТУРЫ МАЛЫХ ЧАШЕЧЕК, ОБЛИТЕРАЦИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ	А. Гипоплазии почки Б. Туберкулеза почек <b>В. Сморщенной почки</b> Г. Опухоли почки	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 6. ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В ПОСТОЯННОМ КОНТАКТЕ С ПРОМЫШЛЕННЫМИ АЭРОЗОЛЯМИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРА.	А. Геморрагического <b>Б. Атрофического</b> В. Гранулематозного Г. Пролиферативного	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильные ответы</i> 7. АТРОВЕНТ ПРИ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТ ПО ИНГАЛЯЦИИ _____ РАЗА В ДЕНЬ. 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4	<b>А. Правильные ответы 2 и 4</b> Б. Правильные ответы 3 и 2 В. Правильные ответы 2 и 2 Г. Правильные ответы 1 и 4	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 8. К ПРЕПАРАТАМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ 1. АНТИАГРЕГАНТЫ 2. НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ 3. ИНГИБИТОРЫ АПФ 4. В-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ 5. ДИУРЕТИКИ 6. СПИРОНОЛАКТОН 7. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ	А. Правильные ответы 1, 3, 4 и 6 Б. Правильные ответы 2, 6 и 7 <b>В. Правильные ответы 3 и 4</b> Г. Правильные ответы 3, 5 и 7	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В САНАТОРИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	А. Выше первого функционального класса <b>Б. Выше второго функционального класса, а при аневризме сердца – первого функционального</b>	средний	5,0

		<p><b>класса</b>  В. Выше второго функционального класса и единичные предсердные экстрасистолы  Г. Первого функционального класса и синусовая тахикардия</p>		
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Укажите правильный ответ</i>  10. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ</p>	<p>А. Выше, чем в дневные часы  Б. На 10-20% ниже, чем в дневные  В. Снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями  <b>Г. По сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%</b></p>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  11. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ БОЛЬНОМУ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНО</p>	<p>А. Снижением активности симпатической нервной системы  <b>Б. Замедлением частоты сокращений желудочков</b>  В. Замедлением частоты фибрилляции предсердий  Г. Восстановлением синусового ритма</p>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  12. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____, ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ _____.</p> <p>1. ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ГАСТРИТА  2. БОЛЕЗНИ МЕНЕТРИЕ  3. АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА  4. ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ  5. ГКС  6. ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ  7. ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ  8. ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ  9. УДХК</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 6 и 7  Б. Правильные ответы 2, 7 и 9  В. Правильные ответы 3, 5 и 6  <b>Г. Правильные ответы 4 и 8</b></p>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  13. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТ</p>	<p>А. Статины  Б. Бета-адреноблокаторы  <b>В. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента</b>  Г. Диуретики</p>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  14. _____ ДЛЯ _____ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО _____ ГАСТРИТА ПОКАЗАНЫ:</p> <p>1. ДОСТАТОЧНО СБОРА ЖАЛОБ И</p>	<p>А. Правильные ответы 1, и 4  <b>Б. Правильные ответы 3, 4 и 5</b>  В. Правильные ответы 2,</p>	средний	5,0

	<p>АНАМНЕЗ  2. УЗИ ОБП;  3. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА (СОЖ);  4. ВЫЯВЛЕНИЕ НР;  5. ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС);  6. РН-МЕТРИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО.</p>	<p>4 и 6  Г. Правильные ответы 1, 2 и 4</p>		
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ</i>  15. К ПРЕПАРАТАМ, ОСЛАБЛЯЮЩИМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФАПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ:  1. КОРТИКОСТЕРОИДЫ.  2. АЛЛОПУРИНОЛ.  3. АДРЕНОМИМЕТИКИ.  4. БУТАДИОН.  5. ИНГИБИТОРЫ МАО.</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2 и 3  <b>Б. Правильные ответы 1 и 3</b>  В. Правильные ответы 2 и 4  Г. Правильный ответ 4</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i>  16. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИУРЕЗ И ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКАМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  1. ПИТАНИЕ С УВЕЛИЧЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ  2. РЕГУЛЯРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОВОЩЕЙ, ФРУКТОВ (КАБАЧКИ, АПЕЛЬСИНЫ, БАНАНЫ)  3. МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ  4. НАЛИЧИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА  5. НАЛИЧИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  6. СТАРЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 4 и 6  <b>Б. Правильные ответы 4 и 5</b>  В. Правильные ответы 3, 5 и 6  Г. Правильные ответы 1, 2 и 6</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i>  17. НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ЭКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА И ДЛЯ ОСТРОГО ЭКСУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА:  1. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА  2. СУХОЙ КАШЕЛЬ  3. ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ  4. ОДЫШКА  5. ДИСФАГИЯ  6. ОХРИПЛСТЬ ГОЛОСА</p>	<p><b>А. Правильные ответы 1, 3 и 4</b>  Б. Правильные ответы 2, 4 и 5  В. Правильные ответы 1, 4 и 6  Г. Правильные ответы 2, 3 и 4</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2</p>	<p><i>Сделайте заключение</i>  18. ПАЦИЕНТ 28 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ДИАРЕЮ И</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 5 и 9  <b>Б. Правильные ответы</b></p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>

<p>ПК-5 ПК-6</p>	<p>ВЫРАЖЕННУЮ ПОТЕРЮ МАССЫ ТЕЛА ИЗ АНАМНЕЗА: ПОЛГОДА НАЗАД ПОЯВИЛСЯ НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ, СИЛЬНОЕ УРЧАНИЕ В ЖИВОТЕ. ЗА 2 МЕСЯЦА ДО НАЧАЛА ДИАРЕИ ЛЕЧИЛСЯ ПО ПОВОДУ ПРОСТУДНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. ГОВОРИЛИ О БРОНХИТЕ. ЛЕЧЕНИЕ КАКИМИ-ТО ЛЕКАРСТВАМИ ПРОВОДИЛОСЬ НЕ МЕНЕЕ 2-Х НЕДЕЛЬ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА? КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗНАЧИТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА</li> <li>2. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА</li> <li>3. ЦЕЛИАКИЯ</li> <li>4. CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ</li> <li>5. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА, КАЛ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ, БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЕВ КАЛА НА ЭНТЕРОГРУППУ, КАЛ НА КАЛЬПРОТЕКТИН</li> <li>6. ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ С ЛАКТУЛОЗОЙ (ЕСЛИ ДОСТУПЕН); КАЛ НА ДИСБАКТЕРИОЗ (ВКЛЮЧАЕТ КАЛ НА УПФ)</li> <li>7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АНТИТЕЛ К ТКАНЕВОЙ ТРАНСГЛУТАМИНАЗЕ В КРОВИ (АТ К TTG) IGA</li> <li>8. ИФА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОКСИНОВ A И B CL.DIFFICILE В КАЛЕ, ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ</li> <li>9. ДИЕТОТЕРАПИЯ, РИФАКСИМИН, ПРОБИОТИКИ</li> <li>10. АНТИБИОТИК ИЛИ ЭНТЕРОСЕПТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ, ЗАТЕМ ПРОБИОТИК</li> <li>11. АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА</li> <li>12. МЕТРОНИДАЗОЛ 500 МГ 3 РАЗА В СУТКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 10 ДНЕЙ. ЕСЛИ К 5–7-МУ ДНЮ ТЕРАПИИ НЕТ УЛУЧШЕНИЯ, ПОКАЗАНА СМЕНА АНТИБИОТИКА НА ВАНКОМИЦИН В ДОЗЕ 125 МГ 4 РАЗА В СУТКИ НА 10 ДНЕЙ</li> </ol>	<p><b>2, 6 и 10</b> В. Правильные ответы 3, 7 и 11 Г. Правильные ответы 4, 8 и 12</p>		
<p>УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5</p>	<p><i>Сделайте заключение</i> 19. ПАЦИЕНТ 42 ЛЕТ, ПРОХОДИТ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ. ЖАЛОБ НЕ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 5 и 9 Б. Правильные ответы 2, 6 и 10</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>

ПК-6	<p>ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. ИЗ АНАМНЕЗА: КАКИЕ-ЛИБО ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У СЕБЯ ОТРИЦАЕТ. РАБОТАЕТ МЕНЕДЖЕРОМ ПО УПРАВЛЕНИЮ ПЕРСОНАЛОМ. РАБОТА СВЯЗАНА С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ. НЕ КУРИТ. СТРЕСС СНИМАЕТ ВЕЧЕРОМ ОБИЛЬНЫМ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ ПИЩИ ЗА ПРОСМОТРОМ ТЕЛЕВИЗОРА. НЕ ОТРИЦАЕТ РЕГУЛЯРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: РОСТ 1,76 М, ВЕС 92 КГ, ОТ 106 СМ. КАКИХ-ЛИБО ПРИЗНАКОВ ДРУГОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА? КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗНАЧИТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ОЖИРЕНИЕ</li> <li>2. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ</li> <li>3. ПАГУБНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ</li> <li>4. НАРУШЕННОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ</li> <li>5. РАСЧЕТ ИМТ, БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ</li> <li>6. ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПО КРИТЕРИЯМ</li> <li>7. ТЕСТ RUS-AUDIT</li> <li>8. КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГА И/ИЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА</li> <li>9. РАЦИОНАЛЬНАЯ НИЗКОКАЛОРИЙНАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ И НОРМАЛИЗАЦИЯ РЕЖИМА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ</li> <li>10. МЕТФОРМИН</li> <li>11. ОТКАЗ ОТ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ</li> <li>12. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ</li> </ol>	<p>В. Правильные ответы 3, 7 и 11</p> <p><b>Г. Правильные ответы 4, 8 и 12</b></p>		
<p>УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6</p>	<p><i>Дополните:</i></p> <p>20. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕНАЛЬНЫХ И/ИЛИ _____ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ ДО _____ СУТОК И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ БЫСТРЫМ _____ (ЧАСЫ-ДНИ)</p>	<p>А. Любых; 2-х</p> <p>Б. Токсических; 10-ти</p> <p><b>В. Экстраренальных; 7-ми</b></p> <p>Г. Экстраренальных; 7 – 10-ти</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>

РАЗВИТИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ.	ПРИЗНАКОВ ИЛИ ПОЧЕК СТЕПЕНИ			
--	--------------------------------------	--	--	--

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:**

*Терапия, 2 семестр*

*Название дисциплины*

Код, Терапия, 31.08.49  
направление подготовки

Направленность Квалификация: врач-терапевт  
(профиль)

Форма обучения очная

Кафедра-разработчик Внутренних болезней

Выпускающая кафедра Внутренних болезней

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 1. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:	А. Повышение ОЖСС Б. Наличие мишеневидных эритроцитов В. Снижение ОЖСС Г. Микросфероцитоз	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 2. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2, ЯВЛЯЕТСЯ	А. Кетопрофен Б. Ибупрофен В. Ацетилсалициловая кислота Г. Целекоксиб	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 3. ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ	А. Цианокобаламин Б. Гепарин В. Преднизолон Г. Метилдопа	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 4. НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):	А. натощак < 6,7 через 2 часа ≥ 7,8 и < 11,1. Б. натощак < 6,0 через 2 часа ≥ 6,1 и < 7,0. В. натощак < 6,1 через 2 часа ≥ 7,2 и < 11,1. Г. натощак < 6,1 через 2 часа ≥ 7,8 и < 11,1.	низкий	2,0
УК-1 ПК-1	Укажите один правильный ответ	А. < 5,8 и > 6,0. Б. < 5,5 и > 6,2.	низкий	2,0

ПК-2 ПК-5 ПК-6	5. НАРУШЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):	В. > 6,0 и < 7,0. Г. > 5,6 и < 6,1.		
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>правильный ответ</i> 6. СТЕПЕНЬ РЕГЕНЕРАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ:	А. Тромбоцитов Б. Эритроцитов В. Ретикулоцитов Г. Моноцитов	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>все правильные ответы</i> 7. С ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ____ В ____ ДОЗЕ.	А. Калия иодида; профилактической Б. Калия иодида; терапевтической В. Левотироксина; заместительной Г. Левотироксина; супрессивной	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>все правильные ответы</i> 8. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР, БОЛИ В ЖИВОТЕ, УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ	А. В12-дефицитной Б. Гемолитической В. Фолиеводефицитной Г. Железодефицитной	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>все правильные ответы</i> 9. НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ:	А. Базального инсулина и метформина Б. Глимепирида и алоглиптина В. Гликлазида МВ и натеглинида Г. Метформина и иНГЛТ-2	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>все правильные ответы</i> 10. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИ ИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ НАЗНАЧАЮТ ВНУТРЬ В ДОЗЕ (МГ/КГ В СУТКИ):	А. 5-6 Б. 1-2 В. 3-4 Г. 0,5-1	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите <i>все правильные ответы</i> 11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ	А. Неконкурентная блокада локальных H1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие	средний	5,0

	<p>ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН, ФЕКСОФЕНАДИН) ЯВЛЯЕТСЯ</p>	<p>Б. Обратимое связывание с Н1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие  В. выраженное сродство к Н1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина-8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания; кардиотоксическое действие  Г. Длительная блокада Н1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэкссудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов</p>		
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  12. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:  1. Анальгетиками  2. Антибиотиками  3. Антикоагулянтами  4. Дипиридамолом  5. Диуретиками  6. Сульфаниламидными препаратами  7. Цитостатиками</p>	<p>А. 2 и 7  Б. 1 и 6  В. 3 и 5  Г. 4</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  13. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p>А. Пангипопитуитаризм  Б. Аутоиммунный адреналит  В. Аденолейкодистрофия  Г. Туберкулез</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-5  ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i>  14. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ:  1. ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.  2. АПАТИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ.  3. НАЛИЧИЕМ «МАСОК» ТИРЕОТОКСИКОЗА.  4. МАНИФЕСТАЦИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА.</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2 и 3  Б. Правильные ответы 1 и 3  В. Правильные ответы 2 и 4  Г. Правильные ответы 1,2,3,4 и 5.</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>

	5. МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ.			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ</i> 15.К ПРЕПАРАТАМ, ОСЛАБЛЯЮЩИМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФАПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ: 1. КОРТИКОСТЕРОИДЫ 2. АЛЛОПУРИНОЛ 3. ААДРЕНОМИМЕТИКИ 4. ГУТАДИОН 5. ИНГИБИТОРЫ МАО	А. Правильные ответы 1, 2 и 3 Б. Правильные ответы 1 и 3 В. Правильные ответы 2 и 4 Г. Правильные ответы 1,2,3,4 и 5.	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 16. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА? 1. Т4 – в норме 2. Т4 – снижен 3. Т4 – повышен 4. ТТГ - в норме 5. ТТГ – снижен 6. ТТГ - повышен	А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 3 и 6 В. Правильные ответы 2 и 4 Г. Правильные ответы 2 и 6	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 17. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. Кожа 2. Суставы 3. Легкие 4. Сердце 5. Пищеварительный тракт 6. Почки 7. Головной мозг 8. Органы зрения 9. Слуховой аппарат 10. Костный мозг	А. Правильные ответы 1, 3, 4, 5 и 6 Б. Правильные ответы 2, 4, 9 и 10 В. Правильные ответы 2, 6, 7 и 8 Г. Правильные ответы 3 и 5	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Сделайте заключение</i> 18. У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____ К КОНЦУ ___ НЕДЕЛИ ПРИ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ _____ 1. Эритроцитов 2. Гемоглобина 3. Гематокрита	А. Правильные ответы 1, 6 и 9 Б. Правильные ответы 2, 5 и 10 В. Правильные ответы 3, 7 и 11 Г. Правильные ответы 4, 5 и 10	высокий	8,0

	4. Ретикулоцитов 5. 1 недели 6. 2 недели 7. 4 недели 8. 8 недели 9. витамина С 10. железа 11. фолиевой кислоты			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Сделайте заключение</i> 19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. КИСТОВИДНЫЕ ПРОСВЕТЛЕНИЯ В ЭПИФИЗАХ 2. ОСТЕОФИТЫ 3. СУБХОНДРАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ 4. СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ 5. СУБХОНДРАЛЬНЫЙ ОСТЕОСКЛЕРОЗ 6. УЗУРЫ 7. ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗ 8. ЭРОЗИИ	А. Правильные ответы 3, 4, 6 и 8 Б. Правильные ответы 1, 2 и 8 В. Правильные ответы 1 и 2 Г. Правильные ответы 1, 2 4 и 5	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Дополните:</i> 20. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ _____%, ЗА ПОСЛЕДНИЕ _____МЕСЯЦЕВ. 1. 3,5 % 2. 5,5 % 3. 6,5 % 4. 8,5 % 5. 10 % 6. 3 МЕСЯЦА 7. 6 МЕСЯЦЕВ 8. 9 МЕСЯЦЕВ 9.12 МЕСЯЦЕВ 10. НЕСКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ	А. Правильные ответы 5 и 10 Б. Правильные ответы 2 и 7 В. Правильные ответы 3 и 7 Г. Правильные ответы 5 и 8	высокий	8,0

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине  
(с ключами для ответов):**

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 1. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:	А. <b>Повышение ОЖСС</b> Б. Наличие мишеневидных эритроцитов В. Снижение ОЖСС Г. Микросфероцитоз	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 2. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ	А. Кетопрофен Б. Ибупрофен В. Ацетилсалициловая кислота Г. <b>Целекоксиб</b>	низкий	2,0

	ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2, ЯВЛЯЕТСЯ			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 3. ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ	<b>А. Цианокобаламин</b> Б. Гепарин В. Преднизолон Г. Метилдопа	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 4. НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):	А. натощак < 6,7 через 2 часа=>7,8 и < 11,1. Б. натощак < 6,0 через 2 часа=>6,1 и < 7,0. В. натощак < 6,1 через 2 часа=>7,2 и < 11,1. <b>Г. натощак &lt; 6,1 через 2 часа=&gt;7,8 и &lt; 11,1.</b>	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите один правильный ответ 5. НАРУШЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):	А. < 5,8 и >6,0. Б. < 5,5 и >6,2. В. > 6,0 и < 7,0. <b>Г. &gt; 5,6 и &lt; 6,1.</b>	низкий	2,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите правильный ответ 6. СТЕПЕНЬ РЕГЕНЕРАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ:	А.Тромбоцитов Б. Эритроцитов <b>В. Ретикулоцитов</b> Г. Моноцитов	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите все правильные ответы 7. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ____ В ____ ДОЗЕ.	А. Калия иодида; профилактической Б. Калия иодида; терапевтической <b>В. Левотироксина; заместительной</b> Г. Левотироксина; супрессивной	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Укажите все правильные ответы 8. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР, БОЛИ В ЖИВОТЕ, УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ	А. В12-дефицитной <b>Б. Гемолитической</b> В. Фолиевоедефицитной Г. Железодефицитной	средний	5,0

УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 9. НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ:	А. Базального инсулина и метформина Б. Глимепирида и алоглиптина <b>В. Гликлазида МВ и натеглинида</b> Г. Метформина и иНГЛТ-2	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 10. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИ ИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ НАЗНАЧАЮТ ВНУТРЬ В ДОЗЕ (МГ/КГ В СУТКИ):	А. 5-6 <b>Б. 1-2</b> В. 3-4 Г. 0,5-1	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН, ФЕКСОФЕНАДИН) ЯВЛЯЕТСЯ	А. Неконкурентная блокада локальных Н1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие Б. Обратимое связывание с Н1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие В. выраженное сродство к Н1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина-8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания; кардиотоксическое действие <b>Г. Длительная блокада Н1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэкссудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов</b>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 12. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ: 1. Анальгетиками 2. Антибиотиками 3. Антикоагулянтами 4. Дипиридамом 5. Диуретиками	А. 2 и 7 <b>Б. 1 и 6</b> В. 3 и 5 Г. 4	средний	5,0

	6. Сульфаниламидными препаратами 7. Цитостатиками			
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 13. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:	А. Пангипопитуитаризм <b>Б. Аутоиммунный адреналит</b> В. Аденолейкодистрофия Г. Туберкулез	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 14. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ: 1. ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. 2. АПАТИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ. 3. НАЛИЧИЕМ «МАСОК» ТИРЕОТОКСИКОЗА. 4. МАНИФЕСТАЦИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА. 5. МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ.	А. Правильные ответы 1, 2 и 3 Б. Правильные ответы 1 и 3 В. Правильные ответы 2 и 4 <b>Г. Правильные ответы 1,2,3,4 и 5.</b>	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ</i> 15.К ПРЕПАРАТАМ, ОСЛАБЛЯЮЩИМ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФАПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ: 1. КОРТИКОСТЕРОИДЫ 2. АЛЛОПУРИНОЛ 3. ААДРЕНОМИМЕТИКИ 4. ГУТАДИОН 5. ИНГИБИТОРЫ MAO	А. Правильные ответы 1, 2 и 3 <b>Б. Правильные ответы 1 и 3</b> В. Правильные ответы 2 и 4 Г. Правильные ответы 1,2,3,4 и 5.	средний	5,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 16. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА? 1. Т4 – в норме 2. Т4 – снижен 3. Т4 – повышен 4. ТТГ - в норме 5. ТТГ – снижен 6. ТТГ - повышен	А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 3 и 6 В. Правильные ответы 2 и 4 <b>Г. Правильные ответы 2 и 6</b>	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 17.	<b>А. Правильные ответы 1, 3, 4, 5 и 6</b> Б. Правильные ответы 2,	высокий	8,0

ПК-5 ПК-6	ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. Кожа 2. Суставы 3. Легкие 4. Сердце 5. Пищеварительный тракт 6. Почки 7. Головной мозг 8. Органы зрения 9. Слуховой аппарат 10. Костный мозг	4, 9 и 10 В. Правильные ответы 2, 6, 7 и 8 Г. Правильные ответы 3 и 5		
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Сделайте заключение</i> 18. У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____ К КОНЦУ ___ НЕДЕЛИ ПРИ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ _____ 1. Эритроцитов 2. Гемоглобина 3. Гематокрита 4. Ретикулоцитов 5. 1 недели 6. 2 недели 7. 4 недели 8. 8 недели 9. витамина С 10. железа 11. фолиевой кислоты	А. Правильные ответы 1, 6 и 9 Б. Правильные ответы 2, 5 и 10 В. Правильные ответы 3, 7 и 11 <b>Г. Правильные ответы 4, 5 и 10</b>	высокий	8,0
УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	<i>Сделайте заключение</i> 19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. КИСТОВИДНЫЕ ПРОСВЕТЛЕНИЯ В ЭПИФИЗАХ 2. ОСТЕОФИТЫ 3. СУБХОНДРАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ 4. СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ 5. СУБХОНДРАЛЬНЫЙ ОСТЕОСКЛЕРОЗ 6. УЗУРЫ 7. ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗ 8. ЭРОЗИИ	А. Правильные ответы 3, 4, 6 и 8 Б. Правильные ответы 1, 2 и 8 В. Правильные ответы 1 и 2 <b>Г. Правильные ответы 1, 2 4 и 5</b>	высокий	8,0

<p>УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6</p>	<p><i>Дополните:</i> 20. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ ____%, ЗА ПОСЛЕДНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ. 1. 3,5 % 2. 5,5 % 3. 6,5 % 4. 8,5 % 5. 10 % 6. 3 МЕСЯЦА 7. 6 МЕСЯЦЕВ 8. 9 МЕСЯЦЕВ 9. 12 МЕСЯЦЕВ 10. НЕСКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ</p>	<p>А. Правильные ответы 5 и 10 Б. Правильные ответы 2 и 7 <b>В. Правильные ответы 3 и 7</b> Г. Правильные ответы 5 и 8</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
---	--	--	----------------	------------