

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"



**Ошибки и трудности диагностики
терапевтических болезней**
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Патофизиологии и общей патологии**
Учебный план о310807-Патанат-21-1.plx
Специальность: Патологическая анатомия
Квалификация **Врач-патологоанатом**
Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 48
самостоятельная работа 60


Виды контроля в семестрах:
зачеты 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
	Неделя 16			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	44	44	44	44
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	60	60	60	60
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н. профессор Наумова Л.А.



Рабочая программа дисциплины

Ошибки и трудности диагностики терапевтических болезней

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.07 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1049)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Патологическая анатомия

утвержденного учёным советом вуза от 17 июня 2021 г., протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Патофизиологии и общей патологии

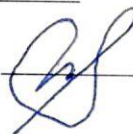
Протокол от 13 мая 2021 г. № 9

Зав. кафедрой, д.м.н. профессор Коваленко Л.В.



Утверждена на УМС МИ от 21 мая 2021 г. Протокол № 7

Председатель УМС, к.м.н. доцент Лопатская Ж.Н.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Изучение структуры и причин наиболее частых диагностических ошибок терапевтических болезней, путей их преодоления, основ дифференциального диагноза при важнейших заболеваниях человека. Формирование готовности к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; готовности к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; готовности к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	В ординатуру принимаются врачи, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия» в соответствии с положениями Приказа МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения». Обучение ведется с отрывом от основного места работы.
2.1.2	Дисциплина «Патологическая анатомия» находится в логической и содержательно-методической взаимосвязи с такими дисциплинами, как: «Химия», «Биохимия», «Биология», «Анатомия», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», «Гистология, эмбриология, цитология», «Патологическая физиология», «Клиническая патологическая физиология», «Внутренние болезни», «Хирургия», «Инфекционные болезни», «Фар-
2.1.3	Патология
2.1.4	Патофизиология
2.1.5	Основы гистологии и эмбриологии
2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Подготовка и сдача государственного экзамена
2.2.2	Государственная итоговая аттестация
2.2.3	Производственная (клиническая) практика
2.2.4	Клиническая фармакология
2.2.5	Общие вопросы онкологии
2.2.6	Производственная (клиническая) практика
2.2.7	Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
УК-3 - готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	
ПК-4 -готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
ПК-5 - готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов	

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1 Знать:	
3.1.1	основы медицинского законодательства и права; политику здравоохранения; медицинскую этику и деонтологию, психологию профессионального общения; методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;
3.1.2	общие закономерности развития и структурно-функциональные проявления общепатологических процессов и отдельных заболеваний;

3.1.3	морфогенетические потенции патологических процессов, изменений и отдельных заболеваний, их исходы и осложнения; закономерности системных поражений и сочетанной патологии;
3.1.4	структуру и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления;
3.1.5	важнейшие общепатологические процессы; клиническую симптоматику, пато- и морфогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых, принципы их диагностики и лечения; спектр современных диагностических возможностей; логику диагноза (диагностический алгоритм), основы дифференциального диагноза при важнейших заболеваниях человека.
3.2	Уметь:
3.2.1	систематизировать имеющуюся информацию о заболевании – жалобы, данные анамнеза, данные физикальных и дополнительных методов исследования, выделить ведущие симптомы и синдромы, определить характер патологического процесса, выйти на диагностическую гипотезу и ее доказательную базу, определить допущенные врачом диагностические ошибки;
3.2.2	дать заключение о ведущем патологическом процессе; представить и обосновать схему патогенеза патологического процесса (заболевания) в каждом конкретном случае; составить алгоритм диагностических мероприятий (дополнительные гистохимические окраски, ИГХ и др.);
3.2.3	анализировать (диагностировать) патологические процессы и отдельные заболевания на различных структурных уровнях – организменном, органном, тканевом, клеточном (световая микроскопия);
3.2.4	оценить характер морфологических изменений в динамике.
3.3	Владеть:
3.3.1	психологическими методиками профессионального общения; методиками самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;
3.3.2	основами системного анализа в патологии; обоснованной интерпретацией полученных результатов;
3.3.3	основами системного анализа в патологии; методикой оценки выявленных патологических изменений;
3.3.4	основами системного анализа в патологии; методикой оценки выявленных патологических изменений (в том числе - клинко-морфологических сопоставлений).

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1.						
1.1	1. Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления. /Лек/ (2 часа) 2. Логика диагноза. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней. /Лек/(2 часа)	2	4	УК-3 ПК-4 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	1. Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний, пути их преодоления. /Пр/ (8 часов) Логика диагноза. Диагностический алгоритм. Принципы дифференциального диагноза. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов	2	44	УК-3 ПК-4 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	текущий устный опрос, решение ситуационных задач, тестовые задания, защита рефератов

	исследований в диагностике внутренних болезней. /Пр/ (6 часов) 2. Трудности и ошибки в диагностике сердечно-сосудистой патологии. /Пр/ (6 часов) 3. Трудности и ошибки в диагностике болезней органов дыхания. /6 часов/ 4. Трудности и ошибки в диагностике болезней желудочно-кишечного тракта. /Пр/ (6 часов) 5. Трудности и ошибки в диагностике заболеваний печени, желчевыводящих путей и почек. /Пр/ (6 часов) 6. Трудности и ошибки в диагностике ревматических болезней. /Пр/ (6 часов)						
1.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср./	2	60	УК-3 ПК-4 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5	0	Подготовка к занятиям, написание реферата
1.4	/Зачёт/	2	0			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в Приложение 1

5.2. Темы письменных работ

Представлены в Приложение 1

5.3. Фонд оценочных средств

Представлен в Приложение 1

5.4. Перечень видов оценочных средств

Устный опрос, практические задачи, ситуационные задачи, тестовые задания, рефераты.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Мартынов А. И., Мухин Н. А., Моисеев В. С.	Внутренние болезни: учебник для вузов	М.: Гэотар-Медиа, 2005	1
Л1.2	Сумароков А. В., Моисеев В. С., Михайлов А. А., Касымов И. Ю.	Распознавание болезней сердца (трудности частного и дифференциального диагноза)	Ташкент: Медицина, 1970	1
Л1.3	Абдулхаков Р. А., Мухин Н. А., Моисеев В. С., Мартынов А. И.	Внутренние болезни: В 2 т.	М.: Гэотар-Медиа, 2009	0
Л1.4	Моисеев В. С., Мартынов А. И., Мухин Н. А.	Внутренние болезни: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия"	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	0

Л1.5	Стрюк Р.И., Маев И.В.	Внутренние болезни: Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060201.65 "Стоматология" по дисциплине "Внутренние болезни, клиническая фармакология".	Moscow: ГЭОТАР - Медиа, 2013, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425169.html	2
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Сумароков А. В., Моисеев В. С.	Болезни миокарда	М.: Медицина, 1978	4
Л2.2	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В.	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: руководство для врачей	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010	3
Л2.3	Мухин Н. А., Моисеев В. С.	Пропедевтика внутренних болезней: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2014	29
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Малишевский М. В.	Внутренние болезни: учебное пособие для студентов медицинских вузов	Ростов н/Д: Феникс, 2009	1
Л3.2	Малишевский М. В.	Внутренние болезни: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Медико-профилактическое дело" по дисциплине "Внутренние болезни"	Ростов-на-Дону: Феникс, 2012	15
Л3.3	Маколкин В. И., Сулимов В. А., Овчаренко С. И., Морозова Н. С.	Внутренние болезни: тесты и ситуационные задачи	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2014	3
Л3.4	Алипов Н. Н.	Основы медицинской физиологии: рекомендовано Федеральным государственным автономным учреждением "Федеральный институт развития образования" в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности "Ле-	Москва: Практика, 2016	50
Л3.5	Мышкина А. А.	Внутренние болезни: Учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2012, http://www.iprbookshop.ru/8234	1
Л3.6	Шамов И. А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно- издательский центр ИНФРА-М", 2016, http://znanium.com/go.php?id=545809	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Консультант студента			
Э2	Консультант студента			
Э3	Консультант студента			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office.			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	СПС «КонсультантПлюс» - www.consultant.ru/			
6.3.2.2	СПС «Гарант» - www.garant.ru/			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 224, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт.</p> <p>Количество посадочных мест - 48</p> <p>Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Учебная аудитория № 531 для проведения занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная (меловая) доска, интерактивный класс патологии «Вирхов»; переносной проектор Epson (1 шт); ноутбук Lenovo (1 шт); микроскопы Zeiss PrimoStar (9 шт); микропрепараты (МиП) 182 шт.</p> <p>Количество посадочных мест - 20 (14 (с микроскопами), 6 (интерактивные столы).</p> <p>Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p>
-----	--

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Приложение к рабочей программе по дисциплине

Ошибки и трудности диагностики терапевтических болезней

Специальность:

31.08.07 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - патологоанатом

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры патофизиологии и общей патологии «13» мая 2021 года, протокол № 9

Заведующий кафедрой  д.м.н. профессор Коваленко Л.В.
(ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.)

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция УК-3

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - основы медицинского законодательства и права; - политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию. - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой. 	<ul style="list-style-type: none"> - осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучения работников; - использовать в работе нормативные документы, регулирующие вопросы организации здравоохранения различного уровня. 	<ul style="list-style-type: none"> - психологическими методиками профессионального общения; - методиками самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой.

Компетенция ПК-4

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - общие закономерности развития и структурно-функциональные проявления общепатологических процессов и отдельных заболеваний; - закономерности системных поражений и сочетанной патологии. 	<ul style="list-style-type: none"> - дать заключение о ведущем патологическом процессе; - представить и обосновать схему патогенеза патологического процесса (заболевания) в каждом конкретном случае; - составить алгоритм диагностических мероприятий (дополнительные гистохимические окраски, ИГХ и др.). 	<ul style="list-style-type: none"> - основами системного анализа в патологии; - обоснованной интерпретацией полученных результатов.

Компетенция ПК-5

готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - морфогенетические потенции патологических процессов, изменений и отдельных заболеваний, их исходы и 	<ul style="list-style-type: none"> - анализировать (диагностировать) патологические процессы и отдельные заболевания на раз- 	<ul style="list-style-type: none"> - основами системного анализа в патологии; - методикой

осложнения; - закономерности системных поражений и сочетанной патологии.	личных структурных уровнях – организменном, органном, тканевом, клеточном (световая микроскопия); - оценить характер морфологических изменений в динамике.	оценки выявленных патологических изменений.
---	---	---

I Этап: Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	Оценки «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля. Оценка «отлично» и «хорошо» за выполнение реферата положительно влияет на итоговую оценку по дисциплине.
Не аттестован	Оценки «не аттестован» заслуживает обучающийся имеющий задолженность по тому или иному виду контроля (не получивший оценки зачтено за выполнение тестового задания)

II. Этап: Проведение промежуточной аттестации

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	-основы медицинского законодательства и права; - политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию; - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; общие закономерности развития и структурно-функциональные проявления общепатологических процессов и отдельных заболеваний; - морфогенетические потенции патологических процессов, изменений и отдельных заболеваний, их исходы и осложнения; - закономерности системных поражений и сочетанной па-	Зачтено	Твердые и достаточно полные знания контролируемого объема материала, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов и феноменов, последовательные, правильные конкретные ответы на поставленные вопросы при свободном устранении замечаний по отдельным вопросам. При ответах демонстрируется знание широкого спектра литературы.
		Не зачтено	Неправильный ответ на один из основных вопросов, грубые ошибки в ответах, отражающие непонимание сущности контролируемого объема материала, неуверенные и неточные ответы на дополнительные вопросы

	тологии;		
Умеет	<p>осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучения работников;</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать в работе нормативные документы, регулирующие вопросы организации здравоохранения различного уровня; - дать заключение о ведущем патологическом процессе; - представить и обосновать схему патогенеза патологического процесса (заболевания) в каждом конкретном случае; - составить алгоритм диагностических мероприятий (дополнительные гистохимические окраски, ИГХ и др.); - анализировать (диагностировать) патологические процессы и отдельные заболевания на различных структурных уровнях – организменном, органном, тканевом, клеточном (световая микроскопия); - оценить характер морфологических изменений в динамике. 	Зачтено	Твердые и достаточно полные знания контролируемого объема материала, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов и феноменов, последовательные, правильные конкретные ответы на поставленные вопросы при свободном устранении замечаний по отдельным вопросам. При ответах демонстрируется знание широкого спектра литературы.
		Не зачтено	Неправильный ответ на один из основных вопросов, грубые ошибки в ответах, отражающие непонимание сущности контролируемого объема материала, неуверенные и неточные ответы на дополнительные вопросы
Владеет	<ul style="list-style-type: none"> - психологическими методиками профессионального общения; - методиками самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; основами системного анализа в патологии; - обоснованной интерпретацией полученных результатов методикой; - оценки выявленных патологических изменений . 	Зачтено	Твердые и достаточно полные знания контролируемого объема материала, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов и феноменов, последовательные, правильные конкретные ответы на поставленные вопросы при свободном устранении замечаний по отдельным вопросам. При ответах демонстрируется знание широкого спектра литературы.
		Не зачтено	Неправильный ответ на один из основных вопросов, грубые ошибки в ответах, отражающие непонимание сущности контролируемого объема материала, неуверенные и неточные ответы на дополнительные вопросы

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

1. Этап проведение текущей аттестации:

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Объективные и субъективные причины ошибок.
2. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний
3. Пути преодоления диагностических ошибок.
4. Логика диагноза. Диагностический алгоритм.
5. Принципы дифференциального диагноза.
6. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней.
7. Интерпретация биохимических показателей.
8. Интерпретация общего анализа крови.
9. Интерпретация результатов рентгенологических методов.
10. ИБС. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда
11. Инфаркт миокарда и разрыв аневризмы аорты.
12. Инфаркт миокарда и острый миокардит
13. Трудности и ошибки диагностики заболеваний щитовидной железы.
14. Трудности и ошибки диагностики заболеваний надпочечников.
15. Трудности и ошибки диагностики заболеваний поджелудочной железы.
16. Трудности и ошибки диагностики пневмоний.
17. Трудности и ошибки диагностики диффузных интерстициальных заболеваний легких.
18. Трудности и ошибки диагностики туберкулеза.
19. Трудности и ошибки диагностики заболеваний пищевода.
20. Трудности и ошибки диагностики заболеваний желудка.
21. Трудности и ошибки диагностики хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишки.
22. Трудности и ошибки диагностики заболеваний печени.
23. Трудности и ошибки диагностики заболеваний печени.
24. Трудности и ошибки диагностики гломерулярных заболеваний почек.
25. Трудности и ошибки диагностики интерстициальных заболеваний почек.
26. Трудности и ошибки диагностики заболеваний мочевыводящего тракта.
27. Трудности и ошибки диагностики системной красной волчанки.
28. Трудности и ошибки диагностики системной склеродермии.
29. Трудности и ошибки диагностики ревматоидного артрита.
30. Трудности и ошибки диагностики васкулитов.

1.2. Ситуационные задачи

Задание В каждой задаче составить и обосновать диагностический алгоритм, провести дифференциальный диагноз, при необходимости отметить диагностические ошибки врача.

Задача 1.

Мужчина 30 лет, обратился по поводу тяжелых головных болей. Болен 5 мес. 2 года назад перенес травму с повреждением селезенки и левого легкого.

Объективно: рост 175 см, масса тела 95 кг. АД=210/100 мм рт. ст. Пульс 80/мин, ритмичный. Слева в околопупочной области выслушивается систолический шум.

Вопросы

1. Ваша тактика при наличии высокой гипертензии:

Ответы

- а) начать лечение бета-блокаторами,
- б) назначить гипокалорийную диету,
- в) начать лечение комбинацией двух медикаментов,
- г) провести обследование для выяснения причины артериальной гипертензии,
- д) провести обследование органов — «мишеней».

2. Какие исследования нужны в первую очередь?

Ответы

- а) электролиты крови и мочи,
- б) ЭКГ,
- в) УЗИ почек,
- г) радиоизотопная ренография,
- д) рентгенография грудной клетки.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Ответы

- а) активность ренина плазмы,
- б) катехоламины крови,
- в) альдостеронемия,
- г) ангиография почечных артерий,
- д) содержание кортизола в крови.

4. Тактика лечения:

ответы

- а) β -блокаторы,
- б) диета,
- в) тиазиды,
- г) антагонисты кальция,
- д) каптоприл.

Задача № 2

Больная Е., 42 лет, ранее болевшая ревматизмом и пиелонефритом, обратилась к врачу с жалобами на постепенно прогрессирующие в течение последнего года одышку при физических нагрузках, периодические боли в правом подреберье, субъективно неприятное ощущение сердцебиения. При осмотре: пульс — 68 уд/мин, артериальное давление — 115/80 мм рт. ст. Отеки ступней ног и голеней. При аускультации в области верхушки сердца отчетливо слышен систолический шум, при перкуссии границы сердца сдвинуты влево, при пальпации живота нижний край печени выступает за правое подреберье на 2 см. Методом доплероэхокардиографии выявлены признаки митральной регургитации (обратного движения) крови. Больной поставлен диагноз: «Недостаточность митрального клапана».

Вопросы

1. Какое заболевание явилось наиболее вероятной причиной митральной недостаточности?
2. Укажите наиболее вероятные морфологические изменения митрального клапана.
3. Как объяснить появление систолического шума при аускультации сердца?
4. Имеются ли у больной признаки сердечной недостаточности? Ответ обоснуйте.
5. Имеются ли признаки нарушения кровообращения в малом круге? Ответ обоснуйте.
6. Какие морфологические изменения, характерные для митральной недостаточности, следует ожидать при микроскопии биоптата печени?

Ответы

1. Ревматизм.

2. Створки митрального клапана деформируются, утолщаются, склерозируются, частично срстаются, в них откладывается известь (петрификация). Хорды утолщаются и укорачиваются, в результате чего створки клапана подтягиваются к папиллярным мышцам.
3. Систолический шум появляется из-за обратного движения (реургитации) крови из левого желудочка в левое предсердие через неплотно сомкнутые створки митрального клапана.
4. О наличии сердечной недостаточности свидетельствуют жалобы на сердцебиение, сильную одышку при физических нагрузках, симптомы повышения центрального венозного давления (отеки, увеличение размеров печени).
5. О застойных явлениях в малом круге кровообращения свидетельствуют отеки нижних конечностей и увеличение печени.
6. В центре печеночных долек характерно расширение и полнокровие вен и синусоидов, дисконплектация печеночных балок, некроз и атрофия значительной части гепатоцитов. На периферии долек кровенаполнение синусоидов нормальное, структура печеночных балок сохранена, гепатоциты в состоянии жировой дистрофии.

Задача № 3

Ребенок 10 лет умер от быстро прогрессирующего ревматизма. На вскрытии обнаружены панкардит и очаг ишемического инфаркта в головном мозге.

Вопросы

1. Каков характер изменений эндокарда?
2. Каков характер изменений миокарда, выявленных при патогистологическом исследовании?
3. Каков характер изменений перикарда, выявленных на вскрытии? Укажите образное название сердца.
4. Объясните механизм поражения головного мозга.
5. Перечислите критерии диагноза «ревматизм».
6. Эталоны ответов на вопросы к ситуационным задачам

Ответы

1. Острый бородавчатый эндокардит.
2. Межуточный экссудативный миокардит.
3. Фибринозный перикардит, «волосатое сердце».
4. Тромбоэмболия артерий головного мозга.
5. Для диагностики ревматизма используют основные («большие») критерии, а также «малые» критерии. К «большим» критериям относят: 1) кардит; 2) мигрирующий полиартрит крупных суставов; 3) хорею Сиденгама; 4) подкожные узлы; 5) кольцевидную эритему. К «малым» критериям относят: 1) лихорадку; 2) артралгии; 3) увеличение СОЭ, увеличение концентрации С-реактивного белка; лейкоцитоз.

Задача 4.

Больная 75 лет госпитализирована по поводу спутанного сознания.

Много лет страдает артериальной гипертензией. Последние 3 мес соблюдала малосолевою диету, принимала фуросемид по 40 мг/сут. 2 недели назад появилась нарастающая общая слабость, 3 дня — тошноты, рвота, отвращение к воде и спутанное сознание. Похудела на 5 кг.

Объективно: Сухость слизистых и кожи, сниженный тургор кожи (собирается в складки). АД = 105/75 мм рт. ст. Пульс 88/мин.

Натрий крови 115 ммоль/л, калий — 3,1 ммоль/л, общий белок 75 г/л, глюкоза 5 ммоль/л, мочевина 9,5 ммоль/л.

Вопросы

1. О каком осложнении идет речь? Оцените данные лабораторных исследований.
2. Причины гипотензии и азотемии?
3. Дайте назначения на сутки.
4. Какие методы наблюдения за больной?

5. Дайте оценку предшествующего лечения больной.

Задача 5.

Больной 55 лет, инженер, жалобы на давящие боли за грудиной, при быстрой ходьбе и подъеме по лестнице со 2-го этажа. Боли заставляют больного останавливаться, проходят в покое или через 1 мин после приема нитроглицерина.

Болен 3 мес. К врачам не обращался. Курит в течение 30 лет по 20 сигарет в день.

Объективно: масса тела 90 кг, рост 166 см. В легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. АД 165/105 мм рт. ст. Пульс 88/мин. В остальном без особенностей.

Вопросы

1. Можно ли поставить диагноз ИБС и установить ее форму на основании приведенных выше данных?
2. Какие дополнительные исследования и для какой цели требуются данному больному в условиях поликлиники?
3. Какие должны быть сделаны рекомендации по режиму и диете?
4. Медикаментозное лечение? Какие препараты не показаны?
5. Какие критерии эффективности лечения?
6. Через 2 мес. эффекта нет. Приступы стенокардии остаются 2—3 раза в неделю. Сделана коронарография, обнаружен стеноз основного ствола коронарной артерии. Что делать?

Задача 6.

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 ч.

Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаиваются в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием.

В течение 10 лет отмечается повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: Дыханий 20/мин, в легких хрипов нет. Пульс 80/мин, ритмичный. АД—150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Вопросы

1. Какой диагноз наиболее вероятен (инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, перикардит)?
2. Диагноз инфаркта миокарда подтвержден ЭКГ. В БИТе начато лечение: дроперидол, фентанил, 1% нитроглицерин в/в, строфантин, гепарин, клофелин. Укажите неправильное (избыточное) лечение.
3. Проведено обследование: ЭКГ, АЛТ, ан. крови, газы и электролиты крови, КЩС, мочевины, билирубин крови, центральное венозное давление. Какие исследования ненужные, какие обязательные не назначены?
4. Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 88/мин, экстрасистолы 4-6/мин. Какое лечение наиболее показано: обзидан, изоптин, нитросорбит, гепарин, фенилин, аспирин, дигоксин, клофелин?
5. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура 37,8°, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать? Какое требуется дополнительное лечение?
6. Какие исследования следует провести перед выпиской?

Задача 7.

Больной 62 лет, вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад.

В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день.

Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыханий 28/мин. Сердце расширено влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД 95/65 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 160/мин, пульс 124/мин. Дефицит пульса 36/мин. Печень у края реберной дуги.

Вопросы

1. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему?
2. Какая переносимость данной тахикардии?
3. Что ожидается на ЭКГ?
4. Ваши назначения на первые сутки?
5. На следующий день частота сердечных сокращений около 80/мин, но мерцательная аритмия остается. АД = 120/75 мм рт. ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии.
6. Какие меры предосторожности при проведении плановой дефибрилляции?
7. Какие показания для срочной электрической дефибрилляции?
8. При электрической дефибрилляции восстановлен синусовый ритм. Какова дальнейшая тактика?
9. Какие возможные побочные проявления лечения хинидином?

1.3. Темы рефератов.

1. Трудности и ошибки в диагностике внутренних болезней. Объективные и субъективные причины ошибок.
2. Структура и причины наиболее частых диагностических ошибок терапевтических заболеваний. Пути преодоления диагностических ошибок.
3. Принципы дифференциального диагноза.
4. Интерпретация основных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследований в диагностике внутренних болезней.
5. Трудности и ошибки диагностики заболеваний щитовидной железы.
6. Трудности и ошибки диагностики заболеваний надпочечников.
7. Трудности и ошибки диагностики заболеваний поджелудочной железы.
8. Трудности и ошибки диагностики васкулитов.

Вывод: Подготовка к устному опросу и ответы на поставленные вопросы, решение ситуационных задач и подготовка рефератов позволяют оценить сформированность следующих компетенций: УК-3- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; ПК-4 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; ПК-5 - готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов.

2. Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине - зачет.

2.1. Тестовые задания

1. У больного 35 лет, через 2 нед. после лихорадочного заболевания невыясненного происхождения появились отеки на лице артериальная гипертензия до 170/100 мм рт. ст., изменения в моче. Поставлен диагноз острого гломерулонефрита.

Вопросы

1. Какая инфекция может привести к острому гломерулонефриту?

- а) стрептококковая инфекция глотки, г) вирусная инфекция,
 б) стрептококковая инфекция кожи, д) сальмонеллез
 в) пневмококковая пневмония
2. Какие изменения в моче могут ожидатьея?
 а) протеинурия 6 г/сут, г) свежие эритроциты,
 б) протеинурия 2,5 г/сут, д) выщелоченные эритроциты
 в) лейкоцитурия, е) относительная плотность 1008.

3. Каков патогенез артериальной гипертензии?
 а) повышение периферического сопротивления,
 б) задержка воды и натрия, г) увеличение выделения альдостерона,
 в) увеличение активности ренина, д) увеличение продукции кортизола.

4. Какие возможные осложнения?
 а) почечная недостаточность, г) эклампсия,
 б) тромбоз почечной вены, д) анемия.
 в) сердечная недостаточность,

5. Какое лечение больного правильное?
 а) сердечные гликозиды, г) пенициллин
 б) ограничение белка в диете д) фуросемид.
 в) стероидные гормоны,

6. Какие признаки исчезают последними в период выздоровления?
 а) протеинурия, г) цилиндрурия,
 б) нарушение концентрационной способности, д) лейкоцитурия.
 в) гематурия,

2. Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноты, похудание. 10 лет назад перенес острый гломерулонефрит, в последующем отмечалась артериальная гипертензия. Ухудшение состояния 3 мес. В анамнезе бронхиальная астма (с 10-летнего возраста), периодически депрессивные состояния, аппендицит, осложненный перитонитом, в 22 г.

Объективно: масса тела 60 кг, рост 180 см. Кожа сухая, тургор снижен. Отеков нет. Пульс 80/мин. АД 185/100 мм рт. ст. Печень на 3 см ниже края реберной дуги. Диурез 2,2 л.

На ЭКГ—гипертрофия левого желудочка.

Мочевина крови 55 ммоль/л, креатинин 600 мкмоль/л, натрий 140 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, HCO₃ 16 ммоль/л, белок 74 г/л, кальций 2 мкмоль/л, фосфор 2,3 ммоль/л.

Вопросы

1. Диагноз основного заболевания?
2. Диета (белки, жиры, углеводы, калории, соль, вода, прочее)?
3. Какое гипотензивное лечение?
4. Какие другие мероприятия?
5. Что делать при развитии терминальной почечной недостаточности?

3. У больного 49 лет, страдающего хроническим гломерулонефритом, появилась нарастающая общая слабость, головные боли, анорексия, похудание.

При обследовании: кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Пульс 100/мин. Натрий в крови 128 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, креатинин 350 мкмоль/л, рН 7,35. Диурез 600 мл/сут.

АН. крови: Нв 78 г/л, гематокрит 27%, лейкоцитов 5,1 • Ю⁶/л, СОЭ 45 мм/час.

Вопросы

Какая стадия почечной недостаточности? Оцените состояние водно-солевого обмена. Какое имеется противоречие? С чего начать лечение?

- а) в/в введение физиологического раствора,
- б) готовить к пересадке почек,
- в) в/в введение бикарбоната натрия
- г) в/в введение больших доз фуросемида,
- д) гемодиализ.

Какие причины анемии у данного больного?

- а) уменьшение продукции эритропоэтинов и уменьшение продолжительности жизни эритроцитов,
- б) нарушение всасывания железа и фолиевой кислоты,
- в) дефицит витамина В₁₂,
- г) антитела к эритроцитам,
- д) гиперазотемия.

Какие назначения в связи с анемией:

- а) трансфузии эритроцитарной массы,
- б) трансфузии цельной крови,
- в) препараты железа,
- г) витамин В₁₂,
- д) никакие.

Через 1 год больной переведен на хронический гемодиализ. Требуются все мероприятия, кроме одного:

- а) ограничение белка до 10 г/сут,
 - б) назначение фолиевой кислоты,
 - в) назначение альмагеля,
 - г) потребление натрия 5—50—60 г/сут,
 - д) прием препаратов железа,
7. Какие назначения при поражении костей?

4. Заболела 2 года назад, когда после охлаждения появились отеки на лице и ногах, боли в пояснице. Дважды находилась на стационарном лечении, длительно получает преднизолон по 15 мг/сут.

Объективно: рост 162 см, масса тела 88 кг. «Лунообразное» лицо, выраженные отеки ног, стрии на животе. Бледность кожи и слизистых. Пульс 80/мин. АД 120/70 мм рт. ст.

Ан- крови: Нв 102 г/л, лейкоциты $5,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 58 мм/час.

В анализе мочи белок 6,6 г/л, эритроциты 10—15 в п/зр, цилиндры гиалиновые 5—6 в п/зр., Глюкоза крови 8,9 ммоль/л.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
2. Какие ожидаются изменения белков и липидов в крови?
3. Как оценить предшествующее лечение преднизолоном?
4. Какая диета должна быть рекомендована?
5. Медикаментозное лечение?

5. У больного 45 лет, страдающего хроническим остеомиелитом правой голени, обнаружили изменения в моче: белок 3 г/л (4,5 г/сут), лейкоциты 5—10 в п/зр, эритроциты един. в п/зр, цилиндры гиалиновые 5—10 в препарате.

Вопросы

1. О каком заболевании можно думать?
 - а) люпус-нефрит, г) гломерулонефрит,
 - б) метастатический абсцесс, д) пиелонефрит.
 - в) амилоидоз,
2. Какие методы подтверждения диагноза?

4. Какие методы определения активности процесса?
а) анализ крови, г) циркулирующие иммунные комплексы,
б) бронхо-альвеолярный лаваж, д) сцинтиграфия легких.
в) биопсия легких,
5. Какие ожидаются показатели газов крови?
а) гипоксемия, г) ацидоз,
б) гиперкапния, д) алкалоз.
в) нормокапния,
6. Какие методы лечения можно рекомендовать?
а) антибиотики, г) сердечные гликозиды
б) кортикостероиды, д) бронхолитики.
в) азатиоприн,

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание к задаче 1. Поставить диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Наметить план лечения.

Результаты дополнительного обследования:

ЭКГ — прилагается.

1. Общий анализ крови : эр. — $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. — $10,5 \times 10^9$, э. — 0, п. — 6, сегм. — 65, л. — 22, м. — 7, СОЭ — 10 мм/час.

2. Свертываемость крови — 3 мин.

3. ПТИ — 100 %.

4. СРБ+, КФК — 2,4 ммоль/гл, АСТ — 26 Е/л, АЛТ — 18 Е/л.

5. Рентгенография усиление и обогащение легочного рисунка.

Эталон ответов

1. ИБС: инфаркт миокарда.

2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.

3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

4. План лечения - купирование болевого синдрома (наркотическая анальгетика, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия), профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую

слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе — в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД — 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. — $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. — $9,2 \times 10^9$, п. — 4, сегм. — 66, л. — 23, м. — 7, СОЭ — 10 мм/ час.

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 2 :

1. ЭКГ — прилагается.
2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови — 3 мин.
4. ПТИ — 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации: лейкоц. — $6,0 \times 10^9$, э.- 1, п. — 2, сегм. — 64, л. — 24, м. — 9, СОЭ — 24 мм/час.
6. Рентгенограмма — прилагается.

Эталон ответов к задаче 2

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.

План обследования - ОАК, ЭКГ в динамике, КФК, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, , рентгенография гр. клетки, коронарография,

Лечение – купирование болевого синдрома, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия), профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача 3.

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л — преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца — по срединно-ключичной линии. АД — 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях — частый, аритмичный, частота — 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС — 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание к задаче

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — прилагается.

2. ЭХО-КС — небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин — 7,6 ммоль/л, АСТ — 5 ед/л, АЛТ — 4 ед/л, СРБ — 0, ПТИ — 102%, свертываемость- 8 мин.

3. Глазное дно — атеросклероз сосудов сетчатки.

4. Общий анализ мочи — уд. вес — 1020, белка нет, сахара нет, л — 1-2 в п/зр.

5. Анализ крови на сахар — глюкоза крови — 4,5 ммоль/л.

Анализ крови общий: Нв — 140 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. — $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 6 мм/час.

Эталон ответов

1. Предварительный диагноз — ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).

2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача — снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1 группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция. В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

5. Лечение ИБС — антихолестеринемические препараты, диет

Задача 4.

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание к задаче

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — прилагается.

2. Глазное дно — сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс — П.

3. Анализ мочи — уд. вес — 1018, белка нет, сахара нет, л — 1-3 в п/зр.

4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.

5. Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}$ /л, л — $6,0 \times 10^9$ /л, ц.п. — 0,9; э — 1, п — 4, с — 66, л — 24, м — 5, СОЭ — 6 мм/час.

6. Глюкоза крови — 4,5 ммоль/л.

Эталон ответов.

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.

2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз — исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение: терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД. — кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ

Задача 5.

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет/сут. Аллергия к пенициллину. При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82/мин, АД 120/75 mm Hg. Температура 37,8°.

Вопросы

1. Какой возможный возбудитель пневмонии?
2. Требуется ли бактериологическое исследование?
3. Обязательна ли госпитализация?
4. С чего начать лечение (немедикаментозные и медикаментозные назначения)?
5. Какие могут быть побочные явления от лечения и что делать?
6. При посещении на дому через 3 дня температура нормальная, но кашель и хрипы в легких сохраняются. Тактика лечения?
7. Требуется ли и когда рентгенологический контроль?
8. Что делать при отсутствии эффекта лечения через 3 дня?
(ответ тема ОП)

Задача 6.

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД — 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Задание к задаче

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

Результаты дополнительного обследования:

Анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, СОЭ — 15 мм/час, лейкоциты — $9,5 \times 10^{12}/л$, п — 2%, с — 65%, э — 2%, м — 10%, л — 21%, белок — 80 г/л, альбумины — 42%, альфа-1 — 8%, альфа-2 — 12%, бета — 18%, гамма — 20%, ПТИ — 105%, время свертывания — 4 мин., ЛДГ — 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 — 25%, ЛДГ-2 — 26%, ЛДГ-3 — 30%, ЛДГ-4 — 8%, ЛДГ-5 — 11%.

1. Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес — 1016, лейкоциты — 1-2 в п/зр., эп. клетки — 1-2 в п/зр.
2. ЭКГ — прилагается.
3. Рентгенография грудной клетки — прилагается.

Эталон ответов.

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.

2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающейся аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

Задача 7

Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела 37,3⁰С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД — 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами — ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 90 в минуту. АД на обеих руках — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Задание к задаче

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: эр. — $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 150 г/л, ц.п. — 1,0; тромбоциты — $240 \times 10^9/л$, лейкоциты — $10,0 \times 10^9/л$, пал. — 7%, сегм. — 53%, лимф. — 32%, мон. — 8%, СОЭ — 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский — 4-6 в п/зр., лейкоциты — 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
3. Бактериологический анализ мокроты — высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.
4. Серологическое исследование — повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.
5. Рентгенограмма — прилагается.
6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция — кислая, прозрачность — полная, уд. вес — 1020, белок — 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты — 3-5 в п/зр., эр. — нет, цилиндров нет.
7. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ — умеренно положительный.
8. ЭКГ — прилагается.
9. Бронхоскопия — признаки катарального бронхита.
10. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

Эталон ответов.

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.

2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование — определение титра антител к антигенам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
4. Принципы лечения: антибактериальная терапия — антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики бронхолитическая и отхаркивающая терапия — эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия дезинтоксикационная терапия — гемодез, реополигмонин, плазма
5. Иммунокорректирующая терапия — дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал
6. Симптоматическая терапия — при развитии сердечной недостаточности — сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др. физиотерапевтическое лечение.

Задача 8

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД — 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Задание к задаче

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. Анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, СОЭ — 15 мм/час, лейкоциты — $9,5 \times 10^9/л$, п — 2%, с — 65%, э — 2%, м — 10%, л — 21%, белок — 80 г/л, альбумины — 42%, альфа-1 — 8%, альфа-2 — 12%, бета — 18%, гамма — 20%, ПТИ — 105%, время свертывания — 4 мин., ЛДГ — 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 — 25%, ЛДГ-2 — 26%, ЛДГ-3 — 30%, ЛДГ-4 — 8%, ЛДГ-5 — 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес — 1016, лейкоциты — 1-2 в п/зр., эп. клетки — 1-2 в п/зр.
3. ЭКГ — прилагается.
4. Рентгенография грудной клетки — прилагается.

Эталон ответов.

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.

3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.

Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

Задача 9.

Больной 62 лет, поступил по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа.

Много лет курит по 1,5—2 пачки сигарет/сут. Несколько лет отмечает кашель с трудно отхаркиваемой вязкой мокротой, отделение которой ухудшилось за последний месяц. Температура не повысилась. Принимал бета-стимуляторы и эуфиллин без эффекта.

Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, сухие протяжные хрипы на выдохе. АД = 180/105 mm Hg. Пульс 90/мин.

При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких.

Спирография: ФЖЕЛ 1200 мл, проба Тиффно 55%.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
 2. Признаки и главная причина бронхиальной обструкции?
 3. Возможные причины артериальной гипертензии?
 4. Какое лечение следует назначить больному?
 - а) отхаркивающие (йодид калия, термопсис, ацетилцистеин),
 - б) ингаляции β -стимуляторов
 - в) антибиотики,
 - г) прекратить курение, обильное питье,
 - д) бронхоскопический дренаж.
- (ХОБЛ)

Задача 10.

Больной 52 лет предъявляет жалобы на одышку даже в покое, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость. Много лет курит и кашляет с периодическими обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечает постепенно усиливающуюся одышку, последние месяцы появились отеки на голенях. Одышка увеличивается даже при небольшой физической нагрузке.

Объективно: пониженного питания. Цианоз губ, акроцианоз. Небольшие отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежачем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс 92/мин. Печень на 5 см ниже края реберной дуги.

На основании приведенных данных поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, легочное сердце. Легочно-сердечная недостаточность II стадии.

Вопросы

1. Какие признаки бронхиальной обструкции, какие дополнительные исследования для уточнения ее наличия и степени выраженности?
 2. Каков механизм бронхиальной обструкции: бронхоспазм или воспаление?
 3. Каков основной механизм одышки: бронхиальная обструкция или эмфизема легких?
 4. Как определить обратимость бронхиальной обструкции?
 5. Как подтвердить наличие легочного сердца?
 6. Какие особенности в анализе крови можно ожидать?
 7. Какие методы уменьшения гемодинамической нагрузки на правый желудочек?
 8. Какова роль сердечных гликозидов в лечении легочного сердца?
 9. Какие еще лечебные мероприятия?
- (ХОБЛ. ЛГ, ЛС)

Задача 11.

Больной 46 лет в течение многих лет кашляет, в последние 3-4 года с выделением до 50-100 мл гнойной мокроты. Отмечает слабость, утомляемость, субфебрильную температуру, одышку при ходьбе. Курит по 1-1,5 пачки в день в течение 20 лет, в детстве перенес пневмонию.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие грубые хрипы под правой лопаткой, жесткое дыхание. На основании обследования устанавливается диагноз хронического гнойного бронхита, эмфиземы легких, ДНП. В развитии бронхита имеет значение длительное и интенсивное курение.

Вопросы

1. Что в приведенных данных противоречит данному диагнозу?
2. При рентгенографии обнаружено затемнение в области правого корня и высокое стояние купола диафрагмы. Какое предположение?
3. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?
4. Какие исследования необходимы для уточнения операбельности?
5. Какое лечение по поводу гнойного бронхита?

Задача 12.

Больной 30 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с выделением обильной мокроты с запахом, лихорадка до 39—40°C с ознобом и потом. Заболел остро 3 дня назад, 6 мес. назад перенес вирусный гепатит. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года.

Объективно: масса тела 53 кг, рост 170 см. В легких справа под лопаткой притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс 110/мин. АД = 110/80 mm Hg. На правом предплечье и левом плече — следы инъекций и лимфангиита. Ан крови: Нв— 136 г/л, Л — 20- Юэ/л, нейтр. 85, лимф. 10, м. 5%.

При рентгенографии грудной клетки: справа внизу выпот, выше — два округлых затемнения с уровнем жидкости.

ЭКГ — норма.

Вопросы

1. Диагноз заболевания легких и его обоснование?
2. Какие дополнительные факторы риска?
3. Вероятный возбудитель? Как его выявить?
4. Какое антибактериальное лечение показано?
5. На фоне проводимого лечения температура снизилась, мокрота уменьшилась, но через 5 дней вновь ухудшение: температура до 40°, одышка, боли в левом боку. При рентгенографии — диссеминированные тени слева. Возможные причины возобновления лихорадки?
6. При обследовании дополнительно обнаружены спленомегалия, снижение гемоглобина до 96 г/л, в моче белок, микрогематурия. Посев крови: золотистый стафилококк. Какой диагноз?
7. Какое исследование нужно для подтверждения диагноза?
8. Какой метод лечения следует обсудить, помимо антибиотиков?

Задача 13.

Больной 20 лет, студент. Жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через 1 час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства отмечает вазомоторный ринит; Курит по 1,5 пачки в день. У матери — бронхиальная астма.

При объективном и рентгенологическом исследовании патологии в межприступном периоде не обнаружено. В анализе крови 6% эозинофилов.

Вопросы

1. Какая форма бронхиальной астмы?
2. Какое предупредительное лечение вы рекомендуете?
3. Какое лечение при очередном приступе удушья?
4. Вы вызваны к больному во время тяжелого приступа удушья. Назначенные Вами ранее медикаменты не дали эффекта. Ваша тактика?
5. Какое лечение в последующем?
6. Какая тактика при повышении температуры, прекращении курения?
7. Какие медикаменты усиливают действия эуфиллина и усиливают его побочные действия?

Задача 14.

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями бета-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6—8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: больная беспокойна, возбуждение, обильный пот, цианоз. Дыхание 30/мин, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД 120/70 мм рт. ст. Пульс 120/мин. Температура 38°.

РаСО₂ 58 мм рт. ст.; РаО₂ 47 мм рт. ст.; рН артериальной крови 7,21; НСО₃⁻ = 30 ммоль/л. Гематокрит 55%. Лейкоцитов 13000, нейтрофилов 85%. Масса тела 60 кг.

Вопросы

1. Определите: стадию астматического состояния, его вероятную причину; дайте характеристику газов крови и КЩС, гематокрита.
2. Назначьте бронхолитическую терапию на сутки (препараты, дозы, пути и частоту введения).
3. Назначьте дополнительное лечение с учетом лабораторных исследований.
4. Назначьте антибактериальную терапию.
5. Что следует контролировать в процессе лечения?
6. Что делать при неэффективности лечения?

Задача 15.

Больная 37 лет, доставлена в стационар по скорой помощи по поводу внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Обычное АД 140/80 мм рт. ст.

Объективно: одышка в покое 32/мин, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура 36,8°. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс 50/мин. АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки. Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ: ритм синусовый, правограмма, Si Qni > высокие и остроконечные Rц, in., aVF, отрицательные T в Vi-3.

Назначенное лечение: гепарин, коргликон в/в.

Состояние улучшилось, но на 4-й день возникло умеренное легочное кровотечение. Время свертывания крови было в 2 раза больше исходного, антикоагулянты отменили.

На 6-й день возобновилась одышка, боли в левом боку. Отмечено набухание шейных вен и увеличение печени. Возобновлено лечение гепарином и сердечными гликозидами. На 15-й день чувствует себя хорошо, все патологические признаки исчезли.

Вопросы

1. Диагноз при поступлении? Причина заболевания?
2. Что произошло на 4-й день? Оцените тактику лечения.
3. Как оценить клиническую картину на 6-й день?
4. Какое одно противоречие имеется в описании исходных клинических данных?

Вывод: ответы на тестовые задания и решение ситуационных задач позволяют оценить сформированность следующих компетенций: УК-3- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; ПК-4 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; ПК-5 - готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций

Этап: проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине

Формы текущего контроля определены учебным планом и описаны в рабочей программе.

1. Рекомендации по оцениванию устного опроса (собеседования):

Оценка	Критерий оценивания
Отлично	В беседе ординатор демонстрирует полное знание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы, правильно интерпретирует основные понятия общей и частной патологии, отражает в ответе понимание логики патологического процесса, знание пато- и морфогенеза, возможных осложнений и исхода заболевания, способен проводить клинико-морфологические сопоставления. Правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
Хорошо	Ординатор демонстрирует знания общей и частной патологии, хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы, правильно интерпретирует основные понятия общей и частной патологии, но может допускать некоторые неточности. в формулировках и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
Удовлетворительно	Ординатор допускает значительные неточности, слабо владеет материалом, ориентирован в общих положениях, но не может в полном объеме ответить на вопросы, допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
Неудовлетворительно	Ординатор не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов, не может в ответе раскрыть суть вопроса.

2. Рекомендации по оцениванию результатов решения задач.

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
--	------------------------------------

100	Полное верное решение. Рассуждение логично, обосновано и в решении нет ошибок, схема пато- и морфогенеза патологического процесса в конкретном случае (ситуационной задаче) составлена верно.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе есть недочеты, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в схеме пато- и морфогенеза патологического процесса в конкретном случае (ситуационной задаче). При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и решении. Схема пато- и морфогенеза патологического процесса в конкретном случае (ситуационной задаче) содержит ошибки. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные фрагменты при отсутствии решения в целом. Отсутствует схема пато- и морфогенеза патологического процесса в конкретном случае (ситуационной задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
"Отлично"	80 – 100%
"Хорошо"	66 – 80%
"Удовлетворительно"	46 – 65%
"Неудовлетворительно"	Менее 46%

4. Рекомендации по оцениванию рефератов:

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Оценка	Критерии оценки
«отлично»	Выполнены все требования к написанию и защите реферата: - обозначена проблема и обоснована её актуальность;

	<ul style="list-style-type: none"> - сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция; - сформулированы выводы; - тема раскрыта полностью; - выдержан объём работы; - соблюдены требования к внешнему оформлению реферата; - даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
«хорошо»	<p>Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неточности в изложении материала; - отсутствует логическая последовательность в суждениях; - не выдержан объём реферата; - имеются упущения в оформлении; - на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
«удовлетворительно»	<p>Имеются существенные отступления от требований к реферированию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тема освещена лишь частично; - допущены фактические ошибки в содержании реферата; - имеются ошибки при ответе на дополнительные вопросы; - во время защиты отсутствует вывод.
«неудовлетворительно»	<p>Реферат абсолютно не подготовлен. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.</p>

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине (зачет)

Те же критерии для оценки устного ответа и решения ситуационных задач. Итоговая оценка является средним баллом от суммы оценок выполненных заданий – «зачтено» – средний балл от 3 до 5, «не зачтено» - средний балл <3.