

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

15 июня 2023 г., протокол УС №5

Гериатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Внутренних болезней**
Учебный план о310831-Гериат-23-1.plx
31.08.31 Гериатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936
в том числе:
аудиторные занятия 464
самостоятельная работа 364
часов на контроль 108

Виды контроля в семестрах:
экзамены 1, 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	Неделя 16		Неделя 16			
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	174	174	190	190	364	364
Часы на контроль	54	54	54	54	108	108

Итого	468	468	468	468	936	936
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Программу составил(и):

к.м.н., Доцент, Терентьева Надежда Николаевна

Рабочая программа дисциплины

Гериатрия

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.31 Гериатрия (приказ Минобрнауки России от 30.06.2021 г. № 561)

составлена на основании учебного плана:

31.08.31 Гериатрия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 15.06.2022 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Внутренних болезней

Зав. кафедрой д.мед.н., профессор Арямкина О.Л.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	ЦЕЛЬ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ - подготовка квалифицированного врача-специалиста гериатра, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.О
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	
2.1.2	Патология
2.1.3	Заболевания нервной системы в пожилом и старческом возрасте
2.1.4	Педагогика
2.1.5	Социально - психологические основы профессиональной деятельности
2.1.6	Эндокринопатия у лиц пожилого возраста
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Онкология
2.2.2	Актуальные вопросы медицинской реабилитации в гериатрии
2.2.3	Инфекционные заболевания, в том числе туберкулез в гериатрии
2.2.4	Информационно - коммуникационные технологии в медицинской деятельности
2.2.5	Медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях
2.2.6	Медицинская реабилитация
2.2.7	Общественное здоровье и здравоохранение
2.2.8	Особенности лечения некоторых сердечно - сосудистых заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-2.1:	Осуществляет проведение обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса
ПК-2.2:	Осуществляет назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности.
ПК-1.1:	Осуществляет проведение обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса.
ПК-1.2:	Осуществляет назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности.
ОПК-9.2:	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.
ОПК-9.3:	Осуществляет проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
ОПК-7.1:	Осуществляет работу по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических.
ОПК-7.2:	Осуществляет проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.
ОПК-7.3:	Осуществляет подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы

ОПК-5.1: 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.
ОПК-5.2: 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.
ОПК-5.3: 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.
ОПК-4.1: 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
ОПК-4.2: Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное исследование
ОПК-4.3: 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.
ОПК-4.4: 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.
ОПК-4.5: Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).
ОПК-4.6: Осуществляет обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	• Актуальные проблемы в области гериатрии.
3.1.2	• Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению.
3.1.3	• Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства
3.1.4	• Основные принципы доказательной медицины.
3.1.5	• Основы страховой медицины и менеджмента в здравоохранении.
3.1.6	• Систему организации производства судебно-медицинской экспертизы в РФ.
3.1.7	• Права, обязанности и ответственность врача, привлекаемого к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта, основные способы и методы, применяемые при проведении судебно-медицинской экспертизы.
3.1.8	• Общие вопросы организации гериатрической помощи в стране, работы лечебно - профи-лактических учреждений гериатрического профиля.
3.1.9	• Организация работы гериатрического кабинета поликлиники, взаимодействие с другими специалистами и учреждениями, организация работы дневного стационара.
3.1.10	• Организацию работы младшего и среднего медицинского персонала в медицинских органи-зациях.
3.1.11	• Ведение типовой учетноотчетной медицинской документации в медицинских организа-циях.
3.1.12	• Показатели здоровья пожилого населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психо-эмоциональные, профессиональные, генетические).
3.1.13	• Основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологиче-ской физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма.
3.1.14	Основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса, возможные типы их нарушений и принципы их лечения.

3.1.15	• Основы кроветворения и гемостаза, физиология свертывающей системы крови, показатели гемостаза в норме и при патологии. Основы иммунологии и реактивности организма.
3.1.16	• Методические принципы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов у пожилых.
3.1.17	• Основные нозологические формы заболеваний внутренних органов у пожилых.
3.1.18	
3.1.19	• Часто встречающиеся и наиболее опасные осложнения заболеваний внутренних органов у пожилых.
3.1.20	Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у пожилых.
3.1.21	Современную классификацию заболеваний.
3.1.22	• Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распро-страненных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.
3.1.23	• Критерии диагноза различных заболеваний у пожилых.
3.1.24	• Методические принципы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов у пожилых;
3.1.25	• Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследо-вания больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабора-торного, инструментального обследования пожилых больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику).
3.1.26	• Принципы и основы использования медицинского инструментария в клинической диа-гностике заболеваний терапевтического профиля у пожилых.
3.1.27	• Методы лечения и показания к их применению.
3.1.28	• Основные протоколы и стандарты фармакотерапии заболеваний внутренних органов у пожилых.
3.1.29	• Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных пато-логических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста.
3.1.30	• Правила хранения лекарственных препаратов.
3.1.31	• Основы организации медицинской (амбулаторнополиклинической и стационарной) по-мощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилита-ции больных.
3.1.32	• Основы реабилитации пожилых больных. Основы организации медицинского обеспе-чения занимающихся физической культурой.
3.1.33	• Основы выбора оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфо-функционального статуса пожилого пациента.
3.1.34	• Механизм действия лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения.
3.1.35	• Особенности организации и объем работы врача амбулаторнополиклинического звена, со-временные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации пожилых больных.
3.1.36	• Особенности оказания первой помощи и проведения реанимационных мероприятий при возникновении неотложных и угрожающих жизни состояний у пожилых.
3.2	Уметь:
3.2.1	• Планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здо-ровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды
3.2.2	• Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива.
3.2.3	• Применять принципы доказательной медицины с целью анализа медицинской информа-ции.
3.2.4	• Использовать данные научно-медицинских отечественных и зарубежных источников ли-тературы и интернет- ресурсов при изучении внутренних болезней у пожилых.
3.2.5	• Проводить научно-исследовательскую работу по актуальным проблемам внутренних бо-лезней у пожилых.
3.2.6	• Оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пожилого пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, се-мейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственни-ков и пр.).
3.2.7	• Выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

3.2.8	• Использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания.
3.2.9	• Определять факт временной нетрудоспособности, ее причину, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Определять показания к трудоустройству, установлению группы инвалидности и ее прогнозированию.
3.2.10	• Оформить основные документы по экспертизе трудоспособности.
3.2.11	• Проводить профилактику инвалидизации среди пожилого населения.
3.2.12	• Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.).
3.2.13	• Провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, иммунной, дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной, репродуктивной, костно-мышечной и суставов, глаза, уха, горла, носа.
3.2.14	• Проводить диагностику объективного статуса пожилых пациентов терапевтического профиля с использованием медицинского инструментария при исследовании сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, ЖКТ, почек.
3.2.15	• Поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.
3.2.16	• Намечать объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.
3.2.17	• Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных
3.2.18	• Сформулировать клинический диагноз.
3.2.19	• Заполнять историю болезни, выписать рецепт.
3.2.20	• Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пожилого пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.
3.2.21	• Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.
3.2.22	• Применять различные способы введения лекарственных препаратов
3.2.23	• Оказывать первую помощь при неотложных состояниях, первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях.
3.2.24	• Проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти.
3.2.25	• Планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья пожилого населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.
3.2.26	• Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди пожилого населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма.
3.2.27	• Определять показания к переводу пациентов в специализированные группы по занятиям физической культурой после перенесенных заболеваний.
3.2.28	• Использовать различные методы лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии при лечении различных
3.2.29	• Использовать основные курортные факторы при лечении различных заболеваний у пожилых
3.3	Владеть:
3.3.1	• Знаниями принципов организации и структуры геронтологической службы.
3.3.2	• Основами конституционного, гражданского, трудового, административного, уголовного, экономического, финансового права в геронтологии.
3.3.3	• Умениями и навыками применения положений нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность геронтологических медицинских учреждений; - знаниями теоретических основ специальности «геронтология».
3.3.4	• Оценками состояния общественного здоровья.
3.3.5	• Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.

3.3.6	• Интерпретацией принципов доказательной медицины.
3.3.7	• Правильным ведением медицинской документации.
3.3.8	• Методами общеклинического обследования. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
3.3.9	• Простейшими медицинскими инструментами (фонендоскоп, тонометр).
3.3.10	• Алгоритмом развернутого клинического диагноза.
3.3.11	• Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу - специалисту.
3.3.12	• Основными врачебными лечебными мероприятиями по оказанию помощи при различных заболеваниях терапевтического профиля у пожилых.
3.3.13	• Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у пожилых.
3.3.14	Проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти.
3.3.15	• Различными методами лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии при лечении заболеваний терапевтического профиля у пожилых.
3.3.16	• Правильным ведением медицинской документации по вопросам медикосоциальной экспертизы.
3.3.17	• Базовыми технологиями использования информации: поиск в сети Интернет, библиотечные базы данных.
3.3.18	• Методикой расчета показателей медицинской статистики.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
Раздел 1. Телемедицина						
1.1	Введение в курс интернет-технологии в здравоохранении /Лек/	1	1	ОПК-4.6 ОПК-5.1 ПК-2.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ОПК-7.3	Л1.1 Л1.3Л2.3Л3.7 Э1 Э2 Э5 Э7	
1.2	Подготовка рефератов /Ср/	1	4	ПК-2.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3	Л1.1 Л1.3Л2.3Л3.7 Э1 Э5 Э7	
1.3	Использование современных информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении. Защита персональных данных, обеспечение сохранности данных. /Пр/	1	1	ПК-2.1 ОПК-9.3 ОПК-7.3	Л1.1 Л1.3Л2.3Л3.7 Э1 Э7	
1.4	Использование программного обеспечения на рабочем месте врача- гериатра /Пр/	1	1	ОПК-4.6 ПК-2.1 ОПК-9.3 ОПК-7.3	Л1.1 Л1.3 Л1.4Л2.3Л3.7 Э1 Э7	
1.5	Методы и средства дистанционного образования, повышения профессиональной компетентности врача-гериатра /Пр/	1	1	ОПК-4.6 ПК-2.1 ОПК-9.3 ОПК-7.3	Л1.3 Л1.4Л2.3Л3.7 Э1 Э7	
1.6	Подготовка рефератов /Ср/	1	4	ОПК-4.6 ПК-2.1 ОПК-9.3 ОПК-7.3	Л1.3 Л1.4Л2.3Л3.7 Э1 Э7	
Раздел 2. Теоретические основы геронтологии и гериатрии						

2.1	Пути формирования в отечественном естествознании представлений о сущности старения. Современные геронтологические концепции /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э5 Э6 Э7
2.2	Пути формирования в отечественном естествознании представлений о сущности старения. Современные геронтологические концепции /Пр/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
2.3	Молекулярно-клеточные механизмы старения Нейрогуморальные изменения при старении /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
2.4	Молекулярно-клеточные механизмы старения Нейрогуморальные изменения при старении /Пр/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
2.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7

2.6	Общие закономерности регуляции обмена веществ и энергии при старении /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
2.7	Общие закономерности регуляции обмена веществ и энергии при старении /Пр/	1	1	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
2.8	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	2	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
2.9	Морфологические изменения при старении /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
2.10	Морфологические изменения при старении /Пр/	1	1	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
2.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-4.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 3. Особенности структурно-функциональных изменений органов и систем в пожилом и старческом возрасте					
3.1	Изменения сердечно-сосудистой системы (ССС) при старении организма /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.2	Изменения сердечно-сосудистой системы (ССС) при старении организма /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

3.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.4	Изменения системы органов дыхания при старении организма /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.5	Изменения системы органов дыхания при старении организма /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.6	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	3	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.7	Изменения органов пищеварения при старении /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.8	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.9	Изменения органов пищеварения при старении /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.10	Изменения мочевыделительной системы при старении /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

3.11	Изменения мочевыделительной системы при старении /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	---	---	--

3.12	Изменения системы крови при старении /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.13	Изменения эндокринной системы при старении /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.14	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.15	Изменения нервной системы при старении /Лек/	1	0,5	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.16	Изменения нервной системы при старении /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.17	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.18	Системный остеопороз как причина возрастных изменений опорно-двигательного аппарата /Лек/	1	0,5	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
3.19	Системный остеопороз как причина возрастных изменений опорно-двигательного аппарата /Пр/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

3.20	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.3 ОПК-4.5 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 4. Клиническая фармакология в гериатрии					

4.1	Основы клинической фармакологии в гериатрии /Лек/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.2	Основы клинической фармакологии в гериатрии /Пр/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.3	Клинико-фармакологические характеристики лекарственных препаратов с учетом возрастных аспектов больных пожилого и старческого возраста /Пр/	1	4	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.4	STOPP/START критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лицам пожилого и старческого возраста /Лек/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.5	Основы стратегии и тактики рационального выбора лекарственных препаратов, фармакотерапии при различных заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста /Пр/	1	4	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.6	Персонифицированная, рациональная, безопасная лекарственная терапия у лиц пожилого и старческого возраста /Пр/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.7	Полиморбидность и полипрагмазия /Пр/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
4.8	Прогноз и оценка возникновения побочных действий, неблагоприятных взаимодействий лекарственных препаратов /Ср/	1	4	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-2.1	Л1.3Л2.6Л3.6 Э1 Э7	
Раздел 5. Профилактическая геронтология и гериатрия – профилактика преждевременного старения						
5.1	Основы профилактической геронтологии и гериатрии. Определение понятия /Пр/	1	2	ПК-1.1 ПК-2.1 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.2	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-2.1 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

5.3	Физиология и гигиена питания в пожитом и старческом возрасте /Лек/	1	1	ПК-2.1 ОПК-7.1 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-----	--	---	---	------------------------------	---	--

5.4	Физиология и гигиена питания в пожилом и старческом возрасте /Пр/	1	2	ПК-2.1 ОПК-7.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ПК-2.1 ОПК-7.1 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.6	Диетотерапия в гериатрия /Пр/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.7	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.8	Диетотерапия в пожилом и старческом возрасте при заболеваниях: /Пр/	1	2	ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.9	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.10	Геропротекторная терапия /Пр/	1	1	ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-1.2 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.3 ПК-1.2 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

5.12	Немедикаментозные методы и средства в профилактике преждевременного старения и продления жизни Лечебная физкультура в гериатрии /Пр/	1	1	ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	--	---	---	-------------------	---	--

5.13	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.3 ПК-1.1 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-7.2 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.14	Физиотерапия и санаторно-курортное лечение в пожилом и старческом возрасте. Психотерапия в гериатрии /Пр/	1	1	ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.15	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.16	Традиционные методы профилактики и лечения в гериатрии /Пр/	1	2	ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
5.17	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	4	ОПК-5.3 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 6. Особенности болезней органов дыхания в пожилом и старческом возрасте					
6.1	Особенности течения бронхолегочной патологии в пожилом и старческом возрасте /Лек/	1	1	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
6.2	Обследование пожилых больных с заболеваниями бронхолегочной системы /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-2.1 ОПК-9.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2	Л1.3 Э1 Э7	
6.3	Обследование пожилых больных с заболеваниями бронхолегочной системы /Лек/	1	1	ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ПК-1.1 ПК-2.1 ОПК-9.2	Л1.3 Э1 Э7	

6.4	Бронхит и ХОБЛ. /Пр/	1	4	ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-5.1 ПК-1.1 ПК- 2.1 ОПК-9.2 ОПК-7.2	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-----	----------------------	---	---	---	---	--

6.5	Подготовка рефератов /Ср/	1	4	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
6.6	Эмфизема легких /Пр/	1	2	ПК-2.1	Л1.3 Э1 Э7	
6.7	Пневмония в пожилом и старческом возрасте. Атипичные формы /Пр/	1	4	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
6.8	Бронхиальная астма /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
6.9	Болезни плевры /Пр/	1	4	ПК-2.1	Л1.3 Э1 Э7	
6.10	Дыхательная недостаточность в пожилом и старческом возрасте /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.3Л3.2 Л3.3 Л3.6 Э1 Э7	
6.11	Подготовка рефератов /Ср/	1	4	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
6.12	ТЭЛА у пожилых. Хроническое легочное сердце /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
Раздел 7. Особенности болезней сердечно - сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте						
7.1	Обследование пожилых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы /Лек/	1	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.2	Обследование пожилых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

7.3	Подготовка рефератов /Ср/	1	4	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-----	---------------------------	---	---	--------	---	--

7.4	Атеросклероз – проблема гериятрии /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.6	Атеросклероз – проблема гериятрии /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.7	Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.8	Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Диагностика. Современное схемы лечения. /Пр/	1	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.9	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.10	Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии в пожилom и старческом возрасте. Осложнения гипотензивной терапии /Пр/	1	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

7.12	Некоронарогенные заболевания миокарда в пожилом и старческом возрасте. /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	--------	---	--

7.13	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.14	Инфекционный эндокардит. Болезни перикарда /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.15	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.16	Нарушения ритма сердца и проводимости /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.17	Нарушения ритма сердца и проводимости /Пр/	1	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.18	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.19	Сердечная недостаточность /Пр/	1	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
7.20	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 8. Особенности ревматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте					

8.1	Общие вопросы ревматических болезней. Методы обследования больных с ревматическими болезнями /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-----	--	---	---	--------	---	--

8.2	Общие вопросы ревматических болезней. Методы обследования больных с ревматическими болезнями /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.4	Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) в пожилом и старческом возрасте /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.5	Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) в пожилом и старческом возрасте /Пр/	1	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.6	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	9	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.7	Пороки сердца. Особенности клинического течения и эволюция пороков у лиц пожилого возраста /Лек/	1	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.8	Пороки сердца. Особенности клинического течения и эволюция пороков у лиц пожилого возраста /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.9	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	9	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

8.10	Заболевания опорно-двигательного аппарата /Лек/	1	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	--------	---	--

8.11	Заболевания опорно-двигательного аппарата /Пр/	1	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
8.12	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	1	9	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
Раздел 9. Особенности болезней органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте						
9.1	Методы обследования пожилых больных с заболеваниями органов пищеварения /Лек/	1	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.2	Методы обследования пожилых больных с заболеваниями ор-ганов пищеварения /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.4	Болезни пищевода /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.6	Болезни желудка /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

9.7	Болезни желудка /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-----	----------------------	---	---	--------	---	--

9.8	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.9	Болезни кишечника /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.10	Болезни кишечника /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.12	Болезни печени и желчных путей /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.13	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.14	Болезни поджелудочной железы /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
9.15	Болезни поджелудочной железы /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

9.16	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 10. Особенности болезней почек в пожилом и старческом возрасте					

10.1	Клиническое обследование больного /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.2	Клиническое обследование больного с заболеваниями почек /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.4	Гломерулонефриты (острые и хронические)Пиелонефриты /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.6	Нефротический синдром. Амилоидоз. ХПН. /Пр/	2	12	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.7	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.8	Поражение почек при сахарном диабете /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

10.9	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	--------	---	--

10.10	Поражения почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани и системных васкулит. Принципы лечения /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.12	Хроническая почечная недостаточность /Лек/	2	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
10.13	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 11. Особенности болезней органов кроветворения в пожилом и старческом возрасте					
11.1	Исследование больных с заболеваниями органов кроветворения /Пр/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.2	Современная теория кроветворения. Основы клинической иммунологии /Лек/	2	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.4	Гемобластозы. Анемии /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

11.5	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	--------	---	--

11.6	Геморрагические диатезы /Пр/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.7	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.8	Депрессии кроветворения, нейтропении, агранулоцитоз /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.9	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.10	Лимфогрануломатоз /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.11	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.12	Гематосаркомы /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
11.13	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

11.14	Лейкемодные реакции /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
-------	--------------------------	---	---	--------	---	--

11.15	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
	Раздел 12. Особенности болезней эндокринной системы в пожилом и старческом возрасте					
12.1	Сахарный диабет /Лек/	2	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.2	Сахарный диабет /Пр/	2	16	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.4	Болезни щитовидной железы /Лек/	2	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.5	Болезни щитовидной железы /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.6	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.7	Ожирение /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

12.8	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	---	--------	---	--

12.9	Болезни системы гипоталамус-гипофиз- надпочечники /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
12.10	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
Раздел 13. Тромботические состояния в клинике внутренних болезней в пожилом и старческом возрасте						
13.1	ДВС-синдром /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
13.2	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
13.3	ДВС-синдром /Лек/	2	2	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
Раздел 14. Неотложная терапия у больных пожилого и старческого возраста						
14.1	Патофизиология угасания жизненных функций организма /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
14.2	Патофизиология угасания жизненных функций организма /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	

14.3	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	10	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7	
------	---	---	----	--------	---	--

14.4	Методы реанимации, применяемые на догоспитальном этапе /Лек/	2	1	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
14.5	Методы реанимации, применяемые на догоспитальном этапе /Пр/	2	8	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
14.6	Подготовка рефератов, к тестированию /Ср/	2	6	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
Раздел 15. Экзамен					
15.1	/Экзамен/	1	54	ПК-2.1	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7
15.2	/Экзамен/	2	54	ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3	Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э6 Э7

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	
5.1. Контрольные вопросы и задания	
представлено отдельными документами	
5.2. Темы письменных работ	
представлено отдельными документами	
5.3. Фонд оценочных средств	
представлено отдельными документами	

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год Колич-во

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Зарубина Т. В., Кобринский Б. А.	Медицинская информатика - Текст : электронный : учебник	Москва : ГЭОТАР -Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5 -9704-4573-0. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970445730.html , 2018, URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970445730.html	1
Л1.2	Маколкин В.И.	Внутренние болезни	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2015, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433355.html	1
Л1.3	Пузин С. Н., Чернов А. В., Шкарин В. В., Гринин В. М., Дмитриенко С. В., Рычкова М. А., Заволовская Л. И., Исмаилова М. З., Душенков П. А., Пехов А. И.	Гериатрия: Учебник и практикум для вузов	Москва: Юрайт, 2022, https://urait.ru/bcode/488285	1
Л1.4	Омельченко В. П., Демидова А. А.	Информатика. Медицинская информатика. Статистика: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 32.05.01 "Медико-	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021	0
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Рукавицын О. А.	Гематология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2015	1
Л2.2	Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В.	Эндокринология: учебник	Москва: Литтерра, 2015	30
Л2.3	Лисицын Ю.П.	Общественное здоровье и здравоохранение: Гриф Минобрнауки России. Рекомендовано ГОУ ВПО "Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия" дисциплины "Общественное здоровье	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2010, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414033.html	1
Л2.4	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 3. Гастроэнтерология. Нефрология. Гематология. Эндокринология. Заболевания суставов. Аллергозы: учебное пособие	Минск: Республиканский институт профессиональног о образования (РИПО), 2016, http://www.iprbookshop.ru/67747.html	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.5	Ф. М. Абдулхабирова и др.] ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко ; Российская ассоциация эндокринологов	Эндокринология [Текст] : российские клинические рекомендации	Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016	0
Л2.6	Коноплева Е. В.	Клиническая фармакология в 2 ч. Часть 1: Учебник и практикум	Москва: Издательство Юрайт, 2019, https://www.biblio-online.ru/book/klinicheskaya-farmakologiya-v-2-ch-chast-1-434348	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Добрынина О. В., Елисеева С. В., Коптякова Е. Е., Курбанов И. А., Баскакова Е. С.	Требования к написанию и оформлению курсовых проектов, курсовых работ, выпускных квалификационных работ и отчетов по практикам: учебно-методическое пособие [для студентов соискателей степени "бакалавр" направления подготовки 035700.62 "Лингвистика" профиля	Сургут: Издательство СурГУ, 2015	35
Л3.2	Урванцева И. А., Корнеева Е. В., Руденко А. В., Пикулина Н. Е.	Диагностика и лечение аритмий: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2016	10
Л3.3	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 1. Пульмонология: учебное пособие	Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016, http://www.iprbookshop.ru/67745.html	1
Л3.4	Усанова А. А.	Ревматология: учебное пособие	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2018	1
Л3.5	Карпин В.А.	Оформление клинической истории болезни: учебно- методическое пособие для самостоятельной работы студентов и	Издательский центр СурГУ , 2017	10
Л3.6		Клиническая фармакология. Общие вопросы клинической фармакологии : практикум: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418383.html	1
Л3.7	Долгов, В. В.	Медицинская информатика: учебное пособие	Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский медико-социальный институт, 2016, https://www.iprbookshop.ru/74242.html	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Сургутский виртуальный университет
Э2	Научная электронная библиотека

Э3	Российская национальная библиография
Э4	РУБРИКОН Энциклопедии Словари Справочники
Э5	Электронная библиотека диссертаций
Э6	Электронная библиотека РНБ: фонд авторефератов диссертаций
Э7	Российская медицина: статьи, диссертации, кни-ги-
Э8	ВИНИТИ
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	1.Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office КОНТРАКТ № 1102691 от 10.11.2018 г. С 01.01.2019 до 01.01.2020.
6.3.1.2	2.Доступ в сеть Интернет (в том числе посредством Wi-Fi).
6.3.1.3	Контракт №0387200022315000200-0288756-02 от 18.01.2016.
6.3.1.4	3. Программное обеспечение Sim NewB Scenario Builder Log and scenario Contro Ver 1.3 CAT.NO.#220-29950 PN 1008522 rev.C.
6.3.1.5	4. Программное обеспечение Laerdal Sim Baby Version 1.6 EN SER.NO 9985 Rev. M. 16. Программное обеспечение Laerdal SimPad. ZW1270000950. Ver. 5.0.5.20932. UUID
6.3.1.6	5. Программное обеспечение SIMBIONIX LAP MENTOR – Windows 7 PRO FOR OEM Software ВКТКV-Y43D6- KT7FP-QPF3P-6XB6K X16-93649
6.3.1.7	Mentor Learn Ver. 1.2.1.15
6.3.1.8	Mentor Learn’s DataBase Ver. 2.1.1.15
6.3.1.9	Mentor Learn’s Envelope Application Ver 1.2.1.35
6.3.1.10	Mentor Learn’s Envelope Application DataBase Ver 3.1.1.15
6.3.1.11	Lower GI Endoscopy I Ver 2.7.6.2 2.0.0.0
6.3.1.12	Upper GI Endoscopy I Ver 2.7.6.2 2.0.0.0
6.3.1.13	Essential Bronchoscopy 1.0.1.7 2.0.0.3
6.3.1.14	Diagnostic Bronchoscopy 1.0.1.7 2.0.0.3
6.3.1.15	6. Программное обеспечение SIMBIONIX GI MENTOR Windows 7 PRO FOR OEM Software BG6TH-RHVDM- KQ34K-WJPFH-9VBD8-00180459518812 X1881962.
6.3.1.16	7. Программное обеспечение SCAD Office S64 договор 2014.302750 от 20.10.2014, неисключительные права (лицензия) на неограниченный период на программное обеспечение ПК ГРАНД-Смета с базовым комплектом нормативно-справочной информации, флеш-версия 2014.302750 от 20.10.2014.
6.3.1.17	8. Программное обеспечение ПК ГРАНД-Смета Студент 2014.302750 от 20.10.2014.
6.3.1.18	9. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение ABBYY FineReader 14 Профессиональная.
6.3.1.19	10. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение CorelDRAWGraphicsSuite X6, X7.
6.3.1.20	11. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MATLAB.
6.3.1.21	12. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MathWorksSignalProcessingToolbox.
6.3.1.22	13. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MathWorksImageProcessingToolbox.
6.3.1.23	14. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MathWorks DSP SystemToolbox.
6.3.1.24	15. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MathWorksCommunicationsSystemToolbox.
6.3.1.25	16. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение MathWorksWaveletToolbox.

6.3.1.26	17. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение StatisticaBaseforWindows v.12 English / v.10 Russian), договор № 2014.302750 от 20.10.2014 г. бессрочно.
----------	---

6.3.1.27	18. Лицензия на неограниченный период на программное обеспечение Scientific Word 6 for Windows, неисключительные права (лицензия) на неограниченный период на программное обеспечение IBM SPSS договор № 01-17-Д-906 от 13.12.2017.
6.3.1.28	19. Информационно справочная система «Консультант+» договор РДД-10/2019 от 26.11.2018 г. до 31.12.2023
6.3.1.29	20. Программное обеспечение JAWS for Windows КОНТРАКТ №01872000017190008300001 от 02.10.2019.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. (http://www.studmedlib.ru/)
6.3.2.2	КиберЛенинка – научная электронная библиотека (http://cyberleninka.ru/)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:
7.2	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими 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,
7.3	помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы
7.4	Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.
7.5	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 224
7.6	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,
7.7	Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 22
7.8	Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся в учебной аудитории № УК – 14/49.
7.9	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.
7.10	Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
7.11	1. Учебные комнаты кафедры кардиологии диагностический корпус БУ Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» и кафедры госпитальной терапии (терапевтический корпус Сургутской окружной клинической больницы), с оборудованием:
7.12	- мультимедийные проекторы, - ноутбуки, - персональные компьютеры.
7.13	2. Терапевтические и реабилитационные отделения БУ Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» и Сургутской окружной клинической
7.14	3. Клинические лаборатории и диагностические отделения БУ Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» и БУ «Сургутской окружной клинической больницы», БУ «Сургутский геронтологический центр»
7.15	4. Отделения лучевой и эндоскопической диагностики (блок «В» БУ Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», терапевтического корпуса Сургутской окружной клинической больницы) и БУ «Сургутский геронтологический центр» Адрес: г.

7.16	Аудитории симуляционного 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 «Голова для интубации». Тренажер для проведения п/к, в/м инъекций. Тренажер для проведения в/в инъекций. Тренажер Nursingkid, Nursingbaby. Тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки. Набор инструментов для проведения плевральной пункции. Тонмометр, фонендоскоп. Пульсоксиметр. Электроды электрокардиографа. Мешок АМБУ с набором лицевых масок. 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. Аппарат искусственной вентиляции легких. Желудочный зонд. Назогастральный зонд. Набор катетеров для катетеризации мочевого пузыря, лоток медицинский. Тренажер для постановки
7.17	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
7.18	
7.19	
7.20	Особенности организации образовательной деятельности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.
7.21	
7.22	Содержание высшего образования и условия организации обучения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной основной профессиональной образовательной программой высшего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, а также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и рекомендациями Центральной Психолого-Медико-Педагогической Комиссией.
7.23	Обучение по образовательным программам высшего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется на основе образовательных программ высшего образования, адаптированных основных профессиональных образовательных программ высшего образования при необходимости для обучения указанных обучающихся.
7.24	Обучение по образовательным программам высшего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется Университетом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.
7.25	В вузе создаются специальные условия для получения высшего образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.
7.26	Под специальными условиями для получения высшего образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных основных профессиональных образовательных программ высшего образования и специальных методов
7.27	обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (тьютора), педагога жестового языка (сурдопереводчика) оказывающих обучающимся необходимую образовательную и техническую помощь, в проведении групповых и индивидуальных коррекционных и консультационных занятий, обеспечение доступа в здания образовательных организаций и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, а также обучение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья по
7.28	В целях доступности получения высшего образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья образовательной организацией обеспечивается:
7.29	1) для обучающихся ограниченными возможностями здоровья по зрению:
7.30	- альтернативные форматы печатных материалов (например, принтером Брайля)
7.31	- наличие специального оборудования - портативный дисплей Брайля, который озвучивает все действия пользователя, обеспечивает комфортную работу на компьютере и доступность информации. Дисплей сочетает в себе новейшие технологии, самую удобную для пользователя клавиатуру, эргономичное расположение органов управления, подключение USB кабелем.
7.32	- наличие специализированных видеоувеличителей, позволяющих слабовидящим обучающимся комфортно адаптировать печатный учебный материал.
7.33	- присутствие ассистента (тьютора), оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

7.34	- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию образовательной организации.
7.35	2) для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

7.36	- сопровождение учебного процесса данной категории обучающихся осуществляется педагогом жестового языка (сурдопереводчиком)
7.37	- дублирование визуальной и звуковой справочной информации о расписании учебных занятий
7.38	(мультисенсорный дисплейные устройства-информационные терминалы)
7.39	- визуальной (мониторы, их размеры и количество определены с учетом размеров помещения, интерактивные доски, портативные медиа-плеера).
7.40	- обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
7.41	3) для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в
7.42	- наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, широких лифтов со звуковым сигналом, световой навигации, платформы для подъема инвалидных колясок; локального понижения стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м;
7.43	- наличие специальных кресел и других приспособлений,
7.44	- наличие санитарной комнаты, оборудованной адаптированной мебелью.
7.45	Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может
7.46	быть организовано как совместно с другими обучающимися, малыми отдельными группами с последующей интеграцией в обычные группы (так должно быть, но в нашем вузе такой практики нет), так и по индивидуальному учебному плану.
7.47	С учетом особых потребностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья вузом обеспечивается предоставление учебных, лекционных материалов в электронном виде.
7.48	Для занятий адаптивными видами спорта лиц с ограниченными возможностями здоровья имеется специальное оборудование
7.49	В Научной библиотеке для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья
7.50	- приоритетное обеспечение (по имеющимся на абонементе спискам) печатными изданиями в период массовой выдачи учебной литературы;
7.51	- предоставление удаленного - по паролю - доступа с домашнего или другого ПК (с выходом в интернет) к электронным образовательным ресурсам НБ: 7 ЭБС (электронно-библиотечным системам), 34 БД (образовательным базам данных), 4 ПЭК (полнотекстовым электронным коллекциям), ЭК (электронному каталогу), состоящему из более 140 тыс. записей;
7.52	- электронный заказ (бронирование) печатных изданий и просмотр своего электронного формуляра – с любого ПК (с выходом в Интернет);
7.53	- 2 лингафонные кабины с медиатекой для прослушивания и просмотра материалов;
7.54	- библиотечно-библиографическое обслуживание слабослышащих и глухих студентов осуществляется педагогом жестового языка (сурдопереводчиком);
7.55	- условия для удобного и безопасного перемещения по библиотеке: широкие лифты со звуковым сигналом, платформа для подъема инвалидных колясок; пандусы и поручни; световая навигация;
7.56	- удобное расположение мебели и наличие индивидуальных специализированных рабочих мест с компьютерным оборудованием для маломобильных групп обучающихся.
7.57	На сайте университета размещена информация об особенностях поступления для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также версия сайта для слабовидящих. Разработана вкладка «Ассоциация студентов с ограниченными возможностями здоровья» и раздел «Инклюзия»

Приложение 1

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Название дисциплины **Гериатрия**

Код, направление подготовки	31.08.31 Гериатрия
Направленность (профиль)	Гериатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

Контрольное задание для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Этап: проведение промежуточного контроля успеваемости по дисциплине «Гериатрия»

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

Компетенция <ОПК>4

Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> Критерии к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное исследование. Показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с 	<ul style="list-style-type: none"> Определять у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное 	<ul style="list-style-type: none"> навыками к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и

<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает показания для направления 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. • Знает критерии обоснования и постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). • Правила безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников. 	<p>исследование.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). • Осуществляет обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников 	<p>проводит физикальное исследование.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыками определения необходимости направления 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. • Навыками определения необходимости консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. • Навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). • Навыками осуществлять обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников
---	---	--

Компетенция <ОПК5>

Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • План лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, 	<ul style="list-style-type: none"> • Разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующими 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыками лечения пациентов в соответствии с действующими

<p>клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> Показания и противопоказания для назначений лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Показания и противопоказания для назначения немедикаментозной терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> Назначать 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. 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. 	<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> Навыками назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Навыками назначений немедикаментозной терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
---	---	--

Компетенция <ОПК7>

Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> Методику по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических. Методику проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности. Критерии подготовки медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. 	<ul style="list-style-type: none"> Осуществлять проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности. Осуществлять подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных 	<ul style="list-style-type: none"> Осуществляет работу по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических. Осуществляет проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности. Осуществляет подготовку медицинской

	учреждениях медико-социальной экспертизы.	документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.
--	---	---

Компетенция <ОПК9>

Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Методику составления плана и отчета о своей работе. • Методику ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. • Методику проведения работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Составить план и отчет о своей работе. • Вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа. • Провести работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Осуществляет составление плана и отчета о своей работе. • Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. • Осуществляет проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Компетенция <ПК1>

Способен к оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста по профилю "гериатрия"

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Методику проведения обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса. • Показания и противопоказания к назначению лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить обследование пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса. • Назначить с учетом показания и противопоказаний лечение пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности. 	<ul style="list-style-type: none"> • осуществляет проведение обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса. • Осуществляет назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности.

Компетенция <ПК2>

Оказание специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи по профилю "гериатрия"

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Методику проведения обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса 	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить обследование пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения 	<ul style="list-style-type: none"> • осуществляет проведение обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления

<ul style="list-style-type: none"> Показания и противопоказания к назначению лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности. 	<p>функционального статуса</p> <ul style="list-style-type: none"> Назначить, с учетом показаний и противопоказаний, лечение пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности. 	<p>диагноза и определения функционального статуса</p> <ul style="list-style-type: none"> Осуществляет назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста, контроль его эффективности и безопасности.
---	--	---

Этап: Проведение промежуточной аттестации по дисциплине специальности «Гериатрия»

Задание №1. Тестовые задания по всем модулям специальности «Гериатрия».

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по четырех балльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
нает	<p>готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОПК4)</p> <p>готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1,2);</p> <p>готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ОПК9);</p> <p>готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ОПК-4,5, ПК 1,2)</p> <p>готовность к ведению и лечению пациентов пожилого и старческого возраста (ОПК-7, ПК 1,2);</p> <p>готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном</p>	Отлично	<p>Раскрывает полное содержание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы</p>
		Хорошо	<p>Демонстрирует знание по предмету кардиология. Допускает незначительные неточности.</p>

	лечении (ОПК-7,9)	Удовлетворительно	Допускает значительные неточности. Слабо владеет материалом
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Умеет	<p>готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОПК 4)</p> <p>готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1,2);</p> <p>готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ОПК-4,7);</p> <p>готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ОПК-5, 7,9)</p> <p>готовность к ведению и лечению пациентов пожилого и старческого возраста (ОПК-7, ПК 1,2);</p> <p>готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-1,2)</p>	Отлично	Обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
		Хорошо	Обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может

			сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Владеет	<p>готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОПК 4)</p> <p>готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ОПК- 5,7 ПК 1,2);</p> <p>готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ОПК 7,9 ПК-2);</p> <p>готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ОПК-4,9, ПК 1,2)</p> <p>готовность к ведению и лечению пациентов пожилого и старческого возраста (ОПК-4,7);</p> <p>готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-1,2)</p>	Отлично	Ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.
		Хорошо	Ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.
		Неудовлетворительно	Обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.

Тестовые задания для промежуточной аттестации ординаторов

Выбрать все правильные ответы

1. Основными направлениями здравоохранения на современном этапе являются:

- А) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;
- Б) развитие многоканального финансирования;
- В) сохранение общественного сектора здравоохранения;
- Г) увеличение кадрового потенциала;
- Д) профилактика заболеваний, развитие стационарно замещающих форм, снижение инфекционных заболеваний и детской смертности

2. Медицинская этика — это:

- А) специфическое проявление общей этики в деятельности врача;
- Б) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников;
- В) наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально- деловых и социальных качеств;
- Г) наука, рассматривающая вопросы поведения медицинских работников в обществе;
- Д) самостоятельная наука о долге медицинских работников.

3. Медицинская деонтология — это:

- А) самостоятельная наука о долге медицинских работников;
- Б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики;
- В) наука о взаимоотношениях врача и больного;
- Г) наука, определяющая взаимоотношение между медицинскими работниками;
- Д) наука, рассматривающая вопросы поведения медицинских работников в обществе.

4. В формировании общественного здоровья по оценке ВОЗ определяющую роль играет:

- А) генетические факторы;
- Б) природно-климатические факторы;
- В) уровень и образ жизни населения;
- Г) уровень, качество и доступность медицинской помощи;
- Д) социальное положение.

5. Не являются основными источниками информации о здоровье:

- А) официальная информация о смертности населения;
- Б) данные страховых компаний;
- В) эпидемиологическая информация;
- Г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- Д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

6. Информация статистики здравоохранения включает в себя показатели:

- А) работы стационара (работа койки в году, оборот койки, средние сроки пребывания больного на койке);
- Б) младенческой и общей смертности;
- В) общей заболеваемости;
- Г) инвалидности;
- Д) болезненности.

7. Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

- А) до 10;
- Б) от 10 до 15;
- В) от 15 до 20;
- Г) от 20 до 25;
- Д) от 25 до 30.

8. Уровень общей смертности (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

- А) от 5 до 10;
- Б) от 11 до 15;
- С) от 16 до 20;
- Г) от 20 до 25;
- Д) от 25 до 30.

9. Сущность термина «болезненность»:

- А) вновь выявленные заболевания в данном году;
- Б) все заболевания, зарегистрированные в данном году;
- В) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах;

Г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;

Д) заболевания, выявленные у пациентов впервые.

10. Международная классификация болезней — это:

А) перечень наименований болезней в определенном порядке;

Б) перечень диагнозов в определенном порядке;

В) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;

Г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;

Д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

11. Пожилым больным с артериальной гипертензией и хронической почечной недостаточностью III степени лучше назначить:

А) фозиноприл; Б) атенолол;

В) спиронолактон; Г) гуанетидин;

Д) нитропруссид натрия

12. У пожилых больных с хронической почечной недостаточностью II степени и бактериальной пневмонией препаратом выбора является:

А) гентамицин; Б) доксициклин;

В) сульфаниламиды; Г) карбенициллин; Д) цефазолин.

13. Слабовыраженную сердечную недостаточность у пожилых корректируют следующим препаратом:

А) сердечными гликозидами;

Б) небольшими дозами петлевых диуретиков (с коррекцией уровня калия сыворотки);

В) ингибиторами АПФ;

Г) нитратами;

Д) гидралазином.

14. Фармакодинамическое взаимодействие лекарственных средств — это:

А) синергизм, антагонизм, торможение элиминации; Б) синергизм, антагонизм, потенцирование;

В) синергизм, антагонизм, усиление биотрансформации; Г) потенцирование, антагонизм, торможение элиминации; Д) синергизм, потенцирование, торможение элиминации.

15. Синергизм — это:

А) противоположное действие препаратов;

Б) значительное усиление эффектов препаратов;

В) однонаправленное действие препаратов;

Г) суммирование действия препаратов;

Д) наименьший эффект препаратов.

16. Основным фактором, вызывающим несовместимость лекарственных средств в инфузионных растворах является:

А) выпадение осадка; Б) изменение pH;

В) изменение цвета раствора;

Г) концентрация препаратов в растворе;

Д) истекший срок годности одного из компонентов.

17. Потенцирование действия лекарственных средств преодолевается путем:

А) снижения дозы одного из препаратов; Б) снижения доз обоих препаратов;

В) добавлением препарата с конкурирующим действием; Г) отмены одного из препаратов;

Д) чередованием дачи двух препаратов.

18. Характерные сочетания антибактериальных препаратов эффективных при аспирационной пневмонии у пожилых:

А) цефалоспорины гентамицин метронидазол; Б) гентамицин ампициллин;

В) диоксидин внутривенно фурагин; Г) эуфиллин внутривенно гентамицин;

Д) ровамицин ампициллин.

19. Бактериальная пневмония, осложнившая течение гриппа успешно поддается лечению следующих антибиотиков:

А) цефалоспоринов; Б) 5-НОК;

В) метрагилом внутривенно; Г) сульфадиметоксином;

Д) ацикловиром.

20. К классу пенициллинов относятся антибиотики:

А) ровамицин; Б) гентамицин;

В) кефзол; Г) ампиокс;

Д) метициллин

21. В качестве лекарственного средства при грыже пищеводного отверстия диафрагмы используют:

А) церукал;

Б) масло шиповника;

В) ранитидин;

Г) гастроепин;

Д) альмагель.

22. Для исключения взаимодействия антацидов и транквилизаторов необходим интервал между приемами этих препаратов:

А) 20-30 минут; Б) 1,5-2 часа;

В) 2-6 часов; Г) 6-12 часов; Д) 8-12 часов.

23. К побочным эффектам макролидов относят:

А) изменения со стороны желудочно-кишечного тракта; Б) аллергические реакции;

В) нефротоксичность;

Г) геморрагический синдром;

Д) изменения со стороны кровяной системы.

24. Средством выбора из антигипертензивных препаратов, благоприятно влияющих на внутрипочечную гемодинамику, является:

А) спиронолактон; Б) гидрохлортиазид;

В) гуанетидин; Г) каптоприл; Д) клофелин.

25. Правильный режим пульс-терапии метилпреднизолоном является:

А) метилпреднизолон по 1000 мг внутрь 3 дня подряд;

Б) метилпреднизолон по 1000 мг в/в 3 дня подряд;

В) метилпреднизолон по 1000 мг в/м 3 дня подряд;

Г) метилпреднизолон по 1000 мг в/в 3 раза в сутки;

Д) метилпреднизолон по 1000 мг интраартикулярно.

26. Среди нижеперечисленных лекарственных средств бактериостатическим антибиотиком является:

А) эритромицин;

Б) бензилпенициллин;

В) гентамицин;

Г) цефазолин;

Д) винкомицин.

27. Терапия антигипертензивными средствами при хронической почечной недостаточности, показано сочетание следующих препаратов (при условии неэффективности монотерапии):

А) метилдопа клофелин; Б) анаприлин дилтиазем;

В) каптоприл доксазозин;

Г) каптоприл спиронолактон; Д) нифедипин дилтиазем.

28. Средством выбора мочегонной терапии отечного синдрома в условиях хронической почечной недостаточности является:

А) фуросемид;

Б) гидрохлортиазид;

В) спиронолактон;

Г) триамтерен;

Д) аминофиллин.

29. Первое лечебное мероприятие при миеломной болезни является:

А) лучевая терапия;

Б) лечение инфекционных осложнений;

В) полихимиотерапия;

Г) ортопедические мероприятия;

Д) методы профилактики кардиотоксического действия лекарственных препаратов.

30. Выраженным гепатотоксическим эффектом обладает следующий препарат:

- А) циклофосфан;
- Б) адрибластин и его аналоги;
- В) винкристин;
- Г) натулан;
- Д) 6-меркаптопурин.

31. Цитостатик, обладающий нефротоксическим эффектом:

- А) циклофосфан; Б) интерфероны;
- В) алкеран; Г) мустарген; Д) лейкеран.

32. Цитостатик, который обладает нейротоксическим эффектом, особенно у людей старших возрастных групп:

- А) мустарген; Б) цитазар;
- В) винкристин; Г) лейкеран; Д) алкеран.

33. Плазмаферез является абсолютным показанием при:

- А) обычном течении миеломной болезни;
- Б) парапротеинемической коме;
- В) аутоиммунной гемолитической анемии с неполными тепловыми антителами;
- Г) аутоиммунной гемолитической анемии с полными Холодовыми антителами и криоглобулинемией;
- Д) выраженных признаках иммуннокомплексной патологии.

34. Для выведения из гипогликемической комы необходимы мероприятия:

- А) внутривенное капельное введение 10% глюкозы; Б) внутривенное струйное введение 40% глюкозы; внутривенное струйное введение 40% изотонического раствора; Г) внутривенное капельное введение 5% глюкозы; Д) внутривенное капельное введение 40% глюкозы с 6-8 ЕД инсулина.

35. Патогенетической терапией при постменопаузальной дисгормональной кардиопатии является назначение:

- А) бета-блокаторов; Б) эстрогенов;
- В) андрогенов; Г) L- тироксина;
- Д) антагонистов кальция.

36. Лиц пожилого возраста на медико-социальную экспертизу направляет:

- А) врач поликлиники; Б) врач стационара;
- В) врач реабилитационного центра; Г) врач санатория;
- Д) врач диспансера.

37. Тяжелая стадия некоторых заболеваний у пожилых сопровождается белковой недостаточностью. При этом:

1. снижается масса тела;
2. снижается метаболизм лекарственных средств в печени;
3. возникают отеки;
4. изменяется фармакокинетика лекарственных средств;
5. развивается гипопроteinемия.

38. При развитии декомпенсированного хронического легочного сердца назначают следующие препараты:

1. сердечные гликозиды;
2. эуфиллин;
3. мочегонные средства
4. ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (каптоприл, энап);
5. М-холиномиметики.

39. Найдите верные утверждения:

1. количество воды в организме у пожилых снижено, поэтому концентрация водорастворимых препаратов в крови может увеличиваться;
2. в связи с увеличением в старческом организме количества жировой ткани, концентрация жирорастворимых веществ в крови уменьшается, объем их распределения увеличивается;
3. концентрация альбуминов в организме у пожилых уменьшается, поэтому в крови

увеличивается пропорция несвязанных лекарственных средств;

4. распределение лекарственных средств в организме у пожилых уменьшается в связи со снижением скорости кровотока;

5. распределение лекарственных средств в старческом организме изменяется из-за увеличения веса тела.

40. Особенности фармакокинетики лекарственных средств в пожилом организме:

1. всасывание лекарственных средств замедляется;

2. метаболизм препаратов снижается;

3. меняется распределение лекарственных средств;

4. изменяется экскреция лекарственных средств;

5. меняется проникновение лекарственных средств через клеточные оболочки.

41. Всасывание лекарственных средств у пожилых замедляется из-за:

1. замедления кровотока;

2. снижения физической активности;

3. снижения двигательной активности желудочно-кишечного тракта;

4. увеличения коронарного кровотока;

5. увеличения количества воды в организме.

42. Причинами изменения распределения лекарственных средств в старческом организме являются:

1. снижение массы тела;

2. снижение количества воды в организме;

3. повышение количества жировой ткани;

4. изменение липидного спектра крови;

5. повышение концентрации альбуминов плазмы.

43. Причинами снижения метаболизма лекарственных средств в пожилом организме являются:

1. уменьшение индукции ферментативных процессов в печени;

2. уменьшение печеночного кровотока;

3.3. уменьшение почечного кровотока, клубочковой фильтрации и канальцевой секреции;

4. увеличение количества воды в организме;

5. изменение липидного спектра крови.

44. С возрастом увеличивается частота побочных реакций на лекарственные средства. Это связано с:

1. увеличением числа принимаемых необходимых лекарственных средств;

2. полиморбидностью;

3. потребностью в дополнительной коррекции доз лекарственных средств в связи с особенностями физиологического состояния старческого организма;

4. снижением скорости клубочковой фильтрации и функцией почечных канальцев;

5. уменьшением концентрации и связывающей способности белков плазмы.

45. Виды взаимодействия лекарственных средств в организме:

1. фармакодинамическое;

2. фармацевтическое;

3. фармакокинетическое;

4. биологическое;

5. химическое.

46. Виды взаимодействия лекарственных средств вне организма:

1. фармацевтическое;

2. фармакологическое;

3. химическое;

4. биологическое;

5. фармакодинамическое.

47. Взаимодействие лекарственных средств в организме может происходить на следующих уровнях:

1. во время распределения их в депо;

2. на этапе их транспорта белками крови;

3. на уровне рецепторов;

4. во время биотрансформации;

5. во время элиминации.

48. Найдите верные утверждения:

1. при отсутствии специальной информации препараты следует растворить в глюкозе, изотоническом растворе хлорида натрия или их смеси;

2. наиболее надежен раствор, содержащий одно лекарственное средство;

3. все растворы следует готовить непосредственно перед употреблением;

4. если при смешивании ЛС не изменились цвет и прозрачность раствора, то он сохранил свою активность;

5. следует добавлять препараты к крови, растворам аминокислот или жировым эмульсиям

49. Рефрактерность к лекарственным препаратам можно преодолеть путем:

1. повышения дозы лекарственных средств;

2. применения комбинированной терапии;

3. отмены препаратов с конкурирующим действием;

4. снижения дозы лекарственного препарата;

5. чередованием подобранных лекарственных средств.

50. Правила предупреждения потенцирования действия лекарственных средств у пожилых:

1. назначение комбинированных препаратов с фиксированными дозами только если это имеет смысл и они достаточно изучены;

2. добавляя новое лекарство, думая о том, нельзя ли отменить один из тех препаратов, которые больной уже получает;

3. тщательно собрать лекарственный анамнез, а также расспросить о применении трав и биологически активных добавок;

4. поменять лекарственное средство;

5. изменить режим дозирования.

51. При развитии дыхательной недостаточности у больного с хроническим бронхитом показаны влелующие препараты:

1. эуфиллин внутривенно;

2. системные кортикостероиды;

3. оксигенотерапия;

4. М-холиномиметики;

5. дыхательная гимнастика.

52. При развитии аллергических реакций у пожилых в ответ на антибиотики и медикаментозную терапию нужно провести, в первую очередь, мероприятия:

1. отмена антибиотиков;

2. назначение антигистаминных препаратов (тавегил, супрастин, задитен);

3. преднизолон внутрь или внутривенно;

4. назначение препаратов калия;

5. сердечные гликозиды.

53. При развитии тромбозов ветвей легочной артерии показаны следующие препараты:

1. гепарин;

2. реополиглюкин;

3. эуфиллин внутривенно;

4. нитроглицерин;

5. морфин.

54. Если ТЭЛА осложнилась развитием инфаркта легкого, целесообразно применение следующих препаратов:

1. антибиотиков;

2. гепарина;

3. эуфиллина;

4. аминакапроновой кислоты;

5. реополиглюкина.

55. При наличии признаков легочной гипертензии применяют следующие препараты:

1. нитроглицерин;

2. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;

3. эуфиллин;

4. экстракт валерианы;
5. сердечные гликозиды.

56. Для купирования бронхо-астматического статуса применяют следующие препараты:

1. эуфиллин внутривенно;
2. преднизолон внутривенно;
3. ингаляции с астмопентом, беротеком и другими в-стимуляторами;
4. наркотические препараты;
5. антибиотики.

57. В качестве базисной терапии хронического бронхита назначают следующие препараты:

1. М-холинолитики;
2. В2-агонисты;
3. пролонгированные теофиллины;
4. антибиотики;
5. цитостатики.

58. Для лечения саркоидоза Бека с поражением легких следует применять следующие препараты:

1. преднизолон;
2. антибиотики;
3. эуфиллин;
4. нестероидные противовоспалительные средства;
5. антигистаминные препараты.

59. При подозрении на туберкулез легких у пожилых целесообразно назначить препараты:

1. рифампицин;
2. стрептомицин;
3. ПАСК;
4. гентамицин;
5. пенициллин.

60. Наиболее эффективные муколитические препараты при хроническом бронхите у пожилых являются:

1. бромгексин;
2. мукалтин;
3. термопсис;
4. ацетилцистеиновая кислота;
5. детергенты.

61. Побочные действия ранитидина, проявляющиеся прежде всего у пациентов пожилого возраста:

1. головная-боль, головокружение;
2. депрессия, рассеянность;
3. брадикардия;
4. тахикардия;
5. эйфория.

62. Свойства реглана:

1. ускоряет опорожнение желудка;
2. повышает тонус нижнепищеводного сфинктера;
3. стимулирует перистальтику тонкой кишки;
4. стимулирует секрецию пролактина;
5. стимулирует перистальтику желудка.

63. Пожилым больным, страдающим ИБС и ахалазией кардии, показаны следующие препараты:

1. нитраты;
2. антагонисты кальция;
3. церукал;
4. кортикостероиды;
5. спазмолитики.

64. Назначая лечение гипертонической болезни пожилым больным, страдающим язвенной болезнью, показаны следующие препараты:

1. капотен;

2. ариффон;
3. антагонисты кальция;
4. резерпин;
5. анаприлин.

65. У пожилых больных применение холинолитиков при язвенной болезни осложняется следующими симптомами:

1. сухостью слизистых оболочек;
2. тахикардией;
3. атонией кишечника и мочевого пузыря;
4. повышением внутриглазного давления;
5. понижением тонуса желчных протоков.

66. К лечению язвенной болезни при обнаружении *H. Pylori* необходимо добавить следующие препараты:

1. де-нол;
2. трихопол;
3. хилак форте;
4. антибиотики;
5. мезим форте.

67. Для улучшения процессов рубцевания язвы пожилым больным рекомендуется:

1. неробол, ретаболил;
2. новокаин;
3. метилурацил;
4. витамин U;
5. солкосерил.

68. Препаратами выбора при лечении ишемического колита являются:

1. спазмолитики;
2. анальгетики;
3. нитраты;
4. мезатон;
5. преднизолон.

69. Фитопрепараты, которые защищают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, следующие:

1. кора дуба;
2. трава зверобоя;
3. плоды черники;
4. полынь;
5. трава горицвета.

70. Побочными эффектами аминогликозидов являются:

1. ототоксичность;
2. гепатотоксичность;
3. нефротоксичность;
4. изменения со стороны желудочно-кишечного тракта;
5. нарушение сознания.

71. Геморрагический синдром встречается на фоне лечения:

1. цефалоспорины 2-3 поколений;
2. карбоксипенициллином;
3. метронидазолом;
4. нитратами;
5. бета-блокаторами.

72. Для терапии артериальной гипертензии применяются следующие группы препаратов:

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
2. бета-блокаторы;
3. диуретики;
4. ингибиторы фосфодиэстеразы;
5. антагонисты кальция короткого действия.

73. Перечисленные ингибиторы АПФ преимущественно выводятся через желудочно-кишечный тракт:

1. рамиприл;
2. фозиноприл;
3. моэксиприл;
4. эналаприл;
5. каптоприл.

74. Для лечения хронической сердечной недостаточности используются препараты:

1. антагонистов кальция;
2. диуретики;
3. ингибиторы АПФ;
4. бета-блокаторы;
5. сердечные гликозиды.

75. При приступе вариантной стенокардии целесообразно применение:

1. нитроглицерин;
2. нифедипина;
3. верапамила;
4. дилтиазема;
5. изокет.

76. Выраженный кардиотоксический эффект оказывают следующие препараты:

1. адриобластин;
2. винкристин;
3. лейкеран;
4. стероидные гормоны;
5. рубромицин.

77. Миелотоксическим эффектом обладают следующие препараты:

1. циклофосфан;
2. адриобластин и его аналоги;
3. винкристин;
4. метотрексат;
5. стероидные гормоны.

78. При постменопаузальной артериальной гипертензии патогенетическими средствами лечения являются:

1. эстрогены;
2. моэксиприл;
3. альфа-ДЗ ТЕВА;
4. клофелин;
5. фуросемид

79. Основные виды медицинской реабилитации лиц пожилого возраста:

1. восстановительная терапия;
2. реконструктивная хирургия;
3. протезирование и ортезирование;
4. консервативная терапия;
5. гомеопатическая терапия.

80. Основные виды социальной реабилитации лиц пожилого возраста:

1. социально-бытовая адаптация;
2. социально-средовая ориентация;
3. социально-культурная реабилитация;
4. возвращение к труду;
5. восстановление в праве на бесплатное медицинское обслуживание.

82. Пожилым считается возраст:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
В) 75-80 лет; Г) 81-89 лет;
Д) 90 и более лет.

83. Старческим считается возраст:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
В) 75-89 лет; Г) 90-95 лет;
Д) 96 и более лет.

84. Определите возраст долгожителей:

- А) 45-59 лет; Б) 60-74 года;
В) 75-89 лет;
Г) 90 и более лет; Д) 100 и более лет.

85. Показатель, прогрессивно снижающийся в пожилом и старческом возрасте:

- А) уровень глюкозы в крови;
Б) сократительная способность миокарда;
В) количество форменных элементов крови;
Г) синтез гормонов гипофиза;
Д) уровень общего холестерина крови.

86. Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом:

- А) уровень глюкозы в крови;
Б) сократительная способность миокарда;
В) количество форменных элементов крови;
О синтез гормонов гипофиза;
Д) уровень общего холестерина крови.

87. Показатель, прогрессивно снижающийся с возрастом:

- А) онкотическое давление; Б) сахар крови;
В) функция половых желез;
О чувствительность органов к гормонам; Д) внутриглазное давление.

88. Показатель, возрастающий с возрастом:

- А) онкотическое давление;
Б) функция пищеварительных желез;
В) функция половых желез;
Г) чувствительность органов к гормонам; Д) внутриглазное давление.

89. Большинство здоровых людей способны прожить:

- А) 70 лет; Б) 80 лет;
В) 90 лет; Г) 100 лет;
Д) Более 100 лет.

90. Физиологически стареющими можно признать:

- А) 1-2% пожилых и старых людей; Б) 3-6% пожилых и старых людей;
В) 7-10% пожилых и старых людей; Г) 10-15% пожилых и старых людей; Д) 15-20% пожилых и старых людей.

91. Демографическая ситуация в России характеризуется

- А) увеличением продолжительности жизни; Б) увеличением удельного веса детей;
В) увеличением удельного веса лиц пожилого возраста; Г) снижением продолжительности жизни;
Д) изменением социальной структуры общества.

92. С возрастом не повышается артериальное давление:

- А) систолическое; Б) диастолическое;
В) пульсовое;
Г) среднее динамическое; Д) боковое.

93. Частота сердечных сокращений с возрастом:

- А) снижается; Б) повышается;
В) не изменяется;
Г) возрастает с возрастанием АД; Д) снижается с возрастанием АД.

94. Геронтология — это:

1. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;
2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте;
3. наука, изучающая болезни пожилого возраста;
4. наука о старении организма;
5. наука, изучающая старческий возрастной период.

95. Гериатрия — это:

1. наука о старении организма;
2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте;
3. наука, изучающая болезни пожилого возраста;
4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;
5. наука, изучающая старческий возрастной период.

96. Старение характеризуется:

- 1.разрушительностью;
- 2.эндогенностью;
- 3.постепенностью;
- 4.адаптивностью;
- 5.созидательностью.

97. Геропротекция включает в себя:

- 1.достаточную физическую активность;
- 2.снижение пищевого энергопйступления;
- 3.сохранение постоянной массы тела;
- 4.увеличение массы тела;
- 5.снижение физической активности.

98. Гетерогенность — Это:

1. различная скорость развития возрастных изменений;
2. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
3. одновременное наступление старения всех органов и тканей;
4. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
5. равноценная выраженность процессов старения органов и тканей.

99. Гетеротропность — это:

1. различная скорость развития возрастных изменений;
2. равноценная выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа;
3. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
4. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
5. одновременное наступление старения различных органов и тканей.

100. Гетерокинетичность — это:

1. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
2. одинаковая скорость развития возрастных изменений различных органов и тканей;
3. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
4. различная скорость развития возрастных изменений;
5. одинаковая выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа.

Ответы:

1.	Г	31	Д	61	Б	91	А
2.	Д	32	А	62	А	92	Г
3.	Б	33	Д	63	А	93	Г
4.	В	34	А	64	А	94	А
5.	Б	35	Д	65	Б	95	А
6.	А	36	Д	66	А	96	Г
7.	А	37	А	67	Д	97	Д
8.	В	38	А	68	А	98	А
9.	Б	39	Б	69	Д	99	А
10.	Г	40	А	70	А	100	А
11.	А	41	А	71	А		
12.	Б	42	А	72	А		
13.	Б	43	Г	73	Д		
14.	Б	44	Б	74	Д		
15.	В	45	Б	75	А		
16.	Б	46	А	76	А		
17.	Б	47	Г	77	А		
18.	А	48	Б	78	А		
19.	Г	49	А	79	А		
20.	Д	50	В	80	Б		

21.	А	51	А	81	В
22	А	52	Д	82	Г
23	Б	53	Д	83	Б
24	Б	54	А	84	Г
25	Б	55	Д	85	В
26	А	56	Б	86	Г
27	Д	57	А	87	В
28	А	58	А	88	Б
29	А	59	Д	89	Г
30	А	60	Б	90	Б

**Тестовые задания для промежуточной аттестации ординаторов I года обучения
Медицинского института БУ ВО «Сургутского Государственного университета
ХМАО-Югры»**

Наименование дисциплины: Гериатрия

ФИО. _____

Вариант тестовой программы _____

Дата проведения промежуточной аттестации:

Начало тестирования – _____

Окончание тестирования – _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Результаты промежуточной аттестации:

Количество правильных ответов _____ (_____ %)

Оценка _____

Председатель:

Члены:

«_____» _____ 202 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА К ЭКЗАМЕНУ II СЕМЕСТР ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

Перечень вопросов к вступительному экзамену по геронтологии и гериатрии

1. Геронтология как наука. История становления, цели и задачи.
2. Гериатрическое консультирование. Комплексная гериатрическая оценка.
3. Развитие геронтологии в России.
4. Синдром старческой астении
5. Гериатрические синдромы: саркопения, мальнутриция. Клинические проявления, диагностика.
6. Развитие геронтологии за рубежом.
7. Остеоартрит как гериатрическая проблема.
8. Гиполипидемические средства. Показания и особенности применения в пожилом и старческом возрасте.
9. Онкологические заболевания в пожилом и старческом возрасте. Возможности обезболивания.
10. Остеопороз, этиология и патогенез. Особенности переломов костей в пожилом и старческом возрасте.
11. Периодизация возраста. Понятие о пожилом, старческом возрасте, долгожителях.
12. Длительная иммобилизация в пожилом и старческом возрасте
13. Особенности клиники, диагностики, течения и терапии пневмоний в пожилом возрасте.
14. Онконастороженность в работе врача-гериатра.
15. Организация медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста в Российской Федерации.
16. Особенности клиники инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте. Диагностика, терапия, реабилитация.
17. Хроническая обструктивная болезнь легких: тактика диагностики и лечения лиц пожилого и старческого возраста.
18. Признаки старения органов чувств.
19. Артериальная гипертензия в пожилом и старческом возрасте.
20. Признаки старения опорно-двигательного аппарата.
21. Особенности фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
22. Признаки старения пищеварительной системы.
23. Хроническая сердечная недостаточность в пожилом и старческом возрасте.
24. Осложнения сахарного диабета 2 типа, характерные для лиц пожилого возраста. Диагностика, терапия, прогнозирование и профилактика.
25. Синдром когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте. Методы диагностики.
26. Синкопальные состояния в пожилом возрасте.
27. Оценка функционального статуса. Мобильность. Понятие «постуральный баланс».
28. Основные теории старения.
29. Понятие полиморбидности и методы ее оценки.
30. Депрессия позднего возраста. Клиника, особенности диагностики и терапии.
31. Расстройства равновесия в пожилом возрасте. Этиология, патогенез, клиника.
32. Нарушение глотания в пожилом и старческом возрасте.

33. Анемический синдром в пожилом и старческом возрасте. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
34. Принципы реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста.
35. Болевой синдром у пациентов пожилого и старческого возраста.
36. Особенности ведения пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий.
37. Болезни кисти в пожилом и старческом возрасте.
38. Делирий в гериатрической практике. Клиника, диагностика, особенности терапии.
39. Заболевания стопы у лиц пожилого и старческого возраста.
40. Особенности фармакотерапии пожилого человека. Полипрагмазия.
41. Гипотиреоз в пожилом и старческом возрасте.
42. Кахексия и анорексия у пациентов пожилого и старческого возраста.
43. Недержание мочи в пожилом и старческом возрасте.
44. Тревожное расстройство в позднем возрасте.
45. Тромбозы у пожилых пациентов. Особенности антикоагулянтной терапии.
46. Анемии в пожилом и старческом возрасте.
47. Комплексная гериатрическая оценка.
48. Падения в пожилом и старческом возрасте. Этиология, возможные осложнения, методы коррекции.
49. Деменция у пациентов пожилого и старческого возраста. Уход за пациентами с деменцией.
50. Двигательные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста: поструральная неустойчивость и нарушение ходьбы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

на экзамен 2 семестр

КАРДИОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 78 лет. 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/м². Кожные покровы физиологической 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 – снаружи 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.

Здесь и далее 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.

Задача 2

Мужчина, 86 лет, пенсионер. 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, иррадирующая 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 кг/м². 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 – $8,2 \times 10^9/л$; Нб – 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, 72 года, учитель. 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 переменой 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 кг/м². 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 среднеключичной линии, ограниченный, приподнимающий. Перкуторно отмечается расширение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи 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⁺ – 4,5 ммоль/л, Na⁺ – 114 ммоль/л, Ca⁺⁺ – 1,02 ммоль/л, Сl⁺⁺ – 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, КДРлж – 53 мм, КСРлж – 37 мм, КДОлж – 138 мл, КСОлж – 69 мл, ФВлж – 56 %, ТМЖП – 13 мм, ТЗСЛЖ – 12 мм, ПЖ – 29 мм, ПП – 35 мм.

Задача 4

Мужчина, 69 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/м². 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 – 51с.

ЭКГ: зубец Q и подъем сегмента ST на 2,5 мм с переходом в двухфазный зубец T в отведениях I, avL, V₂ – V₆.

Задача 5

Мужчина, 70 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/м². 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 обеих 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, 84 года, не работает. 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.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 79 лет, пенсионер. 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, амоксициклом. На фоне лечения без улучшения.

Из анамнеза жизни. Курит 50 лет по 1 пачки в день. Последние года стал отмечать 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/м². 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: Нв – 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; ОФВ₁ – 64 % от должного; ФЖЕЛ – 74 % от должного.

УЗИ ОБП: уплотнение ткани поджелудочной железы.

Задача 2

Мужчина, 74 года, пенсионер. 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 49 лет по 2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней тяжести. В сознании. ИМТ 24,6 кг/м². 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: Нг – 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: рО₂ крови – 70 мм рт. ст.; рСО₂ – 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, 65 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/м². 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: Нб – 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 структурен.

Задача 4

Женщина, 82 года, не работает. 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 $28,4 \text{ кг/м}^2$. 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 – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нб – 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, 65 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 40 лет, перенесенные заболевания – пневмония 10 лет назад.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ $22,1 \text{ кг/м}^2$. 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: Нб – 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: ОФВ₁ – 70 % от должного; ФЖЕЛ – 75 % от должного, индекс Тиффно – 95 % от должного.

Задача 6

Мужчина, 88 лет, пенсионер. 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 47 лет. Курит 60 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен, активен. Повышенного питания. ИМТ 30,5 кг/м². Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Цианотический румянец щек, акроцианоз, отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, SaO₂ 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; ОФВ₁ – 58 % от должного.

Газовый состав крови: pCO₂ – 51 мм рт. ст.; pO₂ – 60 мм рт. ст.; насыщение Нб

кислородом – 70 %; рН – 7,35.

Задача 7

Женщина, 72 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/м². Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Бледный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 26 в мин, SaO₂ 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: Нв – 152 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $3,20 \times 10^9/л$;
СОЭ – 22 мм/ч; гематокрит – 50 %.

Газовый состав крови: рО₂ < 60 мм рт. ст.; рСО₂ > 50 мм рт. ст.; рН – 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: ОФВ₁ – 31 % от должного; ЖЕЛ – 60 % от должного.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 84 года, пенсионер. Жалобы: на боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, кровоточивость 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/м². Температура тела 37,2 °С. 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, 73 года. 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/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа и видимые слизистые желтушные, умеренной влажности. На груди и верхних конечностях сосудистые звездочки. Пальмарная эритема. На голених 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, 67 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/м². 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 голени. 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: Hb – 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 – 128×10^9 /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, 66 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/м². 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 – $3,0 \times 10^{12}$ /л; Hb – 99 г/л; MCV – 72 мкм; тромбоциты – 160×10^9 /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 %; α_1 -глобулины – 10 %; α_2 -глобулины – 12 %; β -глобулины – 20 %; γ -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, 66 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/м². 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 – $5,2 \times 10^{12}/л$; Нб – 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, 65 лет, парикмахер. Жалобы: на боли внизу живота, диарею с кровянистым 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/м². 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 %; α_1 -глобулины – 7 %, α_2 -глобулины – 14 %, β -глобулины – 10 %, γ -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/м². 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, 78 лет. 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/м². 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, 73 года. 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 $18,3 \text{ кг}/\text{м}^2$. Температура тела $36,0 \text{ }^\circ\text{C}$. 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 $4,5 \text{ ммоль}/л$.

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.

НЕФРОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 68 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до $37,5 \text{ }^\circ\text{C}$, 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, β -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, 65 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. SaO₂ – 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 м² Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

Задача 3

Мужчина, 77 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: Нв – 110 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты – 12×10^9 /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: α_1 – 4 %, α_2 – 17 %, β – 20 %, γ – 22 %, креатинин – 188 мкмоль/л.

Задача 4

Мужчина, 64 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: Нв – 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 5

Женщина, 68 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 м².

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

Задача 7

Мужчина, 62 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 °С. 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 отделах 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.

РЕВМАТОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 66 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

Женщина, 66 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, 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 °С, 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; K^+ – 7,4 мэкв/л; 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, 65 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: Нв – 86 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,8; тромбоциты – 160×10^9 /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: α_1 – 4 % (N 2,2–4,2 %); α_2 – 11 % (N 7,9–10,9 %); β – 11 % (N 10,2–18,3 %); γ – 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, 73 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: Нв – 130 г/л; лейкоциты – 15×10^9 /л; лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы – 8 %, с/я нейтрофилы – 69 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 1 %; тромбоциты – 238×10^9 /л; СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; альбумины – 50 % (N 46,9–61,4 %), глобулины: α_1 – 4,5 % (N 2,2–4,2 %); α_2 – 10,3 % (N 7,9–10,9 %); β – 12,2 % (N 10,2–18,3 %); γ – 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 лимфоцитарные инфильтраты.

Задача 6

Женщина, 69 лет, учитель музыки. Жалобы на боли в межфаланговых, локтевых и коленных суставах, лихорадку, слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение 7 лет 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 «–».

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 68 лет. 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 придерживалась диет. Около 8 лет вегетарианка.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м². 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 — 210×10^9 /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, 65 лет, 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 10 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/м². 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 — 100×10^9 /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, 75 лет. 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/м². Кожный покров и видимые слизистые ярко гиперемированы, физиологической влажности, чистые. Склеры инъекцированы. Мягкое небо багрово-синюшного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков

нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. SaO₂ – 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 осисердца.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка 18 × 12 см.

Задача 4

Женщина 67 лет, пенсионерка. Жалобы на резчайшую слабость, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, тошноту, боли в верхних отделах живота.

Из анамнеза заболевания. Умеренное снижение концентрации Hb периодически регистрировалось в течение 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/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные с лимонным оттенком, физиологической влажности, чистые. Следов расчесов на теле нет. 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 – 300×10^9 /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 × 12 см.

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

Задача 5

Мужчина, 66 лет, слесарь-сборщик. Жалобы на появление опухолевидных образований в подчелюстных

областях и на шее, повышенную ночную потливость, кожный зуд, снижением 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/м². 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: Нb–120 г/л; гематокрит – 40 %; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 86 фл; содержание Нb 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 120×10^3 .

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 6

Мужчина, 67 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

%, Нb 105 г/л. В экстренном порядке направлен в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Участник аварии на Чернобыльской АС. На Севере живет 30 лет.

Курит 40 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост 186 см. Вес 85 кг. ИМТ 26,2 кг/м². 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 7

Мужчина, 70 лет. 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, мидокалм, 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 50 лет по 2 пачки 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/м². 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.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 68 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

Женщина, 66 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 неотягощена. Менструация с 15 лет, регулярно.

Беременность – 3, роды – 2, аборт – 1.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической 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., познание, 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 3

Мужчина, 73 года. Жалобы на отеки голеней, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен сахарным диабетом в течение 25 лет. Заболевание началось остро с кетоацидотической комы. В течение 7 лет беспокоит прогрессирующее снижение зрения. В течение последнего года появилась отеки 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 4

Женщина, 72 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); Т₄ своб – 6,5 пмоль/л (норма 12–22); Са⁺ крови – 1,8 ммоль/л (2,2–2,75 ммоль/л).

ЭКГ: зубец Т на изолинии и слабо отрицательный в V₃–V₆.

Задача 5

Женщина, 66 лет, 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, безэффекта.

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

ТТГ – 5,6 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т₄ 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 6

Женщина, 67 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, побочных дыхательных шумов 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: Нв – 115 г/л; эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 10^9 /л; СОЭ – 2 мм/ч.

4,6 ×

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

ТТГ 0,05 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т4 своб – 28,1 пмоль/л (норма 12–22).

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

Темы рефератов

1. Медицинская психология. Медицинская этика и деонтология в гериатрии
2. Морфологические изменения при старении.
3. Профилактическая геронтология и гериатрия. Профилактика у пожилых
4. Особенности тактики ведения пожилого больного.
5. Биологический возраст: определение, общая характеристика. Методы оценки биологического возраста.
6. Методы клинико-психологического исследования в работе врача-гериатра.
7. Феномен раннего (преждевременного) и ускоренного старения.
8. Факторы, провоцирующие ускоренное старение. Предпосылки, способствующие развитию и влияющие на прогрессию болезней, ассоциируемых с пожилым возрастом.
9. Возрастные особенности иммунной системы
10. Системный остеопороз как причина возрастных изменений опорно-двигательного аппарата
11. Физиология и гигиена питания в пожилом и старческом возрасте
12. Методы и средства профилактики преждевременного старения
13. Психотерапия в гериатрии.
14. Лечебная физкультура в гериатрии.
15. Методы лечения альтернативной медицины.
16. Алкоголизм и его особенности у пожилых.
17. Принципы профилактики туберкулеза в пожилом и старческом возрасте. 18. Особенности инфекционных заболеваний у пожилых.
19. Гериатрическая офтальмология.
20. Гериатрическая дерматовенерология.
21. Организационно-методические основы реабилитации.
22. Индивидуальная программа реабилитации лиц пожилого возраста
23. Виды медико-социальной реабилитации лиц пожилого возраста
24. Внебольничные пневмонии у пожилых. Причины, лечение
25. Анемии у пожилых. Причины, профилактика, лечение
26. Заболевания сосудов нижних конечностей у пожилых. Выбор терапии.
27. Головная боль у пожилых.
28. Цереброваскулярная болезнь у пожилых. Принципы терапии.
29. Депрессии у пожилых: диагностика, принципы терапии в условиях общесоматической практики.
30. Коматозные состояния у пожилых.
31. Функциональные психозы инволюционного периода.
32. Психические заболевания у пожилых. Наблюдение, права мед. работников.
33. Болезнь Альцгеймера.
34. Аденома, рак предстательной железы. Диагностика, принципы терапии.
35. Недержание мочи в пожилом возрасте. Причины, принципы терапии.
36. Причины падений лиц пожилого возраста. Дифференциальная диагностика.
37. Болезнь Паркинсона: этиология, клиника, принципы терапии.

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

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
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 логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.

31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в 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 рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-8.	<p>заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.</p>	Отлично
		<p>заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и</p>	Хорошо
		способному самостоятельно их исправить.	

	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
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 логическом рассуждении и решении нет

	существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в 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%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.	отлично	14-15
		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: **ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 9, ПК-1, ПК-2.**