



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

***Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине
Б1.О.50 Факультетская терапия***

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Уровень высшего образования: специалитет

квалификация: врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Методические рекомендации по дисциплине рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 18.05.2026 г.) и утверждена приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Методическая разработка для преподавателя

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине Факультетская терапия

1.1 Самостоятельная работа студентов является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых на занятиях лекционного типа знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, навыков решения актуальных проблем формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовки к занятиям семинарского типа, сдаче зачетов и экзаменов.

Самостоятельная работа студентов представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего профессионального образования в соответствии с ООП.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в вузе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Факультетская терапия

| Код | Планируемые результаты обучения по дисциплине: | Наименование индикатора достижения компетенции |
|---|---|---|
| Общепрофессиональные компетенции | | |
| ОПК-4 | Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также | ИОПК-4.1 Демонстрирует знание номенклатуры медицинских изделий, их функционального назначения и правил применения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также теоретических основ диагностического процесса, включая алгоритмы сбора анамнеза, проведения физикального обследования и интерпретации результатов лабораторно-инструментальных исследований. ИОПК-4.2 |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| | проводить обследования пациента с целью установления диагноза | <p>Владеет навыками безопасного и эффективного использования медицинских изделий при оказании медицинской помощи, способен проводить стандартизированное клиническое обследование пациента, формулировать предварительный диагноз и определять объем необходимых дополнительных исследований для верификации диагноза.</p> <p>ИОПК-4.3</p> <p>Обладает устойчивыми практическими навыками комплексного обследования пациентов с различной патологией, включая применение специализированного медицинского оборудования, интерпретацию полученных данных и обоснование клинического диагноза в соответствии с современными диагностическими алгоритмами и стандартами медицинской помощи.</p> |
| Профессиональные компетенции | | |
| ПК-1 | Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах | <p>ИПК-1.2 Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>ИПК-1.3 Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.</p> |
| ПК-2 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза | <p>ИПК-2.1 Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.</p> <p>ИПК-2.2 Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>ИПК-2.3 Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента.</p> <p>ИПК-2.4 Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-2.5 Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-2.6 Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-2.7 Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии</p> |

| | | |
|------|--|---|
| | | <p>медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-2.8 Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными. Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> |
| ПК-3 | Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности | <p>ИПК-3.1 Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-3.2 Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-3.3 Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-3.4 Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ИПК-3.6 Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p> |

1.3 Содержание самостоятельной работы обучающихся

| № п/п | Название темы занятия | Вид СРС | Всего часов |
|--------------|--------------------------------|--|--------------------|
| 1. | Острая ревматическая лихорадка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 2. | Миокардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 3. | Перикардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 4. | Гипертоническая болезнь | реферат/презентация, доклад/устное | 4 |

| | | | |
|------|---|--|---|
| | | реферативное сообщение, ситуационные задачи | |
| 5. | Симптоматические артериальные гипертензии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 6. | Атеросклероз | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 7. | Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 8. | Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда и его осложнения | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 9. | Нарушения ритма (аритмии) и проводимости | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 10. | Хроническая сердечная недостаточность | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 11. | Пороки сердца | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 11.1 | Симуляционный курс | Подготовка к отработке практических навыков | 4 |
| 12. | Острый гломерулонефрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 13. | Хронический гломерулонефрит. Нефротический синдром | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 14. | Острая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек (ХБП) | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 14.1 | Итоговое занятие | Написание истории болезни/фрагмента истории болезни | 4 |
| 15. | Бронхиальная астма | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 16. | Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 17. | ХОБЛ. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 18. | Пневмонии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 19. | Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |

| | | | |
|------|---|--|------------|
| 20. | Хронический гастрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 4 |
| 21. | Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и желудка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 22. | Хронические холециститы и холангиты | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 23. | Доброкачественные билирубинемии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 24. | Хронический панкреатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 25. | Хронический гепатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 26. | Цирроз печени. Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 27. | Неотложные состояния в гастроэнтерологии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 28. | Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи | 6 |
| 28.1 | Аттестация практических навыков | Теоретическая подготовка к аттестации | 6 |
| 28.2 | Итоговое тестирование | Теоретическая подготовка к тестированию | 6 |
| 28.3 | Симуляционный курс | Теоретическая подготовка к оказанию экстренной мед. помощи | 6 |
| | Итого | | 154 |

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и

организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в вузе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;
- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине Факультетская терапия выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

3.1. Перечень тематик докладов, рефератов и презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

| Тема по плану | Вопросы |
|---------------|---|
| Тема 1. | 1 Медикаментозная терапия ОРЛ. 2 Ревматический эндокардит, миокардит, перикардит, полиартрит. Клиника. Принципы лечения. |
| Тема 2 | 1. Миокардит: классификация, клиническая картина. 2. Диагностика и лечение миокардитов. |
| Тема 3 | 1 Классификация, клиническая картина перикардитов. 2 Диагностика и лечение перикардитов. |
| Тема 4 | 1 Классификация и клиническая картина гипертонической болезни. 2 Диагностика, персонализированное лечение пациентов с гипертонической болезнью. |
| Тема 5 | 1 Почечные гипертензии: клиника, диагностика, лечение. 2 Эндокринные гипертензии: клиника, диагностика, лечение. 3 Гемодинамические гипертензии: клиника, диагностика, лечение. |
| Тема 6 | 1 Клинико-диагностические критерии атеросклероза различной локализации. 2 .Методы и принципы лечения атеросклероза. |
| Тема 7 | 1 Ишемическая болезнь сердца: клиника, диагностика. 2 Стабильная стенокардия: клиника, диагностика, лечение |
| Тема 8 | 1 Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Клиника, диагностика, исходы, лечение. 2 Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Клиника, диагностика, исходы, лечение. 3 Инфаркт миокарда: клиника, диагностика, лечение. |
| Тема 9 | 1 Нарушения проводимости сердца: виды, ЭКГ-критерии, лечение. 2 Наджелудочковые нарушения ритма сердца: виды, клинико-диагностические критерии, лечение. 3 Желудочковые нарушения ритма сердца: виды, клинико-диагностические критерии, лечение |
| Тема 10 | 1 Хроническая сердечная недостаточность: клиническая картина, диагностика. 2 Медикаментозное и хирургическое лечение больных с ХСН. |
| Тема 11 | 1 Левосердечные пороки сердца: виды, клиническая картина, диагностика, лечение. 2 Правосердечные пороки сердца: виды, клиническая картина, диагностика, лечение |
| Тема 12 | 1 Острый гломерулонефрит: этиология, клинико-диагностические критерии, лечение. |
| Тема 13 | 1 Хронический гломерулонефрит: варианты течения, клинико-диагностические критерии, осложнения, лечение. |
| Тема 14 | 1. Острая и хроническая болезнь почек (ХБП), основные клинические синдромы ХБП. Диагностика. 2. Уремия – терминальная стадия ХБП, методы лечения, показания к хроническому гемодиализу. |
| Тема 17 | 1 Бронхиальная астма: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии |
| Тема 18 | 1 Астматический статус: клиника, диагностика, лечение. |

| | |
|----------------|--|
| | 2 Ступенчатая терапия бронхиальной астмы с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 19 | 1 ХОБЛ: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. 2 Легочное сердце: механизмы развития, клиника, лечение. |
| Тема 20 | 1 Пневмония: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. |
| Тема 21 | 1 ТЭЛА: этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии. 2 ТЭЛА: разработка плана лечения с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 22 | 1 Гастриты: этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии. 2 Гастриты: разработка плана лечения с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 23 | 1 Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки: этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии. 2 Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки: разработка плана лечения с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 24 | 1 Холецистит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. 2 Холецистит: лечение с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 25 | 1 Доброкачественные билирубинемии клиническая картина, диагностика, лечение. |
| Тема 26 | 1 Хронический панкреатит, клинико-диагностические критерии. 2 Хронический панкреатит- разработка плана лечения с учетом стандартов медицинской помощи. |
| Тема 27 | 1 Хронический гепатит этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии. 2 Хронический гепатит - лечение с учетом стандартов медицинской помощи. 3 Цирроз печени: клинические синдромы, диагностика 4 Цирроз печени: - лечение с учетом стандартов медицинской помощи |
| Тема 29 | 1 Желудочно-кишечные кровотечения: причины, клиническая картина, диагностика, лечение |
| Тема 30 | 1 Печеночная кома: причины, стадии, клиническая картина, диагностика 2 Печеночная кома: лечение с учетом стандартов медицинской помощи |

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

3.2. Перечень ситуационных задач

Задача 1

Мужчина 49 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кашель. Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте были частые

ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у невропатолога по поводу хореи.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отёки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм. рт. ст., температура тела - 37,4°C. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах лёгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трёхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лёгочной артерии. Трёхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический

шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область.

Вопросы:

- 1 Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2 Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?
- 3 Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз
- 4 Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
- 5 Какое инструментальное обследование необходимо провести пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
- 6 Консультация какого врача-специалиста показана пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи?
- 7 Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа:

1 Хроническая ревматическая болезнь сердца, активная фаза, активность II ст. Рецидивирующий ревмокардит. Комбинированный митральный порок сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии IV функционального класса. Сердечная астма.

2 Одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение, кашель. Болен 5 лет. Обострение после ангины. В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у невропатолога по поводу хореи.

3 Ортопноэ, акроцианоз, отёки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок, пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту, ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм. рт. ст., температура тела - 37,4°C. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце

увеличено влево и вправо. В нижних отделах лёгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трёхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лёгочной артерии. Трёхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область.

Данные объективного обследования и аускультации сердца свидетельствуют о формировании комбинированного митрального порока сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Характер пульса, наличие дефицита пульса свидетельствуют о фибрилляции предсердий. Наличие проявлений бивентрикулярной сердечной недостаточности характерно для IIБ стадии и соответствует IV функциональному классу.

4 Фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков. Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., IV функционального класса. Сердечная астма.

5 Пациенту рекомендована

- трансторакальная эхокардиография для определения характера органического поражения митрального клапана, оценки степени митрального стеноза и митральной недостаточности, характера ремоделирования левого желудочка, левого предсердия, правого желудочка и правого предсердия методом

- чреспищеводная эхокардиография для исключения тромбов в предсердиях -рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

6 Консультация кардиохирурга. Хирургическое лечение – протезирование митрального клапана – показано после стихания активности ревматического процесса и уменьшения степени недостаточности кровообращения.

7 Антибактериальная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Для контроля ЧСС – Дигоксин. При снижении фракции выброса – Бисопролол или Карведилол, Спиринолактон, ингибиторы АПФ (Эналаприл или Лизиноприл), петлевой диуретик (Торасемид или Фуросемид). Для купирования сердечной астмы – внутривенное введение нитратов.

Задача 2

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и

видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трёхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,1 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: $\alpha 1$ – 6%, $\alpha 2$ – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?
3. Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз
3. Какое инструментальное обследование необходимо провести пациенту в соответствии действующими порядками оказания медицинской помощи
4. Консультация какого врача-специалиста показана пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи?
5. Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа

1. Диагноз «Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока сердца»
2. жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж (ФК II), сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C (Активная фаза), сердцебиение, слабость. Ревматическая атака в анамнезе - Больна 2 года. После ангины - возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах.
3. При осмотре: цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края

грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трёхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона (признаки митрального стеноза). Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

4. Пациенту рекомендовано:

Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца); ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма).

5. Консультация кардиохирурга. Абсолютно показана хирургическая коррекция порока.

6. Этиотропная терапия (пенициллины, в т. ч. защищенные, или макролиды, или линкозамиды) – при положительной БГСА-культуре из зева. НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК (при наличии выраженного кардита и/или полисерозита).

Лечение ХСН (диуретики, ингибиторы АПФ или БРА, аденоблокаторы).

Задача 3

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащённого неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л). ЭКГ.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- 2 Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?
- 3 Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз
- 4 Какое лабораторное обследование необходимо провести пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
- 5 Какое инструментальное обследование необходимо провести пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
- 6 Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины
- 7 Расшифровать ЭКГ, указать какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.

Эталон ответа

1. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический) миокардит».

2. Одышка при обычных физических нагрузках, учащённого неритмичного сердцебиения, сохраняющийся субфебрилитет.

В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием.

- Температура тела 37,2°C. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту.

3. Пациентке рекомендовано определение уровня антинуклеарных антител и антител к миокардиоцитам в крови. Выявление в крови повышенного в 3-4 раза титра антител к миокарду является основным лабораторным методом диагностики инфекционно-иммунного миокардита. Посев крови необходим для исключения инфекционного эндокардита, который уже отвергнут на основании полученных ранее данных.

4. Пациентке рекомендовано

- проведение сцинтиграфии щитовидной железы,
- ЭхоКГ,
- чреспищеводной ЭхоКГ.

Сцинтиграфия щитовидной железы показана для исключения тиреотоксической аденомы («горячего узла») даже при нормальном уровне гормонов в однократном анализе. ЭхоКГ позволяет определить такие признаки тиреотоксического сердца и миокардита, как диффузное снижение сократимости и расширение полостей сердца; для верификации миокардита диагностически значимым является также обнаружение сопутствующего выпота в полости перикарда, субклинической клапанной регургитации,

которая обусловлена нарушениями в работе подклапанных структур. Чреспищеводная ЭхоКГ показана для исключения внутри -предсердного тромбоза как возможного противопоказания к восстановлению синусового ритма.

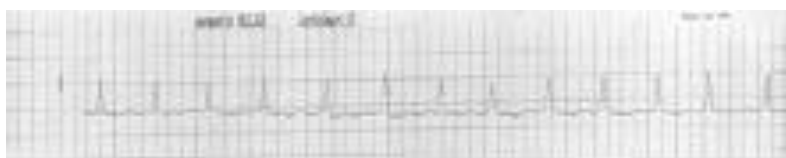
5. Первоочередные лечебные мероприятия включают: назначение β -адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии. Назначение β -адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. Поскольку давность развития мерцательной аритмии неизвестна, попытка восстановления синусового ритма может быть предпринята только после плановой подготовки антикоагулянтами, немедленное введение Новокаинамида с этой целью противопоказано в связи с опасностью тромбоэмболических осложнений.

6. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). О наличии мерцательной аритмии свидетельствуют отсутствие зубца Р и неправильный ритм (непостоянство интервалов RR) - последнее обстоятельство исключает диагноз АВ узловой тахикардии. Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.

Задача 4

Больная 38 лет, инженер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повторные приступы сердцебиения, возникающие без всяких причин, без какой-либо связи с движением, волнениями, приёмом пищи, сопровождающиеся стеснением в груди, нехваткой воздуха, дрожанием всего тела. Приступы купируются самостоятельно. После купирования одного из приступов сердцебиения была кратковременная потеря сознания. Вне приступа беспокоит слабость, быстрая утомляемость, головокружение. Больной считает себя в течение года. Началось все с недомогания, длительного субфебрилитета, артралгий, перебоев в работе сердца. Ставился диагноз миокардита, лечилась в стационаре. При выписке врачи рекомендовали принимать препараты белладонны, т. к. была постоянная склонность к брадикардии - частота пульса была в пределах 50-55 в минуту.

Три месяца назад возник первый приступ сердцебиения, затем он повторился через три недели, а в последнее время приступы бывают по 3-4 раза в неделю. ЭКГ картина во время приступа:



Анамнез жизни: в прошлом практически здорова, серьезных заболеваний не было, всегда была физически активна, ходила на лыжах, посещала бассейн. Гинекологический анамнез без особенностей, роды 1 без

осложнений.

Объективно: в момент осмотра состояние больной удовлетворительное. Пульс - 48 в минуту, неритмичный (5-7 выпадений, или пауз, в минуту). АД - 130/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в V межреберье по среднеключичной линии.

В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отёков нет.

На ЭКГ сразу после осмотра больной:



Вопросы:

- 1 Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?
- 3 Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз
4. Какое инструментальное обследование необходимо провести пациенту в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
5. Какую специализированную медицинскую помощь необходимо оказать пациенту в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями?
6. Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины
7. Расшифровать ЭКГ, указать какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.

Эталон ответа

Миокардитический кардиосклероз. Синдром слабости синусового узла: синдром тахикардии- брадикардии. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Синоатриальная блокада 2 степени. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

на повторные приступы сердцебиения, сопровождающиеся стеснением в груди, нехваткой воздуха, дрожанием всего тела, эпизоды кратковременной потери сознания.

Больной считает себя в течение года. Началось все с недомогания, длительного субфебрилитета, артралгий, перебоев в работе сердца. Ставился диагноз миокардита, была постоянная склонность к брадикардии - частота пульса была в пределах 50-55 в минуту.

Пульс - 48 в минуту, неритмичный (5-7 выпадений, или пауз, в минуту). Границы относительной сердечной тупости в V межреберье по среднеключичной линии.

- чреспищеводная электрокардиостимуляция с медикаментозной денервацией.

При проведении последней наиболее важные показатели – время восстановления функции СУ (интервал от последнего электрического стимула

при прекращении ЭКС до первого самостоятельного синусового сокращения) и скорректированное время восстановления функции СУ (разница между временем восстановления функции СУ и R-R интервалом, предшествующим ЭКС). Значение первого из них не должно превышать 1500 мс, а второго 525 мс как на фоне исходного ритма, так и после медикаментозной денервации показана имплантация антиаритмического устройства – кардиовертера в условиях специализированного отделения.

Синдром слабости синусового узла с нарушениями ритма является абсолютным показанием к постоянной электрокардиостимуляции.

У больной с миокардитом в анамнезе имеют место комбинированные нарушения ритма и проводимости: пароксизмальная фибрилляция предсердий (ЭКГ1) и стойкая синусовая брадикардия, синоатриальная блокада 2 степени (ЭКГ 2), что является проявлением синдрома тахикардии-брадикардии (синдром Шорта) как одно из клинических проявлений синдрома слабости синусового узла на фоне органического поражения миокарда вследствие миокардитического кардиосклероза.

Задача 5

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приёме анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тещи принял 2 таблетки Фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко.

Голениты пастозны. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

Вопросы:

1 Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план обследования.

2 Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?

3. Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз

4. Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа

1. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. НК IIБ стадии. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ, АСЛ-О. Рентгенологическое исследование грудной клетки. ЭКГ. ЭХОКГ. Диагностическая пункция перикарда.

3 Боли в сердце. Одышка, которая уменьшается при наклонах тела вперед. Появляется сухой кашель, иногда рвота вследствие давления экссудата на трахею, бронхи и диафрагмальный нерв. 3. Симптомы тампонады сердца: значительное расширение тени сердца, резкое повышение венозного давления (набухание шейных вен, особенно заметное в горизонтальном положении), снижение артериального давления, появление парадоксального пульса

4. Антибактериальная терапия (цефалоспорины), иммуносупрессивная терапия (Преднизолон 20-30 мг/сут). Лечение недостаточности кровообращения: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Пункция перикарда с удалением жидкости.

Задача 6

Больной, 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 сут, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость.

Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - треть межреберья. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастеральной линии прослушивается на ограниченном участке

«скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

1 Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план обследования.

2. Какие жалобы и данные анамнеза подтверждают диагноз?

3. Перечислите данные физикального осмотра, подтверждающие диагноз

4. Назначьте лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа

1. Острый фибринозный перикардит.

Общий анализ крови, биохимический анализ крови (КФК, КФК МВ, ЛДГ, тропонин), ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

В анализе крови возможен лейкоцитоз, сдвиг влево, ускорение СОЭ. Исследование ферментов крови проводится для исключения поражения миокарда.

На ЭКГ, учитывая ранний срок заболевания, вероятно, будет наблюдаться конкордантный подъем сегмента ST в основных, возможно, грудных отведениях. Рентгенологические и ЭхоКГ-признаки при остром и сухом перикардите отсутствуют.

2. Характерным в данном случае является связь заболевания с переохлаждением, длительный характер болей в сердце, связанный с актом дыхания и изменением положения тела. Среди общих симптомов отмечается лихорадка, озноб, потливость

3. Патогномоничный признак - шум трения перикарда, для которого характерна ограниченная локализация, «скребущий» звук, отсутствие иррадиации, усиление на высоте вдоха и при надавливании грудной клетки стетоскопом.

4. Назначение НПВС, при отсутствии эффекта - преднизолон.

Задача 7

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее необследовался.

Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около 1/2 пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук

ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на жалобах, данных анамнеза.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на данных физикального исследования
4. Назначьте персонализированное лечение пациенту. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному больному.

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области.

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое);

3 Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

4 Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА-блокаторы рецепторов альдостерона, АК-антагонисты кальция, диуретики). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, или Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75мг/сут).

Противопоказаны комбинации β-адреноблокаторов (БАБ) +антагонисты кальция (недигидропиридинового ряда) – бисопролол+верапамил – усиление кардиодепрессивного эффекта.

Задача 8

Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт. ст. Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт. ст. в течение 20

лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм. рт. ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена. При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м²; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 мм рт. ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на жалобах, данных анамнеза.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на данных физикального исследования
4. Назначьте персонализированное лечение пациенту. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному больному.
5. Оцените эффективность применения проводимой терапии

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), риск ССО 3. Цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия I степени.

2. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании указаний на повышение АД; установление ИСАГ основано на цифрах АД.

Диагноз «цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), дисциркуляторная энцефалопатия I степени» обоснован указаниями на снижение памяти у пациентки с длительным стажем ГБ.

3. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней, а именно значения пульсового АД (ПАД). ПАД равное или превышающее 60 мм рт. ст. у пациентов пожилого и старческого возраста рассматривается как проявление повышенной ригидности и жесткости

сосудистой стенки. Уровень ПАД равен: $162 - 62 = 100$ мм рт. ст. Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов мишеней.

4. Наиболее предпочтительными для лечения пожилых пациентов ИСАГ, с точки зрения действующих национальных рекомендаций по АГ, являются сочетания блокаторов кальциевых каналов + тиазидный диуретик. При плохой переносимости блокаторов кальциевых каналов, как периферических вазодилататоров, рекомендовано использовать в лечении ИАПФ или АРА. Пациентке также показана гиполипидемическая терапия. С учётом того, что пациентка пожилого возраста с дефицитом массы тела, назначение статинов сопряжено с риском развития миопатии, рабдомиолиза. С точки зрения безопасности лицам пожилого возраста начинать лечение статинами необходимо с минимальной дозы, предпочтение следует отдавать гидрофильным статинам (розувастатин).

– Гипотензивный эффект от проводимого лечения может быть расценён как положительный. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов - 140-150 мм рт. ст.- достигнуто. Гиполипидемическую терапию следует продолжать, однако, в связи с недостаточным эффектом, может быть рекомендовано повышение дозы статина, под контролем АЛТ, АСТ, КФК через 4 -6 недель после повышения дозы или комбинация с ингибитором обратного всасывания холестерина Эзетимибом в дозе 10 мг.

Задача 9

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированный врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз и составьте плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
2. Опишите признаки состояния (гипертонического криза), требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.

3 Определите план лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа

1. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.

Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.

2. жалобы на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь, кратковременное синкопальное состояние.

3. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

Задача 10

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз и составьте плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

2. Определите план лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины

Эталон ответа

1. Коарктация аорты.

Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.

2. Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

Задача 11

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ

стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на жалобах, данных анамнеза.

3. Назначьте персонализированное лечение пациенту. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному больному.

Эталон ответа

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. Дислипидемия Пб типа. Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда. Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия Пб тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

3. 1) Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2) Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

3) Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4) Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота+клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, годдвойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

Задача 12

Мужчина 56 лет пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен. Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями. При физикальном исследовании рост 173 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм. рт. ст. По органам и системам без отклонений от нормы. В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

При физикальном исследовании рост 173 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на жалобах, данных анамнеза.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на данных физикального исследования
4. Какое лабораторное исследование необходимо провести пациенту с учетом стандартов медицинской помощи?
5. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск 2 (умеренный); ожирение 1 степени, абдоминальное ожирение; гиперхолестеринемия, дислипидемия
2. У данного пациента отсутствуют признаки поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния, поэтому стадия гипертонической болезни оценивается как 1. У пациента на фоне

медикаментозной терапии АД находится нижецелевого уровня 140/90 мм рт. ст., что позволяет указать отсутствие артериальной гипертензии (нормотензию). У пациента имеется не менее 5 установленных дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, дислипидемия, ожирение и абдоминальное ожирение. При наличии 3 и более факторов риска на фоне нормотензии риск оценивается от низкого до умеренного, абсолютный риск (SCORE) для данного пациента составляет 4%, что в сочетании с большим числом дополнительных факторов риска позволяет оценить риск как умеренный. Гиперхолестеринемия установлена по превышению порогового значения общего холестерина в 4,9 ммоль/л, дислипидемия – на основании гиперхолестеринемии в сочетании с превышением порогового уровня холестерина ЛПНП в 3,0 ммоль/л.

3. Ожирение устанавливается по ИМТ=30,7 кг/м²(значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 30 до 34,9 – ожирение 1 степени). Абдоминальное ожирение установлено по окружности талии = 106 см, что превышает порог в 102 см для муж. чин европеоидной расы (в ряде рекомендаций указывается пороговое значение 94 см).

4. Определение микроальбуминурии, содержание в плазме крови глюкозы (натощак), уровень креатинина крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, содержание в сыворотке крови калия и натрия, содержание в сыворотке крови билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, γ -глутамил-транспептидазы («печеночные пробы»), уровень тиреотропного гормона (ТТГ).

5. Нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², и уменьшение объема талии до менее 102 см (по некоторым рекомендациям менее 94 см).

Ограничить потребление алкогольных напитков менее 20-30 г/сут в пересчете на чистый алкоголь.

Регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин 5-7 раз в неделю (ходьба, бег, езда на велосипеде или плавание) на фоне ЧСС = 65-70% от максимальной для данного возраста. Максимальная ЧСС рассчитывается по формуле: 220 – возраст (лет). Снижение потребления поваренной соли до 5-6 г/сут.

Изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров. Рекомендуемое потребление общих жиров составляет 25-35% от общей калорийности. Количество насыщенных жиров не более 7% от общей калорийности.

Продукты, богатые транс-жирами и насыщенными жирами (маргарины, пальмовые масла, жирное мясо, конфеты, сливки, сливочное масло, жирные сыры) следует заменить мононенасыщенными жирами (нерафинированное оливковое масло) и полиненасыщенными жирами (растительное масло) с

целью ограничения транс-жиров не более 1% от общей калорийности рациона. Потребление углеводов может варьировать от 45 до 55% от общей калорийности рациона. Простые углеводы рекомендуется заменить сложными, т. е. продуктами, богатыми клетчаткой и имеющие низкий гликемический индекс (овощи, бобовые, фрукты, орехи, зерновые злаки). Общее количество фруктов и овощей в ежедневном рационе должно быть не менее 300-400 г. Не менее 2 раз в неделю в рацион рекомендуется включать рыбу (скумбрия, палтус, сардины, тунец, лосось, сельдь), богатую омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами.

Задача 13

Больной 47 лет поступил в стационар с амбулаторного приёма в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъёме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз и составьте плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, основываясь на жалобах, данных анамнеза. Разработайте план лечения заболевания с учетом стандартов медицинской помощи
3. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

Эталон ответа

1. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Липидограмма; ЭКГ; ЭХО-КГ; СМЭКГ по Холтеру; тредмилл-тест; стресс-ЭХОКГ.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъёме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя; данных анамнеза: страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт. ст., курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет; данных осмотра: приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках - при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое.
3. Медикаментозная терапия (антиагреганты; β-адреноблокаторы;

статины; иАПФ; блокаторы кальциевых каналов); хирургическое лечение (БАП-стентирование – АКШ), модификация образа жизни, отказ от курения);

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: кафедра, учебно-методическое управление, преподаватель, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Факультетская терапия

| № п/п | Название темы занятия | Вид СРС |
|-------|--|--|
| 1. | Острая ревматическая лихорадка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 2. | Миокардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 3. | Перикардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 4. | Гипертоническая болезнь | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 5. | Симптоматические артериальные гипертензии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 6. | Атеросклероз | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 7. | Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 8. | Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда и его осложнения | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 9. | Нарушения ритма (аритмии) и проводимости | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |

| | | |
|-----------|---|--|
| 10. | Хроническая сердечная недостаточность | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 11. | Пороки сердца | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 11.1 | Симуляционный курс | Подготовка к отработке практических навыков |
| 12. | Острый гломерулонефрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 13. | Хронический гломерулонефрит. Нефротический синдром | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 14. | Острая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек (ХБП) | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 14.1 | Итоговое занятие | Написание истории болезни/фрагмента истории болезни |
| 15. | Бронхиальная астма | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 16. | Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 17. | ХОБЛ. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 18. | Пневмонии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 19. | Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 20. | Хронический гастрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 21. | Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и желудка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 22. | Хронические холециститы и холангиты | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 23. | Доброкачественные билирубинемии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 24. | Хронический панкреатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 25. | Хронический гепатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 26. | Цирроз печени. Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 27. | Неотложные состояния в гастроэнтерологии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 28. | Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 28.1 | Аттестация практических навыков | Теоретическая подготовка к аттестации |
| 28.2 | Итоговое тестирование | Теоретическая подготовка к тестированию |
| 28.3 | Симуляционный курс | Теоретическая подготовка к оказанию экстренной мед. помощи |
| 2. | СРС по промежуточной | |

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Факультетская терапия.

| Оценка | Критерии оценивания |
|--|---|
| Для оценки решения ситуационной задачи: | |
| «отлично» | Задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически. |
| «хорошо» | Задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически. |
| «удовлетворительно» | Задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения. |
| «неудовлетворительно» | Задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы |
| Для оценки рефератов: | |
| «отлично» | Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста. |
| «хорошо» | Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала. |
| «удовлетворительно» | Реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала. |
| «неудовлетворительно» | Тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников. |
| Для оценки презентаций: | |
| «отлично» | Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены. |
| «хорошо» | Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. |

| | |
|--|--|
| | Ключевые слова в тексте выделены. |
| «удовлетворительно» | Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены. |
| «неудовлетворительно» | Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены. |
| Для практических навыков: | |
| «отлично» | Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями. |
| «хорошо» | Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов. |
| «удовлетворительно» | Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично. |
| «неудовлетворительно» | Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено. |
| Для оценки доклада/устного реферативного сообщения: | |
| «отлично» | выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста. |
| «хорошо» | выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. |
| «удовлетворительно» | выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала. |
| «неудовлетворительно» | выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы. |

Методическая разработка для обучающегося

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине Факультетская терапия

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить содержание, выносимое на самостоятельную работу студентов и предложенное преподавателем и компетенциями по дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчетываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может: сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

Обучение в вузе предполагает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто. Для некоторых становится нормой не заниматься весь семестр, а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

| Формы | Описание |
|------------------------------|---|
| Работа с книгой. | <p>При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги. Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.</p> <p>Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.</p> <p>Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).</p> <p>При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.</p> <p>Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.</p> <p>Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при прочитывании записей лучше запоминались.</p> <p>Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.</p> <p>Различают два вида чтения; первичное и вторичное. <i>Первичное</i> - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача <i>вторичного</i> чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).</p> |
| Работа с литературой. | <p>Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь</p> |

можно свести к следующим:

Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться.

Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).

Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).

Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.

При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...

Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).

Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном.

Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить

информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения, излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом:

1. Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;
2. Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;

| | |
|---|---|
| | <p>3. Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора без привлечения фактического материала;</p> <p>4. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;</p> <p>5. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.</p> |
| <p>Составление конспекта</p> | <p>Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;</p> <p>Выделите главное, составьте план;</p> <p>Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;</p> <p>Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.</p> <p>Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.</p> <p>В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.</p> <p>Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.</p> |
| <p>Занятия семинарского типа</p> | <p>Для того чтобы занятия семинарского типа приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.</p> <p>При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.</p> <p>Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.</p> |
| Самопроверка. | <p>После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.</p> <p>В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.</p> <p>Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.</p> |
| Консультации | <p>Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.</p> |
| Подготовка к экзаменам и зачетам. | <p>Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.</p> <p>Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам. В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.</p> <p>Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.</p> <p>Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.</p> <p>Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.</p> |
| <p>Подготовка к зачетам и экзаменам</p> | <p>Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).</p> <p>Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.</p> <p>Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.</p> <p>Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).</p> <p>Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.</p> |
| <p>Написание научных текстов (рефератов)</p> | <p>Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.</p> <p>Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.</p> <p>Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).</p> <p>Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.</p> <p>Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.</p> |
|--|---|

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Факультетская терапия

| № п/п | Название темы занятия | Вид СРС |
|-------|--|--|
| 1. | Острая ревматическая лихорадка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 2. | Миокардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 3. | Перикардит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 4. | Гипертоническая болезнь | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 5. | Симптоматические артериальные гипертензии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 6. | Атеросклероз | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 7. | Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 8. | Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда и его осложнения | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 9. | Нарушения ритма (аритмии) и проводимости | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 10. | Хроническая сердечная недостаточность | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 11. | Пороки сердца | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 11.1 | Симуляционный курс | Подготовка к отработке практических навыков |
| 12. | Острый гломерулонефрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 13. | Хронический гломерулонефрит. Нефротический синдром | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 14. | Острая почечная недостаточность и хроническая | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |

| | | |
|------|---|--|
| | болезнь почек (ХБП) | |
| 14.1 | Итоговое занятие | Написание истории болезни/фрагмента истории болезни |
| 15. | Бронхиальная астма | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 16. | Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 17. | ХОБЛ. | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 18. | Пневмонии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 19. | Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 20. | Хронический гастрит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 21. | Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и желудка | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 22. | Хронические холециститы и холангиты | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 23. | Доброкачественные билирубинемии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 24. | Хронический панкреатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 25. | Хронический гепатит | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 26. | Цирроз печени. Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 27. | Неотложные состояния в гастроэнтерологии | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 28. | Печеночная кома | реферат/презентация, доклад/устное реферативное сообщение, ситуационные задачи |
| 28.1 | Аттестация практических навыков | Теоретическая подготовка к аттестации |
| 28.2 | Итоговое тестирование | Теоретическая подготовка к тестированию |
| 28.3 | Симуляционный курс | Теоретическая подготовка к оказанию экстренной мед. помощи |
| 2. | СРС по промежуточной аттестации (всего) -154 часа | |

Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Факультетская терапия.

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Критерии выставления оценки

Зачтено - выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.

Не зачтено - выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы.