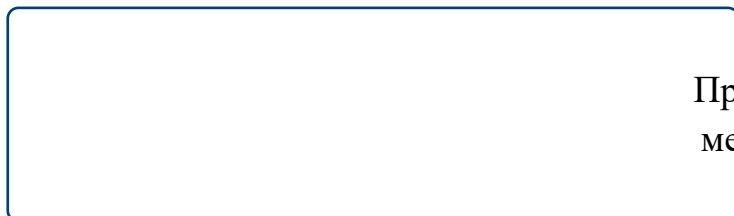


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» мая 2024 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.41 Факультетская терапия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2024

Рабочая программа дисциплины «Факультетская терапия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 988, приказа Министерства науки и высшего образования РФ от 6 апреля 2021 г. N 245 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры".

Рабочая программа учебной дисциплины одобрена на заседании кафедры «Фундаментальная медицина» (протокол № 10 от «24» мая 2024 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения:

Код и формулировка компетенции	Код и формулировка индикатора достижения компетенций
УК-2 - Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	УК-2.1 Знать план реализации проекта с использованием инструментов планирования УК-2.2 Уметь формулировать на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления УК-2.3 Владеть навыками планирования необходимых ресурсов, в том числе с учетом их заменяемости
ОПК-7 - Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.1 Знать назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания 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 ОПК-7.2 Уметь разрабатывать план 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 ОПК-7.3 Владеть навыками организации персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения
ПК-2 - Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Знать основы диагностики заболеваний и признаки неотложных состояний ПК-2.2 Уметь проводить обследование пациентов и осуществлять диагностические мероприятия ПК-2.3 Владеть навыками постановки диагноза

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
УК-2	Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	7,8	основной

ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	7,8	начальный
ПК-2	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	7,8	основной

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать: - план реализации проекта с использованием инструментов планирования;

"назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания 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;"

основы диагностики заболеваний и признаки неотложных состояний;

Уметь: - формулировать на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления;

"разрабатывать план 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;"

проводить обследование пациентов и осуществлять диагностические мероприятия.

Владеть навыками: - планирования необходимые ресурсов, в том числе с учетом их заменяемости;

организации персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения;

постановки диагноза.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Факультетская терапия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Целью освоения дисциплины 'Факультетская терапия является

овладение знаниями об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях основных заболеваний внутренних органов; углубление понятий о методологии клинического мышления, выработке и обосновании рекомендации по диагностике, лечению, профилактике и трудоспособности больных; закрепление и расширение объема навыков; трактовки наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования больных терапевтического профиля, развитие у обучающихся междисциплинарного мышления с последующим формированием необходимого объема практических умений для самостоятельной работы в медицинских учреждениях.

•

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 6 / час - 216

Вид учебной работы		Всего часов	Семестр			
			7	8		
Контактная работа		112	72	50		
В том числе:		-	-	-		
Лекции		38	18	20		
Лабораторные работы (ЛР)		-	-	-		
Практические занятия (ПЗ)		84	54	30		
Семинары (С)			-	-		
Самостоятельная работа (всего)		67	36	31		
В том числе:		-	-	-		
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям						
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		27		27		
Общая трудоемкость	час.	216	108	108		
	з.е.	6	3	3		

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1.	Тема 1. Атеросклероз. Дислипидемии. Виды. Лечение.	2
2.	Тема 2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Другие формы ишемической болезни сердца: вазоспастическая стенокардия, безболевая ишемия миокарда, микроваскулярная стенокардия.	2
3.	Тема 3. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. Осложнения инфаркта	2

	миокарда.	
4.	Тема 4. Артериальные гипертензии. Гипертоническая болезнь Симптоматические артериальные гипертензии.	2
5.	Тема 5. Ревматизм. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенные пороки сердца.	2
6.	Тема 6. Кардиомиопатии.	2
7.	Тема 7. Хроническая сердечная недостаточность.	2
8.	Тема 8. Нарушения ритма и проводимости сердца.	2
9.	Тема 9. Миокардиты, перикардиты.	2
10.	Тема 10. Другие заболевания сердечно-сосудистой системы. Инфекционный эндокардит. Тромбоэмболия легочной артерии. Промежуточное итоговое тестирование.	2
11.	Тема 11. Заболевания легких. Пневмонии Бронхиальная астма Хроническая обструктивная болезнь легких.	2
12.	Тема 12. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.	4
13.	Неспецифический язвенный колит. Панкреатит.	2
14.	Тема 13. Заболевания почек. Гломерулонефрит, пиелонефрит. Хроническая болезнь почек.	4
15.	Тема 14. Заболевания кроветворной системы. Железодефицитные анемии Хронические лейкозы.	2
16.	Тема 15. Понятие о профессиональных заболеваниях. Классификация.	4
17.	Итого	38

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.		Атеросклероз: причины, симптомы, осложнения, диагностика. Эпидемиология. Факторы риска. Теории развития атеросклероза. Механизмы развития атеросклероза (I стадия, II стадия, III стадия. Факторы развития (пол, возраст, наследственность, курение, несбалансированное питание, гиподинамия и др.). Патоморфологические изменения, развивающиеся в сосудах при атеросклерозе. Классификация атеросклероза. Классы липопротеинов. Прогноз при атеросклерозе. Профилактика атеросклероза.	5	Устный опрос
2.		Факторы риска ИБС . Классификация ИБС . Стенокардия . Патогенез	5	Устный опрос

		болевого синдрома при стенокардии. Классификация стенокардии: стабильная (функциональные классы). Диагностика. Инструментальных методов в диагностике стенокардии (ЭКГ, стресс-тесты: ВЭМ, ЧПЭКС, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО КС). Показания к коронароангиографии. Медикаментозная терапия. Показания к оперативному лечению.		
3.		Варианты ОКС без подъема сегмента ST. Клиника. Диагностика. Лечение. Тактика ведения. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина в различные периоды заболевания. Клинические варианты начала болезни. Диагноз. Изменения ЭКГ, резорбционно-некротический синдром. Радиоизотопные методы диагностики инфаркта миокарда. Течение инфаркта миокарда. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. Купирование болевого синдрома. Принципы тромболитической терапии. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия. Профилактика аритмий. Ограничение зоны некроза. Принципы физической и психологической реабилитации после инфаркта миокарда. Врачебно-трудовая экспертиза.	5	Устный опрос
4.		Этиология. Патогенетические теории. Клиника. Диагностика. Гипотензивная терапия. Симптоматическая артериальная гипертензия. Классификация симптоматических артериальных гипертензий: Классификация симптоматических артериальных гипертензий. Формы симптоматических артериальных гипертензий (Нефрогенные паренхиматозные артериальные гипертензии, Нефрогенные реноваскулярные (вазоренальные) артериальные гипертензии, Феохромоцитома, Первичный альдостеронизм и тд.	5	Устный опрос
5.		Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение и профилактика (первичная и вторичная). Особенности поражения	5	Устный опрос

		анатомо-морфологических структур клапанного аппарата сердца при хронической ревматической болезни. Патогенез нарушения внутрисердечной и общей гемодинамики при пороках сердца с особенностями, зависимиыми от локализации поражения (митральный, аортальный, трикуспидальный клапаны). Клиника с особенностями, характерными для каждого из пороков сердца и при наличии сочетания их. Стадии (периоды) течения. Осложнения. Диагностика: ЭКГ, ЭхоКГ и Ro-признаки при каждом из пороков. Показания к хирургическому лечению.		
6.		Этиология, патогенез и классификация. Клиника. Диагностика и терапия.	5	Устный опрос
7.		Этиология ХСН. Патогенез ХСН (эволюция взглядов на патогенез от ренальной и гемодинамической теорий к нейро-гуморальной). Клинические проявления ХСН. Классификация ХСН по стадиям и функциональным классам (ФК). Острая сердечная недостаточность. Диагностика ХСН (ЭКГ, ЭХО КС, рентгенологическое исследование). Терапия.	5	Устный опрос
8.		Современные представления о патогенезе аритмии. Классификация аритмий. Методы диагноза. Экстрасистолия. Патогенез. Клинические проявления. Топическая диагностика экстрасистолических аритмий (ЭКГ-признаки). Особенности врачебной тактики, показания к назначению антиаритмических препаратов. Профилактика экстрасистолии. Пароксизмальные тахикардии. Патогенез. Клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии. Изменения ЭКГ. Изменения системной гемодинамики при приступе. Медикаментозная терапия во время приступа пароксизмальной тахикардии (суправентрикулярной и желудочковой). Показания к электроимпульсной терапии. Профилактика приступов. Прогноз.	5	Устный опрос
9.		Этиология, патогенез и классификация. Клиника. Диагностика и терапия	5	Устный опрос
10.		Значение реактивности и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита.	5	Устный опрос

		Способствующие факторы. Особенности острого и затяжного септического эндокардита. Клиника: варианты начала болезни, температурная кривая, поражение сердца и других органов (почек, печени селезенки, кожи и др.). Тромбоэмболические осложнения. Лабораторные данные, значение повторных посевов крови с целью выявления возбудителя процесса. Клинические маски болезни. Особенности течения у лиц пожилого и старческого возраста. Критерии диагноза. Формулировка диагноза. Течение и исходы. Прогноз. Лечение: выбор антибиотика, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Критерии излечимости. Профилактика обострений. Трудовая экспертиза.		
11.		Этиология, эпидемиология. Патогенез клинических синдромов (уплотнения легочной ткани, интоксикационного, бронхитического, болевого в грудной клетке, дыхательной недостаточности). Атипичные виды пневмоний (характеристика возбудителей, особенность клинической картины и диагностики). Классификации. Критерии диагноза. Патологоанатомические, патофизиологические и клинические критерии в определении БА. Патогенез обструкции бронхов. Степени тяжести БА, диагностические критерии. Атопический и неатопический варианты, особенности путей развития и причинных факторов. Базисная и противовоспалительная и бронхолитическая терапия. Ступенчатая терапия. Мониторирование степени тяжести. Образовательная программа больных.	5	Устный опрос
12.		Этиология и патогенез ЯБ. Роль Н. Рulorі в патогенезе ЯБ. Клиника ЯБ, зависимость от локализации и глубины поражения. Диагностика: анамнез, инструментальные исследования (рентгеноскопия, эндоскопия, рН-метрия), лабораторная диагностика. Осложнения ЯБ: перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз привратника, малигнизация (клиника,	5	Устный опрос

		диагностика). Диета. Основные принципы медикаментозной терапии. Схемы эрадикационной терапии. Антисекреторные средства. Тактика лечения в зависимости от этиологии, локализации, состояния секреции, возраста, осложнений. Эндоскопическая терапия. Оперативное лечение, показания. Физиотерапия.		
13.		Этиология, эпидемиология. Причины роста распространенности. Патогенез клинических синдромов (нефротический синдром, мочевого, артериальной гипертензии). Классификация клиническая, морфологическая. Клиника. Осложнения, исходы. Критерии диагноза. Диагностика: азотовыделительная функция почек, концентрационная функция почек, скорость клубочковой фильтрации (Тареев, Кокрофт-Голт, MDRD, СКД-EPI). Дифференциальная диагностика с амилоидозом, острым гломерулонефритом, пиелонефритом. Лечение: терапия иммуносупрессивная (цитостатики, глюкокортикоиды, пульс-терапия), дезагрегантная, антикоагулянтная, нефропротективная. Этиология, эпидемиология. Патогенез клинических синдромов (болевого поясничного фланкового, дезурического, интоксикационно-воспалительный, артериальной гипертензии, мочевого, синдром нарушенной функции почек). Классификация. Клиника. Осложнения, исходы (апостематоз почки, уросепсис, ОПН, ХПН). Критерии диагноза. Диагностика: общий анализ мочи, посев мочи, проба Зимницкого, Нечипоренко, клиренс эндогенного креатинина, УЗИ почек, КТ почек, экскреторная урография. Дифференциальная диагностика с ХГН. Лечение (антибактериальная терапия эмпирическая и этиологическая; противоболевая терапия, дезинтоксикационная терапия, антигипертензивная, фитотерапия).	6	Устный опрос
14.		Этиология, эпидемиология. Патогенез клинических синдромов (анемический, сидеропенический, гемолиза, фуникулярного миелоза, поражения ЖКТ). Классификация	6	Устный опрос

		(патогенетическая, по цветовому показателю, по размеру эритроцитов, по степени тяжести). Критерии диагноза. Диагностика: (общий анализ крови, БАК, миелограмма, цитохимическая реакция на клетках костного мозга, УЗИ органов брюшной полости и почек, ФГДС, колоноскопия, ирригоскопия, копрограмма). Дифференциальная диагностика (по сочетанию анемического и анемии специфического синдрома). Методы лечения (цианокабаламин, препараты железа (пероральные и парентеральные), фолиевая кислота.		
15.		Понятие о профессиональных заболеваниях. Общие принципы классификации профессиональных болезней. Принципы диагностики профессиональных заболеваний. Медико-социальная экспертиза.	6	Устный опрос
16.		Клинические проявления вибрационной болезни и нейросенсорной тугоухости профессионального генеза, дифференциальная диагностика со сходными по клинике заболеваниями.	6	Устный опрос
		Итого	84	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1.	Раздел 1	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе	10	УО, ПО
2.	Раздел 2	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты	10	УО, ПО
3.	Раздел 3	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты	10	УО, ПО
4.	Раздел 4	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты	10	УО, ПО
5.	Раздел 4	Проработка учебного материала по	10	УО, ПО

		конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты		
6.	Раздел 5	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты	10	УО, ПО
7.	Раздел 6	Проработка учебного материала по конспектам лекций учебной литературе; Выписывание рецептов на лекарственные препараты	7	УО, ПО
		Итого	67	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Типовые контрольные задания

Тема 1. Атеросклероз. Дислипидемии. Виды. Лечение.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Липидные пятна и липидные полосы характерны: а) Для ранних стадий атеросклероза. б) Для поздних стадий атеросклероза. в) Как для ранних, так и для поздних стадий атеросклероза. 2. Что из перечисленного не является признаком осложнения атеросклеротического поражения: а) Тромбоз. б) Кальциноз. в) Фиброз. г) Изъязвление. 3. Гемодинамически значимым считается сужение просвета коронарной артерии на: а) 25%. б) 40%. в) 75%. 4. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным является: а) I тип.

б) II тип. в) V тип. 5. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным является: а) I тип. б) V тип. в) III тип. 6. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным не является: а) Тип На. б) Тип Мв. в) III тип. г) V тип. 7. Из перечисленных типов дислипопротеидемии не является атерогенным: а) I тип. б) Тип На. в) Тип Мв. г) III тип. 8. Транспортной формой экзогенных триглицеридов являются: а) Хиломикроны. б) Липопротеиды очень низкой плотности. в) Липопротеиды низкой плотности. г) Липопротеиды высокой плотности. 9. Транспортной формой экзогенного холестерина являются: а) Липопротеиды очень низкой плотности. б) Липопротеиды низкой плотности. в) Хиломикроны. г) "Ремнантные" частицы. д) Липопротеиды высокой плотности. 10. Основной транспортной формой

эндогенного холестерина являются: а) Хиломикроны. б) Липопротеиды очень низкой плотности. в) Липопротеиды низкой плотности. г) "Ремнантные" частицы. д) Липопротеиды высокой плотности.

Тема 2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Другие формы ишемической болезни сердца: вазоспастическая стенокардия, безболевого ишемия миокарда, микроваскулярная стенокардия. Тестирование, примерные вопросы:

1. Потребность миокарда в кислороде определяет: а) Частота сердечных сокращений. б) Контракtilьность миокарда. в) Напряжение стенки левого желудочка. г) Все перечисленное.

д) Правильно 1 и 2. 2. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в: а) Правой коронарной артерии. б) Передней нисходящей коронарной артерии. в) Общем стволе левой коронарной артерии. г) Огибающей коронарной артерии. д) Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла. 3. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии: а) Не менее 25% просвета. б) Не менее 40% просвета. в) Не менее 50-75% просвета. г) Не менее 90% просвета. 4. Основными причинами транзиторной ишемии миокарда являются: а) Спазм коронарной артерии. б) Фиксированный стеноз коронарной артерии. в) Тромботическая окклюзия коронарной артерии. г) Все перечисленное. д) Только 1 и 2. 5. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при: а) Стабильной стенокардии напряжения. б) Спонтанной стенокардии. в) Прогрессирующей стенокардии напряжения. г) Впервые возникшей стенокардии. д) Любых вариантах стенокардии.

Тема 3. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. Осложнения инфаркта миокарда.

Тестирование, примерные вопросы:

1. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда: а) Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике. б) Обязательно определение активности ферментов. в) Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии. г) Правильного ответа нет. 2. При инфаркте миокарда нижней локализации электрокардиографические признаки инфаркта выявляются: а) В отведениях I, II, aVF. б) В отведениях II, III, aVF. в) В отведениях I, III, aVR. г) В отведениях II, III, aVL. 3. У больных, перенесших мелкоочаговый инфаркт миокарда, по данным коронароангиографии: а) Выявляется менее тяжелое поражение коронарных

артерий, чем при крупноочаговом инфаркте. б) Выявляется более тяжелое поражение коронарных артерий, чем при крупноочаговом инфаркте. в) Тяжесть поражения коронарного русла при мелкоочаговом и крупноочаговом инфаркте миокарда одинакова. 4. Критерии диагностики острого инфаркта миокарда без зубца Q в передней стенке левого желудочка: А. Наличие остро возникших клинических симптомов (боль в груди, удушье или другие ощущения); Б. Появление на ЭКГ зубца Q в V1 - V3 в сочетании с монофазной кривой; В. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 и отрицательного Т; Г. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 справа от грудины; Д. Нормальная или ЭКГ без динамических изменений; Е. Повышение, а затем снижение в характерные сроки кардиоспецифического фермента (МВ - КФК или тропонина). а) верно А, Б, Е б) верно Г, Д в) верно В, Д, Е г) верно А, В, Е 5.

Патогенез острого коронарного синдрома при инфаркте миокарда без зубца Q: А.

Критический стеноз коронарной артерии; Б. Разрыв бляшки; В. Эрозирование бляшки; Г. Увеличение содержания в бляшке макрофагов, активированных Т-лимфоцитов; Д. Пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки; Е. Частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом; Ж. Полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом; З. Вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки. а) верно Б, В, Г, Д, З б) верно Б, В, Г, Е в) верно А г) верно Б, В, Г, Ж

Тема 4. Артериальные гипертензии. Гипертоническая болезнь Симптоматические артериальные гипертензии.

Тестирование , примерные вопросы:

1. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены: а) Большие нервно-эмоциональные нагрузки. б) Избыточное потребление жиров и углеводов. в) Отягощенная по гипертонии наследственность. г) Повышенная масса тела. д) Избыточное потребление поваренной соли. 2. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме: а) Повышения активности симпатoadrenalовой системы.

б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. в) Атеросклероза почечных артерий. г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов. д) Изменения системы простагландинов. 3. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть: а) Минутный объем сердца. б) Общее периферическое сосудистое сопротивление. в) Ренин-ангиотензиновая система. г) Уровень электролитов крови. 4. Избыточное образование альдостерона сопровождается: а) Задержкой натрия и воды. б) Повышением

активности симпато-адреналовой системы. в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления. г) Уменьшением минутного объема сердца. д) Всем перечисленным. 5. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно: а) Поражение артерий сетчатки. б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей. в) Нарушения ритма сердца. г) Появление блокад сердца. 6. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний: а) ИБС. б) Инсульта. в) И того, и другого. г) Ни того, ни другого. 7.

Для установления диагноза артериальной гипертонии: а) Достаточно однократной регистрации повышенного АД. б) Необходимо, чтобы АД было выше нормы не менее, чем при двух посещениях в разные дни. в) Обязательна регистрация повышенного АД не менее, чем при трех посещениях с интервалом в 2 недели. 8. "Мягкой" артериальной гипертонией принято называть случаи повышения: а) Диастолического АД не более 95 мм. рт. ст. б)

Диастолического АД не более 100 мм. рт. ст. в) Диастолического АД не более 105 мм. рт. ст. , без признаков поражения жизненно важных органов. 9. Критерием I стадии артериальной гипертонии является: а) Сравнительно небольшое повышение АД (например, не более 170/100 мм. рт. ст.) . б) Отсутствие признаков поражения жизненно важных органов. в) Лабильность АД. 10. Критерием II стадии артериальной гипертонии является: а) Признаки гипертрофии левого желудочка. б) Сужение артерий сетчатки. в) Признаки нарушения функции почек. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного.

Тема 5. Ревматизм. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенные пороки сердца.

Тестирование , примерные вопросы:

1. К "большим" критериям ревматической лихорадки принадлежат: 1. кардит; 2. хорея; 3. полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема. а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5. 2. 5.37. Ревматическая лихорадка вызывается 1) стафилококком 2) бета-гемолитическим стрептококком группы С 3) пневмококком 4) бета-гемолитическим стрептококком группы А 5) возбудитель не известен 3. Основой терапии ОРЛ являются: а) антибиотики, биостимуляторы б) НПВП, антибиотики* в) антигистаминные, витамины г) гормоны, иммунодепрессанты д) правильного ответа нет 4. Назовите 4 патоморфологические стадии ревматической лихорадки. а) коидное набухание* б) организация соединительной ткани* в) пролиферативная стадия

(Ашофф-Талалаевские гранулемы)* г) ревматические кардиосклероз* д) гиалиноз е) лимфоцитарная инфильтрация ж) нейтрофильная инфильтрация з) рабдомиолиз 5. Перечислите 5 клинических проявлений ОРЛ:

а) Ревмокардит* б) полиартрит* в) хорея* г) кольцевидная эритема* д) ревматические узелки*

е) менингит ж) энцефалит з) арахноидит и) неврит к) васкулит 6. Перечислите 3 характерных признака ревматического полиартрита: а) поражение крупных суставов* б) симметричность поражения суставов* в) летучий характер болей* г) поражение мелких суставов д) асимметричное поражение е) стойкий характер болей 7. Перечислите 3 основные формы ревматического поражения кожи: а) узловая эритема* б) кольцевидная эритема* в) ревматические узелки* г) розеолезные высыпания д) эритема лица в виде бабочки е) сосудистые звездочки 8. Причинами митрального стеноза могут быть: а) Синдром Марфана. б) Системная красная волчанка. в) Синдром Элерса-Данлоса. г) Все перечисленное. д) Ни одна из перечисленных. 9. Причиной недостаточности митрального клапана может быть: а) Ревматизм. б) Атеросклероз. в) Инфекционный эндокардит. г) Правильно 1 и 3. д) Все перечисленное. 10. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является: а) Проплапс створок клапана. б) Дилатация правого желудочка. в) Инфекционный эндокардит. г) Ревматоидный артрит.

Тема 6. Кардиомиопатии.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Для дилатационной кардиомиопатии характерна: а) Левожелудочковая недостаточность. б) Правожелудочковая недостаточность. в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков. 2. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается: а) Дующий пансистолический шум. б) Поздний систолический шум. в)

Четвертый тон. г) Диастолический шум. 3. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: а) Одышка. б) Стенокардия напряжения. в) Обмороки. г) Все перечисленное. д) Правильно 1 и 3. 4. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена: а) Систолическая функция левого желудочка. б) Диастолическая функция левого желудочка. в) Степень нарушения примерно одинакова. г) Правильного ответа нет. 5. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является: а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка. б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к

межжелудочковой перегородке. в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана. г) Все перечисленное. 6. При аускультации больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие: а) Дующего пансистолического шума в точке Боткина. б) Грубого среднесистолического шума в точке Боткина. в) Позднего систолического шума в точке Боткина. г) Все перечисленное. 7. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением: а) Перехода в положение приседания. б) Быстрого вставания из положения приседания. в) Натуживания. г) Приема нитроглицерина. 8. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается: а) В положении приседания. б) Во время быстрого вставания из приседания. в) Во время натуживания. г) После приема нитроглицерина. д) Правильного ответа нет. 9. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие: а) Нормального пульса на сонных артериях. б) Медленного, анакротического, "плато" пульса на сонных артериях. в) Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях. 10. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок: а) Не изменен. б) Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона) . в) Укороченный, высокоамплитудный.

Тема 7. Хроническая сердечная недостаточность.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Причинами сердечной недостаточности являются: а) Повреждение миокарда. б) Перегрузка сердца давлением или объемом. в) Нарушение диастолической функции. г) Все перечисленное. д) Правильно 1 и 2. 2. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является: а) Слабость. б) Приступы сердечной астмы. в) Отеки ног. г) Венозный застой в большом круге кровообращения. д) Все перечисленное. 3. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является: а) Слабость. б) Одышка.

в) Приступы сердечной астмы. г) Венозный застой в большом круге кровообращения. д) Все перечисленное. 4. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться: а) Альтернирующий пульс. б) 3-й тон сердца. в) Смещение верхушечного толчка влево и вниз. г) Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены. д) Все перечисленное. 5. У больных с выраженной недостаточностью кровообращения отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема: а) Сердечных гликозидов. б) Диуретиков. в) Эналаприла (и

каптоприла) . г) Нитросорбида в сочетании с апрессинном. д) Правильно 3 и 4.

6. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности I класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W. а) верно Г б) верно Б в) верно В г) верно Д 7. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W. а) верно Б б) верно Б,В в) верно В г) верно Д 8. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое. а) верно А б) верно Б в) верно Г г) верно В 9. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое. а) верно Б б) верно В в) верно Г,Д г) верно А 10. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо. а) верно Б б) верно А в) верно В г) верно Д

Тема 8. Нарушения ритма и проводимости сердца.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Экстрасистолией называют: а) Преждевременные импульсы. б)

Импульсы, появляющиеся после паузы. в) И то, и другое. г) Ни то, ни другое.

2. К выскальзывающим сокращениям относят: а) Эктопические импульсы. б) Преждевременные импульсы. в) Импульсы, появляющиеся после паузы. г) Все перечисленное. д) Правильно 1 и 2.

3. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме: а) Полной нерегулярности сердечных сокращений. б) Волн "f". в) Зубцов Р, отличающихся по форме от УсинусовыхФ. г) Правильного ответа нет.

4. Причиной выскальзывающих импульсов являются: а) Повышение частоты сердечных сокращений. б) Возникновение пауз (эпизодов асистолии) . в) И то, и другое. г) Ни то, и ни другое.

5. Эктопическим ритмом называют: а) Любой ритм, кроме синусового. б) Ритмы с частотой менее 60 в мин. в) Ритмы с частотой более 100 в мин. г) Все ответы правильные. д) Правильного ответа нет.

6. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют: а) Выскальзывающие ритмы сердца. б) Эктопические ритмы с частотой менее 60 в мин. в) Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин. г) Правильного ответа нет.

7. Выскальзывающие ритмы сердца: а) Необходимо устранять с помощью антиаритмических препаратов. б) Можно ускорить с помощью симпатомиметиков и/или холинолитиков. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет.

8. Полная компенсаторная пауза: а) Бывает при желудочковой экстрасистолии. б) Может быть при наджелудочковой экстрасистолии. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет.

9. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р наиболее вероятно, что у больного : а) Атриовентрикулярная узловатая тахикардия. б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения. в) Предсердная тахикардия. г) Вероятность всех трех вариантов одинакова.

10. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсердных комплексов в области сегмента ST или зубца Т наиболее вероятно, что у больного: а) Атриовентрикулярная узловатая тахикардия. б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения. в) Предсердная тахикардия. г) Вероятность всех трех вариантов примерно одинакова.

Тема 9. Миокардиты, перикардиты.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием: а) Поражения миокарда возбудителем инфекции. б) Воздействия токсинов. в) Возникновения иммунопатологических реакций. г) Всего перечисленного.

2. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются: а) Вирусные. б) Бактериальные. в) Паразитарные. г) Грибковые.

3. Неинфекционные

миокардиты возникают вследствие: а) Аллергических реакций.

б) Токсических воздействий. в) Химических воздействий. г) Воздействий физических факторов. д) Всего перечисленного. 4. На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологического фактора специфическими признаками миокардита являются: а) Повышение температуры. б) Слабость. в) Артралгии. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного.

5. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются: а) Лейкоцитоз. б) Ускорение СОЭ. в) Изменения ЭКГ. г) Все перечисленное. д) Правильного ответа нет. 6. В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом: а) Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.

б) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита. в) Оба ответа правильные. 7. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью: а) Сцинтиграфии миокарда с таллием-201. б) Биопсии миокарда. в) Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция. г) Радионуклидной вентрикулографии. д) Всего перечисленного. 8. При установлении диагноза миокардита: а) Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов". б) Лечение в большинстве случаев симптоматическое. в) Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов. г) Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде". д) Правильного ответа нет.

9. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение: а) Глюкокортикоидных гормонов. б) Азатиоприна. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет. 10. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах: а) Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции. б) Вообще противопоказано при вирусных миокардитах. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет.

Тема 10. Другие заболевания сердечно-сосудистой системы. Инфекционный эндокардит. Тромбоэмболия легочной артерии. Промежуточное итоговое тестирование.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда: а) Лактобактерии. б) Синегнойная палочка. в) Зеленыя стрептококки. г) Золотистые стафилококки. д) Менингококки. 2. Эндокардит могут вызывать: а) Вирусы. б) Бациллы лихорадки Ку. в) Сальмонеллы. г) Все перечисленное. д) Ничего из

перечисленного. 3. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать: а) Преходящую бактериемию. б) Проведение гемодиализа. в) Наличие искусственных клапанов сердца. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного. 4. Инфекционный эндокардит чаще возникает: а) У больных, имеющих поражение клапанного аппарата. б) При интактных клапанах. в) Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его. 5. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является: а) Лихорадка. б) Артралгии. в) Петехии на коже и слизистых. г) Изменения формы ногтей. 6. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: а) Миокардит. б) Васкулиты мелких сосудов. в) Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного. 7. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение: а) Митрального клапана. б) Аортального клапана. в) Трехстворчатого клапана. г) Правильно 1 и 3. 8. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен: а) Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами. б) Поражением *vasa vasorum*. в) И тем, и другим. г) Ни тем, и ни другим. 9. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: а) Диффузный гломерулонефрит. б) Инфаркт почки. в) Очаговый нефрит. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного. 10. Наиболее часто встречающимся в ранние сроки заболевания признаком подострого инфекционного эндокардита является: а)

Повторные периоды умеренного повышения температуры. б) Изменение характера шума у больных с пороком сердца. в) Заболевание ревматизмом в анамнезе. г) Правильного ответа нет.

Тема 11. Заболевания легких. Пневмонии Бронхиальная астма Хроническая обструктивная болезнь легких.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам. 2. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются: 3. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является: 4. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных

реакций: 5. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят: 6. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами; 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств; 4. выраженность одышки. 7. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов; 2. разжижению мокроты; 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки; 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

8. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено: 1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов; 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов; 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи; 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов. 9. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено: 1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усиление вязкости мокроты; 3. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными. 10. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшения ее откашливания способствует: 1. обильное питье; 2. прием мукалтина; 3. ингаляции щелочных растворов; 4. назначение антибиотика.

Тема 12. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Неспецифический язвенный колит. Панкреатит.

Тестирование , примерные вопросы:

1. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори. 2. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся: 1. дуоденогастральный рефлюкс; 2. хеликобактер пилори; 3. антральный гастрит; 4. высокая кислотообразующая функция желудка. 3. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию: 1. язвы пилороантрального отдела желудка; 2. язвы кардиального отдела желудка; 3. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; 4. эрозивного дуоденита. 4. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают: 1 раз в год; 2. 4 и более раз в год; 3. 2 раза в год; 4. периодов ремиссии не

существует. 5. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является: а) рвота желчью; б) урчание в животе;

в) резонанс под пространством Траубе; г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи; д) видимая перистальтика. 6. Подтвердить пенетрацию язвы может: 1. уменьшение ответной реакции на антациды; 2. появление болей в спине; 3. усиление болей; 4. изменение характерного ритма язвенных болей. 7. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается: а) активность амилазы; б) активность липазы; в) уровень глюкозы; г) активность щелочной фосфатазы; д) активность трансаминазы. 8. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни: а) стенозе выходного отдела желудка; б) малигнизации язвы; в) пенетрации язвы; г) микрокровоотечении из язвы; д) перфорации язвы. 9. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении: а) органическом стенозе пилородуоденальной зоны; б) функциональном стенозе; в) малигнизации язвы; г) пенетрации язвы; д) перфорации язвы. 10. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются: а) локализация язвы; б) величина язвы;

в) отсутствие хронического рецидивирующего течения; г) кровоотечение; д) частая пенетрация.

Тема 13. Заболевания почек. Гломерулонефрит, пиелонефрит. Хроническая болезнь почек.

Тестирование , примерные вопросы:

1. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз: а) острый гломерулонефрит; б) острый пиелонефрит; в) обострение хронического гломерулонефрита; г) апостематозный нефрит; д) амилоидоз почек. 2. Больного ХГН необходимо госпитализировать в стационар в случае: 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертензии; 2. нарастании протеинурии;

3. увеличении эритроцитурии; 4. ухудшении функционального состояния почек. 3.

Определение активности ХГН необходимо для: а) назначения патогенетической терапии; б) оценки прогноза заболевания; в) установления

клинической формы заболевания; г) оценки функционального состояния почек; д) назначения антибактериальной терапии. 4.

Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для: а) острого гломерулонефрита; б) пиелонефрита; в) почечно-каменной болезни; г) цистита; д) амилоидоза почек.

5. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать: а) фуросемиду; б) верошпиرونу;

в) триамтерену; г) арифону; д) гипотиазиду. 6. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.

7. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

а) дерматомиозита; б) системной красной волчанки; в) системной склеродермии; г) узелкового артериита; д) ревматической полимиалгии. 8.

При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерина.

9. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня: а) мочевины; б) остаточного азота; в) креатинина; г) калия; д) мочевой кислоты. 10. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать: а) повышение артериального давления; б) полиурию, полидипсию; в) гиперкалиемию;

г) метаболический ацидоз; д) судороги.

Тема 14. Заболевания кроветворной системы. Железодефицитные анемии Хронические лейкозы.

Тестирование , примерные вопросы:

Основное количество железа в организме человека всасывается: а) в желудке б) в нисходящем отделе ободочной кишки в) в двенадцатиперстной и тощей кишках г) в подвздошной кишке д) в слепой кишке 2. Железо всасывается лучше всего: а) в форме ферритина б) в форме

гемосидерина в) в форме гема г) в виде свободного трехвалентного железа д) в виде свободного двухвалентного железа 3. За сутки железа может всосаться не более: а) 0,5-1,0 мг б) 2,0-2,5 мг в) 4,0-4,5 мг г) 10,0-12,0 мг д) 7,0-8,0 мг 4. Причиной железодефицитной анемии у женщин могут быть: а) обильные и длительные менструальные кровопотери; б) болезнь Рандю-Ослера; в) геморрой; г) опухоли желудочно-кишечного тракта.

5. Самой частой причиной железодефицитной анемии и у мужчин

является: а) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта б) гломусные опухоли в) алкогольный гепатит г) гематурическая форма гломерулонефрита д) рак почки 6. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является: а) проба Грегерсена б) проба Вебера в) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома г) определение уровня железа в кале д) фиброгастроскопия 7. Причиной железо-дефицитной анемии у беременной женщины может быть: а) гиперволемиа; б) многоплодная беременность; в) несовместимость с мужем по системе АВО; г) имевшийся ранее латентный дефицит железа. 8. Типичными ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются: а) использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды; б) использование дважды перегнанной дистиллированной воды; в) осуществление исследования в период лечения препаратами железа; г) осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарата железа. 9. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся: а) к своевременному переливанию цельной крови; б) к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения в) к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно; г) к назначению препаратов железа перорально на длительный срок. 10. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует: а) принимать внутрь препарат железа со II ? III триместра беременности и 6 месяцев кормления ребенка грудью б) включить в диету красную рыбу, гранаты, морковь в) перелить эритроцитарную массу перед родами г) сделать 10 внутривенных инъекций ферропрепаратов д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов

Тема 15. Понятие о профессиональных заболеваниях. Классификация. Профпатологическая служба РФ, РТ.

Устный опрос , примерные вопросы:

1. Дать определение понятия профессионального заболевания. 2. Методика обследования больных с ПЗ. 3. Схема истории болезни больного с профпатологией. 4. Экспертиза временной нетрудоспособности. 5. Санаторное лечение пациентов. 6. Сроки возвращения к профессиональной деятельности. 7. Профпатологическая служба РФ. Профпатологическая служба РТ 8. Действующие нормативные документы, регламентирующие систему медицинского наблюдения. 9. Деонтология в клинике проф заболеваний 10. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда.

Тема 16. Профессиональные заболевания от воздействия физических факторов.

Устный опрос, примерные вопросы:

1. Укажите основные профессиональные группы рабочих, подвергающихся воздействию локальной и общей вибрации.
2. Изложите классификацию вибрационной болезни.
3. Каковы основные клинические синдромы ВБ от воздействия локальной вибрации?
4. Дайте характеристику клинических синдромов ВБ от воздействия общей вибрации.
5. Каковы основные методы диагностики?
6. Патогенез действия шума на орган слуха.
7. Каковы клинические проявления нейросенсорной тугоухости?
8. Назовите критерии оценки степени потери слуха.
9. Экспертиза трудоспособности.
10. Рекомендации по медицинской реабилитации
11. Нейросенсорная профессиональная тугоухость
12. Аудиметрический метод
13. Особенности сбора анамнеза.
14. Функциональные методы при выставлении диагноза тугоухости
15. Наблюдение в поликлинике.

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету

1. Пневмония:
 - этиология, патогенез, клиника, диагностика;
 - лечение.
2. Хронический бронхит:
 - этиология, патогенез, клиника, диагностика;
 - лечение.
3. Бронхиальная астма:
 - этиология, патогенез, клиника, диагностика;
 - астматический статус;
 - лечение бронхиальной астмы.
4. Плеврит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Бронхоэктатическая болезнь: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Хроническое легочное сердце.
7. Рак легкого: клиника, диагностика.
8. Ревматизм:

- острая ревматическая лихорадка (первичный ревмо кардит): этиология, патогенез, клиника, диагностика;

- лечение и профилактика.

9. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, диагностика,

лечение.

10. Приобретенные пороки сердца, причины их развития, клиника, диагностика:

- недостаточность митрального клапана;

- митральный стеноз;

- сочетанный митральный порок;

- недостаточность аортального клапана;

- стеноз устья аорты.

11. Гипертоническая болезнь:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;

- лечение гипертонической болезни;

- гипертонический криз: причины развития, клиника, лечение.

12. ИБС: определение, факторы риска, классификация.

13. ИБС: стенокардия:

- этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика;

- лечение.

14. ИБС, инфаркт миокарда:

- Этиология, патогенез, клиника, диагностика;

- Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, постинфарктный синдром;

- кардиогенный шок;

- лечение инфаркта миокарда.

15. Миокардиты и кардиомиопатии: клиника, диагностика, лечение.

16. Сердечная астма и отек легких.

17. Хроническая сердечная недостаточность.

18. Нарушения ритма сердца и проводимости по миокарду:

- мерцание и трепетание предсердий;

- пароксизмальная тахикардия;

- нарушения предсердно-желудочковой проводимости.

19. Нейроциркуляторная дистония: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

20. Хронический гастрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

21. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;
- осложнения;
- лечение.

22. Хронический колит (синдром раздраженного кишечника):

этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

23. Хронический гепатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

24. Цирроз печени:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;
- осложнения.

25. Хронический холецистит и дискинезии желчевыводящих путей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

26. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

27. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

28. Хронический гломерулонефрит:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;
- лечение.

29. Нефротический синдром.

30. Хроническая почечная недостаточность.

31. Остеоартроз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

32. Ревматоидный артрит:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;
- лечение.

33. Системная красная волчанка:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;
- лечение.

34. Системная склеродермия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

35. Узелковый периартериит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

36. Железодефицитная анемия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

37. Гемолитическая анемия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

38. В₁₂ – дефицитная анемия: этиология, патогенез, клиника,

диагностика,

лечение.

39.Острый лейкоз: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.

40.Хронический миелолейкоз: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

41.Хронический лимфолейкоз: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

42.Множественная миелома: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

43.Тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

44.Геморрагический васкулит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

45.Геморрагические диатезы.

46.Сахарный диабет:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;

- лечение.

47.Кетоацидотическая кома.

48.Гипогликемическая кома.

49.Диабетические ангиопатии.

50.Диффузный токсический зоб:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика;

- лечение.

51.Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

52.Гипотиреоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

53.Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.

54.Хроническая надпочечниковая недостаточность.

Примерные вопросы к экзамену

1. Атеросклероз: определение, этиология, патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

2. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, классификация клинических форм, диагностика, лечение, профилактика.

3. Стабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

4. Нестабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

5. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

6. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Отек легких: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Кардиогенный шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
11. Симптоматические артериальные гипертензии:
определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Эндокринные артериальные гипертензии (тиреотоксикоз, феохромоцитома, болезнь и синдром Кушинга): клиника, диагностика, лечение.
13. Почечные артериальные гипертензии (артериальная гипертензия при хронических заболеваниях почек, вазоренальная артериальная гипертензия): клиника, диагностика, лечение.
14. Гипертонические кризы: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Кардиомиопатии: определение, этиология, патогенез, классификация.
17. Дилатационная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Гипертрофическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
19. Алкогольная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Перикардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Пароксизмальные тахикардии: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Фибрилляция предсердий: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
23. Экстрасистолия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

24. Нарушение атриовентрикулярной проводимости:
определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации.
26. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
27. Острая ревматическая лихорадка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
29. Недостаточность митрального клапана: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Митральный стеноз: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Недостаточность аортального клапана: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Аортальный стеноз: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
34. Септический шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Плевриты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
37. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
38. Астматический статус (жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы): определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Легочная гипертензия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
41. Синдром раздраженной кишки: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

42. Язвенный колит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
43. Желудочно-кишечное кровотечение: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
44. Хронический панкреатит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
45. Хронический холецистит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
46. Хронические вирусные гепатиты В, С, D: определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
47. Аутоиммунный гепатит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
48. Алкогольная болезнь печени: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Неалкогольная жировая болезнь печени: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Циррозы печени: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
51. Печеночная энцефалопатия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
52. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, осложнения.
53. Острая почечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
54. Хронический гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
55. Хронический пиелонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
56. Хроническая болезнь почек: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
57. Остеоартрит (остеоартроз): определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
58. Остеопороз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
59. Подагра: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
60. Ревматоидный артрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

61. Системная красная волчанка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
62. Системная склеродермия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
63. Системные васкулиты: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
64. Железодефицитная анемия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
65. В12-дефицитная анемия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
66. Гемолитические анемии: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Агранулоцитоз: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
68. Апластические анемии: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Острый лейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
70. Истинная полицитемия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
71. Вторичные эритроцитозы: определение, этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз с истинной полицитемией, лечение.
72. Хронический миелолейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
73. Хронический лимфолейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
74. Множественная миелома: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
75. Геморрагические диатезы: определение, этиология, патогенез, классификация, типы кровоточивости.
76. Гемофилия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
77. Геморрагический васкулит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
78. Геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера): определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Первичная иммунная тромбоцитопения (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура):
определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Анафилактический шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен по эпидемиологии человека проводится по билетам (65 шт) в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут **(I)**.

Экзаменационный билет содержит три вопроса **(II)**.

Критерии выставления оценок (III):

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается пакет с набором данных лучевого исследования и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования около негатоскопа по снимкам, на что отводится 15 минут.

Критерии сдачи зачета:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает

хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт (интерпретация рентгенограмм)

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если 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.
- Оценка «хорошо» выставляется, если 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.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если 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.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции,

			обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.
--	--	--	---

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Хаитов, Р. М. Иммуноterapia : руководство для врачей / под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова, А. Е. Шульженко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 768 с. : ил. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4378-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443781.html> (дата обращения: 07.09.2022). - Режим доступа : по подписке.
2. Карпович, А. И. Терапия. Учебная практика / А. И. Карпович, О. В. Маршалко - Минск : РИПО, 2015. - 71 с. - ISBN 978-985-503-495-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855034958.html> (дата обращения: 07.09.2022). - Режим доступа : по подписке.

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Лечебное дело». Режим доступа: <http://elibrary.ru>
3. Медицинская газета. Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/>

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при

осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочесть нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного

правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с

соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и

принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляться на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и

индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

Раздел 11. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования и технических средств обучения	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации. Перечень основного оборудования: учебные столы, учебные стулья, шкаф, учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, учебные плакаты, персональный компьютер, проектор.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, проспект Амет-хана Султана, зд.91, 2 этаж, кабинет № 6, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	Учебная аудитория для самостоятельной работы	367031, Республика Дагестан, город

	обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	Махачкала, проспект Амет-хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	Кабинет терапевта- терапевтический корпус (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: <u>Стол манипуляционный СИ-2Н двухполочный "Салве"</u> Неврологический молоточек, Отоскоп, тонометр, Электротермометр, Сантиметровая лента, Фонарик, Электронные весы, Ростометр	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ляхова, д. 47, Кабинет терапевта, терапевтический корпус, №11, 1 этаж
4.	Ординаторский кабинет-Отделение общей терапии и артрологии-терапевтический корпус (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием:Интегрированный источник света, Артроскоп с шахтой, Дисплей, Видеокамера с высоким разрешением, Шейвер, ротационный с рукояткой РО.2, Рукоятка РО.2, Вставка инструментальная артроскопическая шлифующая (3,4 мм)	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ляхова, д. 47, ординаторский кабинет, Отделение общей терапии и артрологии-терапевтический корпус, №3, 6 этаж
5.	Лаборатория-терапевтический корпус (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием:Штатив-бокс для предметных стекол, Анализатор определения глюкозы в крови (глюкометр) с принадлежностями, <u>Бактерицидный передвижной облучатель ОБПе 450 3х30 Азов</u> , Анализатор мочи, Анализатор биохимический, Автоанализатор гематологический, Анализатор активности щитовидной железы, Микроскоп биологический, Центрифуга лабораторная, Стерилизатор для медицинских инструментов, Экспресс-анализатор мочи, Микроскоп бинокулярный, Термостат, хладотермостат медицинский, Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом, Гемокоагулометр полуавтоматический двухканальный, Гемоглобинометр фотометрический, Аквадистиллятор, Емкость для сбора колюще-режущих отходов ЕСО-01 "Елат", Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями, Диспенсер с антисептическим мылом и антисептиком	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ляхова, д. 47, Лаборатория-терапевтический корпус, №19, 1 этаж
6.	Кабинет врача терапевта-приемное отделение (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Компьютер, Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом, Шкаф для документов, Светильник медицинский передвижной, Негатоскоп	367014, Республика Дагестан, г. Махачкала, микрорайон Сепаратор, ул. Сепараторная, д. 4, кабинет врача терапевта-приемное отделение, №116,1 этаж
7.	Кабинет магнитотерапии-физиотерапевтическое отделение (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Компьютер, Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом, Шкаф для документов, Аппарат для физиотерапии комбинированный урологический	367014, Республика Дагестан, г. Махачкала, микрорайон Сепаратор, ул. Сепараторная, д. 4, кабинет магнитотерапии-физиотерапевтическое отделение, №1, 4 этаж
8.	Кабинет терапевта (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Ростометр, Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом, Тонометр механический ИАД-01-1 (со взрослой манжетой), Сантиметровая лента, Шкаф для документов, Трость телескопическая, Ходунки, отоскоп	367009, Республика Дагестан, город Махачкала, улица Орджоникидзе, 73, кабинет терапевта № 16, 1 этаж