



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Дальневосточный федеральный университет»  
(ДВФУ)

---

**ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

«СОГЛАСОВАНО»

Руководитель ОП  
«Терапия»

Шекунова О.И

« 20 » декабря 2021 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Департамента  
дополнительного постдипломного  
образования и ординатуры

Г.Н.

Бондарь

« 20 » декабря 2021 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (РПУД)**

**«Частные вопросы дифференциальной диагностики в терапии»**

**Специальность 31.08.49**

**«Терапия»**

**Форма подготовки: очная**

курс 1, семестр 1.  
лекции 6 часов.  
практические занятия 54 часа.  
лабораторные работы не предусмотрены.  
всего часов аудиторной нагрузки 54 часа.  
самостоятельная работа 84 часа.  
реферативные работы (0).  
контрольные работы (0).  
зачет 1 семестр.  
экзамен не предусмотрен.

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1043.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента дополнительного постдипломного образования и ординатуры. Протокол № от «20» декабря 2021 г.  
Директор Департамента дополнительного постдипломного образования и ординатуры д.м.н., профессор, Бондарь Г.Н  
Составители: к.м.н., доцент Шекунова О.И

**Оборотная сторона титульного листа РПУД**

**I. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:**

Протокол от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Заведующий департаментом \_\_\_\_\_  
(подпись) (И.О. Фамилия)

**II. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:**

Протокол от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Заведующий департаментом \_\_\_\_\_  
(подпись) (И.О. Фамилия)

## **Аннотация к рабочей программе дисциплины**

### **«Частные вопросы дифференциальной диагностики в терапии»**

Дисциплина «Частные вопросы дифференциальной диагностики в терапии» предназначена для ординаторов, обучающихся по образовательной программе «Терапия», входит в вариативную часть учебного плана.

Дисциплина реализуется на 1 курсе, является дисциплиной вариативной части учебного плана.

При разработке рабочей программы учебной дисциплины использованы Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.49 «Терапия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», учебный план подготовки ординаторов по профилю Терапия.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 144 часа, 4 зачетных единицы.

Программа курса опирается на базовые врачебные знания, полученные специалистами:

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-5 способность и готовность к определению патологических состояний, симптомов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем со здоровьем, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного;

ПК-6 способность и готовность к ведению и лечению взрослых, нуждающихся в оказании специализированной помощи;

### **Цель курса:**

клиническая подготовка ординаторов, необходимая для последующей самостоятельной врачебной деятельности, овладение основами обследования, диагностики и лечения взрослых для проведения дифференциальной диагностики в терапевтической практики.

### **Задачи:**

1. Расширение и углубление основных и фундаментальных профессиональных знаний, полученных в медицинском вузе, необходимых для формирования профессиональных компетенций врача, способного успешно выполнять свои профессиональные обязанности.

2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача-специалиста, владеющего системой практических навыков и умений, для оказания врачебной помощи больным и дифференциальной диагностики в терапевтической практики.

3. Формирование профессиональных умений на основе освоения новейших технологий и лечебно-диагностических методик в области внутренних болезней.

3. Выработка стереотипа врачебных действий (диагностических, лечебных, профилактических) для проведения дифференциальной диагностики в терапевтической практики в стандартных клинических ситуациях.

4. Формирование клинического мышления врача-специалиста, имеющего углубленные знания смежных дисциплин, позволяющего ориентироваться и принимать самостоятельное решение в различных клинических ситуациях, включая экстренные.

5. Формирование индивидуальной всесторонне развитой личности врача-специалиста.

В результате изучения данной дисциплины у обучающихся

формируются следующие профессиональные компетенции.

### Требования к результатам освоения дисциплины:

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знает	Взаимосвязь функциональных систем организма и уровня их регуляции
	Умеет	Находить взаимосвязь клинических симптомов с патологическими изменениями в органах и системах и их функцией.
	Владеет	Основами клинического мышления для установления причинно-следственных связей при различной патологии
ПК-5 готовность к определению у взрослых патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной классификацией внутренних болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Знает	Закономерности течения патологических процессов взрослых с различными заболеваниями внутренних органов.
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки у взрослых терапевтических пациентов.
	Владеет	Знаниями с целью установления диагноза и проведения необходимого лечения взрослых.

ПК-6 готовность к ведению и лечению взрослых, нуждающихся в оказании специализированной терапевтической медицинской помощи.	Знает	Тактику, принципы и схемы лечения заболеваний внутренних органов.
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки конкретного заболевания; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; определить показания к консервативному и оперативному лечению конкретных заболеваний
	Владеет	Подбор, титрация, назначение и коррекция терапии при заболеваниях внутренних органов у взрослых пациентов.



## **I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА**

**(6 часов)**

**РАЗДЕЛ 1 Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний нервной системы.**

**РАЗДЕЛ 2 Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний хирургического и онкологического профиля**

**РАЗДЕЛ 3 Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний акушерства и гинекологии**

**РАЗДЕЛ 4 Актуальные вопросы в терапевтической практике инфекционных заболеваний и туберкулеза**

## **II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА**

**(54 часа)**

**Раздел 1. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний нервной системы (12 часов).**

**Раздел 2 Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний хирургического и онкологического профиля (12 часов)**

**Раздел 3 Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний акушерства и гинекологии (12 часов)**

**Раздел 4 Актуальные вопросы в терапевтической практике инфекционных заболеваний и туберкулеза (12 часов)**

**Занятие 5. Итоговое занятие (6 часов)**

1. Подготовка к зачету.
2. Защита презентаций, рефератов.

## **III. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

В РПУД представлено основное содержание тем, оценочные средства:



термины и понятия, необходимые для освоения дисциплины.

В ходе усвоения курса «гастроэнтерология» ординатору предстоит проделать большой объем самостоятельной работы, в которую входит подготовка к семинарским занятиям и написание реферата.

Практические занятия помогают ординаторам глубже усвоить учебный материал, приобрести навыки творческой работы над документами и первоисточниками.

Планы практических занятий, их тематика, рекомендуемая литература, цель и задачи ее изучения сообщаются преподавателем на вводных занятиях или в учебной программе по данной дисциплине.

Прежде чем приступить к изучению темы, необходимо ознакомиться с основными вопросами плана практического занятия и списком рекомендуемой литературы.

Начиная подготовку к практическому занятию, необходимо, прежде всего, обратиться к конспекту лекций, разделам учебников и учебных пособий, чтобы получить общее представление о месте и значении темы в изучаемом курсе. Затем поработать с дополнительной литературой, сделать записи по рекомендованным источникам.

В процессе изучения рекомендованного материала, необходимо понять построение изучаемой темы, выделить основные положения, проследить их логику и тем самым вникнуть в суть изучаемой проблемы.

Необходимо вести записи изучаемого материала в виде конспекта, что, наряду со зрительной, включает и моторную память и позволяет накапливать индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

В процессе подготовки важно сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал и выстраивать алгоритм действий, тщательно продумать свое устное выступление.

На практическом занятии каждый его участник должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно быть убедительным и аргументированным, не допускается и простое чтение конспекта. Важно проявлять собственное отношение к тому, о чем говорится, высказывать свое личное мнение, понимание, обосновывать его и делать правильные выводы из сказанного. При этом можно обращаться к записям конспекта и лекций, непосредственно к первоисточникам, использовать знание монографий и публикаций, факты и наблюдения современной жизни и т. д.

Ординатор, не успевший выступить на практическом занятии, может предъявить преподавателю для проверки подготовленный конспект и, если потребуется, ответить на вопросы преподавателя по теме практического занятия для получения зачетной оценки по данной теме.

Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Гастроэнтерология» представлено в Приложении 1 и включает в себя:

- характеристика заданий для самостоятельной работы студентов и методические рекомендации по их выполнению;

- требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы;
- критерии оценки выполнения самостоятельной работы.

## КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ КУРСА

№ п/п	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства - наименование		
			текущий контроль	промежуточная аттестация	
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно-кишечного тракта.	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальные задания
			В	опрос	реферат
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно-кишечного тракта.	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальные задания
			В	опрос	реферат
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно-кишечного тракта.	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6)	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальные задания
			В	опрос	реферат

Контрольные и методические материалы, а также критерии и показатели, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы представлены в Приложении 2.

## **V. СПИСОК УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

### **Основная литература**

1. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 800 с.  
[http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data\\_geotar/geotar.xml.part2455..xml&theme=FEFU](http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part2455..xml&theme=FEFU)
2. Внутренние болезни. В 2 т. Т.2. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.  
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425794.html>
3. Пропедевтика внутренних болезней. Методы исследования пациента : учебное пособие для медицинских вузов / Ю. В. Щукин, В. А. Дьячков, А. Е. Рябов - Ростов-на-Дону : Феникс , 2014 - 287 с.  
<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:736764&theme=FEFU>
4. Хапаев Б.А. Внутренние болезни: учебно-методическое пособие для студентов V-VI курсов, обучающихся по специальности 060101 «Лечебное дело», клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «Терапия»/ Хапаев Б.А., Хапаева А.Б.— Электрон. текстовые данные.— Черкесск: Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, 2014.— 120 с.  
<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-27182&theme=FEFU>
5. Практические навыки и неотложная терапия в клинике внутренних болезней : учебное пособие / [И. И. Андреева, И. Б. Башкова, Н. П. Васильева и др.]; под ред. В. Н. Саперова ; Чувашский государственный университет. Чебоксары: Изд-во Чувашского университета. 561 с.  
<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:707100&theme=FEFU>

### **Дополнительная литература**

1. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике : мастер-класс : учебник / В. И. Петров. Москва : ГЭОТАР-Медиа , 2014. 871 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781686&theme=FEFU>

2. Малышенко О.С. Клинические задачи по гастроэнтерологии, эндокринологии и гематологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Малышенко О.С., Протасова Т.В., Раскина Т.А.— Электрон. текстовые данные.— Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2011.— 140 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-6052&theme=FEFU>

3. Ведение больных с некоторыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в практике врача амбулаторного звена [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ — Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011.— 140 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-31802&theme=FEFU>

1. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420737.html>

2. Гастроэнтерология : руководство [Электронный ресурс] / Циммерман Я.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425879.html>

3. Пропедевтика внутренних болезней. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422793.html>

### Электронные ресурсы

1. Научная электронная библиотека: <http://www.elibrery.ru>
2. Центральная научная медицинская библиотека: <http://www.scsml.rssi.ru>
3. Медицинские Интернет Ресурсы: <http://www.it2med.ru/mir.html>
4. Издательство «Медицина»: <http://www.medlit.ru>

## **VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Целью проведения практических занятий является закрепление полученных ординаторами на лекциях знаний, моделирование практических ситуаций, а также проверка эффективности самостоятельной работы ординаторов.

Практическое занятие обычно включает устный опрос слушателей по вопросам семинарских занятий. При этом выявляется степень владения ординаторами материалом лекционного курса, базовых учебников, знание актуальных проблем и текущей ситуации в современном образовательном пространстве. Далее выявляется способность ординаторов применять полученные теоретические знания к решению практического или задачи.

Подготовку к практическому занятию целесообразно начинать с повторения материала лекций. При этом следует учитывать, что лекционный курс лимитирован по времени и не позволяет лектору детально рассмотреть все аспекты изучаемого вопроса. Следовательно, требуется самостоятельно расширять познания как теоретического, так и практического характера. В то же время, лекции дают хороший ориентир ординатору для поиска дополнительных материалов, так как задают определенную структуру и логику изучения того или иного вопроса.

В ходе самостоятельной работы ординатору в первую очередь надо изучить материал, представленный в рекомендованной кафедрой и/или преподавателем учебной литературе и монографиях. Следует обратить внимание ординаторов на то обстоятельство, что в библиотечный список включены не только базовые учебники, но и более углубленные источники по каждой теме курса. Последовательное изучение предмета позволяет ординатора сформировать устойчивую теоретическую базу.

Важной составляющей частью подготовки к практическому занятию является работа ординаторов с научными и аналитическими статьями,



которые публикуются в специализированных периодических изданиях. Они позволяют расширить кругозор и получить представление об актуальных проблемах, возможных путях их решения и/или тенденциях в исследуемой области.

В качестве завершающего шага по подготовке к практическому занятию следует рекомендовать ординатору ознакомиться с результатами научных исследований, соответствующих каждой теме.

## **VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

1. Использование программного обеспечения MS Office Power Point
2. Использование программного обеспечения MS Office 2010
3. Использование видеоматериалов сайта <http://www.youtube.com>

## **VIII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

Мультимедийная аудитория с доступом в Internet.

Экран с электроприводом 236\*147 см Trim Screen Line;

Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U

Mitsubishi; документ-камера CP355AF AVervision, видеочамера MP-HD718 Multipix;

Подсистема специализированных креплений оборудования CORSA-2007 Tuarex;

Подсистема видеокоммутации: матричный коммутатор DVI DXP 44 DVI Pro Extron; удлинитель DVI по витой паре DVI 201 Tx/Rx Extron; врезной интерфейс для подключения ноутбука с ретрактором TAM 201 Standard3 TLS; усилитель-распределитель DVI DVI; Подсистема аудиокоммутации и звукоусиления: усилитель мощности, 1x200 Вт, 100/70 В ХРА 2001-100V Extron; микрофонная петличная радиосистема EW 122 G3

Sennheiser; акустическая система для потолочного монтажа SI 3CT LP Extron; цифровой аудиопроцессор DMP 44 LC Extron; расширение для контроллера управления IPL T CR48; беспроводные ЛВС для обучающихся обеспечены системой на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).

Практическое обучение проводится на клинической базе.

**Клинические базы:**

Медицинский центр федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дальневосточный федеральный университет»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» г. Владивосток.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
**«Дальневосточный федеральный университет»**  
(ДФУ)

---

**ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ  
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**  
по дисциплине «Частные вопросы дифференциальной диагностики  
в терапии»  
специальность 31.08.49 «Терапия»  
Форма подготовки очная

**Владивосток  
2022**

## План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

№ п/п	Дата/сроки выполнения	Вид самостоятельной работы	Примерные нормы времени на выполнение	Форма контроля
1	В течение года	Написание реферата	28 час.	доклад
2	В течение года	Написание литературного обзора по теме реферата	28 час.	доклад
3	В течение года	Подготовка презентации по теме реферата	28 час.	доклад

### Темы рефератов

1. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний нервной системы.
2. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний хирургического и онкологического профиля
3. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний акушерства и гинекологии
4. Актуальные вопросы в терапевтической практике инфекционных заболеваний и туберкулеза

### Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат – творческая деятельность ординатора, которая воспроизводит в своей структуре научно–исследовательскую деятельность по решению теоретических и прикладных проблем в определённой отрасли научного знания. В силу этого курсовая работа является важнейшей составляющей учебного процесса в высшей школе.

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой ординатор решает проблему

теоретического или практического характера, применяя научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной

общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность, компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки.

Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность ординатора. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с ординатором проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

Традиционно сложилась определенная структура реферата, основными элементами которой в порядке их расположения являются следующие:

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.
4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).
5. Введение.
6. Основная часть.
7. Заключение.
8. Библиографический список.

## 9. Приложения.

На титульном листе указываются: учебное заведение, выпускающая кафедра, автор, научный руководитель, тема исследования, место и год выполнения реферата.

Название реферата должно быть по возможности кратким и полностью соответствовать ее содержанию.

В оглавлении (содержании) отражаются названия структурных частей реферата и страницы, на которых они находятся. Оглавление целесообразно разместить в начале работы на одной странице.

Наличие развернутого введения – обязательное требование к реферату. Несмотря на небольшой объем этой структурной части, его написание вызывает значительные затруднения. Однако именно качественно выполненное введение является ключом к пониманию всей работы, свидетельствует о профессионализме автора.

Таким образом, введение – очень ответственная часть реферата. Начинаться должно введение с обоснования актуальности выбранной темы. В применении к реферату понятие «актуальность» имеет одну особенность. От того, как автор реферата умеет выбрать тему и насколько правильно он эту тему понимает и оценивает с точки зрения современности и социальной значимости, характеризует его научную зрелость и профессиональную подготовленность.

Кроме этого во введении необходимо вычленить методологическую базу реферата, назвать авторов, труды которых составили теоретическую основу исследования. Обзор литературы по теме должен показать основательное знакомство автора со специальной литературой, его умение систематизировать источники, критически их рассматривать, выделять существенное, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования.

Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

Реферат заканчивается заключительной частью, которая так и называется «заключение». Как и всякое заключение, эта часть реферата выполняет роль вывода, обусловленного логикой проведения исследования, который носит форму синтеза накопленной в основной части научной информации. Этот синтез – последовательное, логически стройное изложение полученных итогов и их соотношение с общей целью и конкретными задачами, поставленными и сформулированными во введении. Именно здесь содержится так называемое «выводное» знание, которое является новым по отношению к исходному знанию. Заключение может включать предложения практического характера, тем самым, повышая ценность теоретических материалов.

Итак, в заключении реферата должны быть: а) представлены выводы по итогам исследования; б) теоретическая и практическая значимость, новизна реферата; в) указана возможность применения результатов исследования.

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.



Список использованных источников помещается в конце работы. Он оформляется или в алфавитном порядке (по фамилии автора или названия книги), или в порядке появления ссылок в тексте письменной работы. Во всех случаях указываются полное название работы, фамилии авторов или редактора издания, если в написании книги участвовал коллектив авторов, данные о числе томов, название города и издательства, в котором вышла работа, год издания, количество страниц.

### **Критерии оценки реферата.**

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

**Новизна текста:** а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

**Степень раскрытия сущности вопроса:** а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

**Обоснованность выбора источников:** а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

**Соблюдение требований к оформлению:** а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

**Рецензент должен четко сформулировать** замечание и вопросы, желательно со ссылками на работу (можно на конкретные страницы работы), на исследования и фактические данные, которые не учёл автор.

**Рецензент может также указать:** обращался ли ординатор к теме ранее (рефераты, письменные работы, творческие работы, олимпиадные работы и пр.) и есть ли какие-либо предварительные результаты; как выпускник вёл работу (план, промежуточные этапы, консультация, доработка и переработка написанного или отсутствие чёткого плана, отказ от рекомендаций руководителя).

**Ординатор** представляет реферат на рецензию не позднее чем за неделю до защиты. Рецензентом является научный руководитель. Опыт показывает, что целесообразно ознакомить ординатора с рецензией за несколько дней до защиты. Оппонентов назначает преподаватель из числа ординаторов. Для устного выступления ординатору достаточно 10-20 минут (примерно столько времени отвечает по билетам на экзамене).

**Оценка 5 ставится**, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

**Оценка 4** – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в

суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

**Оценка 3** – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

**Оценка 2** – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

**Оценка 1** – реферат ординатором не представлен.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Дальневосточный федеральный университет»  
(ДФУ)

---

**ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
по дисциплине «Частные вопросы дифференциальной  
диагностики в терапии»  
специальность 31.08.49 «Терапия»  
Форма подготовки очная

**Владивосток**  
**2022**

## **Вопросы для оценки предварительных компетенций**

1. Актуальные вопросы в терапевтической практике неврологических заболеваний

2. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний хирургического и онкологического профиля

3. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний акушерства и гинекологии

4. Актуальные вопросы в терапевтической практике инфекционных заболеваний и туберкулеза

**Контрольные тесты** предназначены для ординаторов, изучающих курс «частные вопросы дифференциальной диагностики в терапии».

Тесты необходимы как для контроля знаний в процессе текущей промежуточной аттестации, так и для оценки знаний, результатом которой может быть выставление зачета.

При работе с тестами ординатору предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Ординатору необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов. Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных ординатору тестов.

### **Примеры тестовых заданий:**

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
  - а) верхней прямой
  - б) наружной прямой
  - в) нижней прямой
  - г) нижней косой
2. Мидриаз возникает при поражении
  - а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
  - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
  - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
  - г) среднего непарного ядра
  - д) ядра медиального продольного пучка
3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
  - а) T6 или T7
  - б) T8 или T9
  - в) T9 или T10
  - г) T10 или T11
4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
  - а) гипотрофии мышц
  - б) повышения сухожильных рефлексов
  - в) нарушения функции тазовых органов
  - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
  - а) палеостриатума
  - б) неостриатума
  - в) медиального бледного шара
  - г) латерального бледного шара
6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
  - а) латерально
  - б) медиально
  - в) вентрально
  - г) дорсально
7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
  - а) латерально
  - б) медиально
  - в) вентрально
  - г) дорсально
8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
  - б) в мосту мозга
  - в) в ножках мозга
  - г) в зрительном бугре
9. Медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
  - б) ГАМК
  - в) норадреналин
  - г) адреналин
10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а) в латеральном ядре бледного шара
  - б) в полосатом теле
  - в) в медиальном ядре бледного шара
  - г) в субталамическом ядре
11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а) мозжечковая
  - б) сенситивная
  - в) вестибулярная
  - г) корковая
12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
  - б) люисово тело
  - в) черное вещество
  - г) полосатое тело
13. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:
- а) Дисфагия
  - б) Боль за грудиной или в эпигастральной области
  - в) Респираторные нарушения
  - г) Правильные ответы А) и Б)
  - д) Правильные ответы Б) и В)
14. Рак пищевода чаще всего поражает:
- а) Верхнюю треть
  - б) Среднюю треть
  - в) Нижнюю треть
  - г) Одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
  - д) Правильного ответа нет
15. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи, называется:
- а) Болезнь Менетрие
  - б) Болезнь Педжета
  - в) Эритроплазия Кейра
  - г) Болезнь Гиршпрунга
  - д) Пищевод Баретта
16. Наиболее часто рак желудка поражает:
- а) Кардиальный отдел
  - б) Антральный отдел
  - в) Тело желудка
  - г) Весь желудок
  - д) Большую кривизну желудка
17. Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?
- а) Слепая кишка
  - б) Восходящая ободочная кишка
  - в) Поперечная ободочная кишка
  - г) Нисходящая ободочная кишки
  - д) Сигмовидная кишка

18. У больного 56 лет признаки кишечной непроходимости в течении 3 суток. На операции обнаружена полностью обтурирующая просвет сигмовидной кишки опухоль. Ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены содержимым. Дистальнее опухоли кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов нет. Каков объем лечебной помощи?

- а) Субтотальная колэктомия, энтеростомия
- б) Операция Гартмана
- в) Обструктивная резекция кишки с анастомозом конец в конец.
- г) Трансанальное проведение зонда через опухоль выше анастомоза.
- д) Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок».
- е) Назоинтестинальная интубация

19. Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:

- а) Промежностном отделе
- б) Ампулярном отделе
- в) Ректосигмоидном отделе
- г) Одинаково часто во всех отделах
- д) Правильного ответа нет

19. Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерно:

- а) Желтуха
- б) Боли в эпигастральной области
- в) Повышение температуры
- г) Тромбозы периферических сосудов
- д) кахексия ранняя

20. Раком легкого чаще болеют:

- а) Мужчины
- б) Женщины
- в) Одинаково часто мужчины и женщины
- г) Мужчины в 25 раз чаще
- д) правильного ответа нет

21. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить с:

- а) Хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
- б) Туберкулезом
- в) Бронхоэктатической болезнью
- г) Доброкачественными опухолями легких
- д) Все ответы верные

22. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого следует проводить с:

- а) Доброкачественными опухолями легких
- б) Метастазами
- в) Эхинококковой кистой
- г) Туберкулезом
- д) Все ответы верные

23. Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) почек
- в) диабете и другой эндокринной патологии
- г) со всеми перечисленными
- д) ни с одним из перечисленных

24. Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется

- а) в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)
- б) в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы
- в) в неспециализированном родильном доме
- г) в обсервационном акушерском отделении родильного дома

25. Должность врача терапевта в женской консультации устанавливается, как правило, из расчета

- а) 80 тыс взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
- б) 80 тыс взрослых и детей, проживающих на обслуживаемой территории
- в) 60 тыс женщин, проживающих на обслуживаемой территории



- г) 60 тыс взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
26. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится, как правило:
- при первой явке
  - в 32 недели беременности
  - в 36 недель беременности
  - перед родами
- правильно 1, 2, 3
  - правильно 1, 2
  - все ответы правильны
  - правильно только 4
  - все ответы неправильны
27. Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин проводится чаще всего путем 1) лабораторного обследования 2) патронажа 3) сбора анамнеза 4) оценки пренатальных факторов риска (в баллах)
- правильно 1, 2, 3
  - правильно 1, 3, 4
  - все ответы правильны
  - правильно только 4
  - все ответы неправильны
28. Под периодическими медицинскими осмотрами женщин, как правило, подразумевается осмотр 1) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу 2) рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело с вредными факторами производства 4) беременных, состоящих на диспансерном учете
- правильно 1, 2, 3
  - правильно 1, 2
  - все ответы правильны
  - правильно только 4
  - все ответы неправильны
29. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями женских половых органов, осложнениями беременности, послеродового периода и абортми выражается показателями 1) числа случаев = (абсолютное число случаев)/ (число женщин-работниц)\*100 2) числа дней = (абсолютное число дней)/ (число женщин-работниц)\*100 3) средней длительности одного случая = (абсолютное число дней)/ (абсолютное число случаев) 4) (число выявленных гинекологических больных)/ (число осмотренных женщин)\*1000
- правильно 1, 2, 3
  - правильно 1, 2
  - все ответы правильны
  - правильно только 4
  - все ответы неправильны
30. Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется, как правило, 1) в отделения больниц по профилю патологии 2) в отделения патологии беременных специализированных родильных домов 3) в отделения патологии беременных неспециализированных родильных домов 4) в санатории-профилактории
- правильно 1, 2, 3
  - правильно 1, 2
  - все ответы правильны
  - правильно только 4
  - все ответы неправильны
31. Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков аутоиммунного гепатита:
- отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений – артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гаммаглобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;
  - отсутствии маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений – артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови – антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гаммаглобулинов, при

гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эндотелия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз

32. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита с являются:

- а) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах
- б) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов»

33. Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

- а) гепатотропные вирусы б) алкоголь
- в) наследственные заболевания г) болезни накопления

34. Какая из форм хронических диффузных заболеваний печени отдельно выделяется экспертами Лос - Анжеловской классификации хронических гепатитов?

- а) вирусные гепатиты
- б) токсические гепатиты в) алкогольный гепатит г) криптогенный гепатит

35. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют:

- а) болевую
- б) рецидивирующую
- в) безболевую
- г) псевдоопухолевую (гиперпластическую) д) все перечисленные

36. Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?

- а) отсутствие маркеров вирусной инфекции
- б) избыточная масса тела
- в) гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов

- г) отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем д) все вышеперечисленное
37. Что является «эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита?
- а) повышение трансаминаз
  - б) повышение гамма-глутаминтранспептидазы
  - в) сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы
  - г) ничего из вышеперечисленного
38. Какой синдром не характерен для хронического гепатита? а) цитолитический
- б) мезенхимально-воспалительный
  - в) астеновегетативный
  - г) портальной гипертензии
  - д) диспепсический
  - е) геморрагический
39. Какой фактор из перечисленных является решающим в хроническом течении гепатита В?
- а) персистенция вируса
  - б) иммунологические нарушения
  - в) нарушение белкосинтетической функции печени
40. Какой вариант острого вирусного гепатита обычно разрешается выздоровлением?
- 1) «а»
  - 2) «в»
  - 3) «с»
41. Для цирроза печени характерны все признаки, кроме:
- а) сосудистые звездочки, гинекомастия, увеличение печени, обычно вызванные портальной гипертензией
  - б) главным признаком является спленомегалия, вызванная портальной гипертензией;

в) может быть микроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В12 г) в 33% случаев имеется невысокая лихорадка, не связанная с инфекцией

42. Подберите характерные признаки алкогольного цирроза печени:

а) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии

б) раннее поражение цнс

в) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности

г) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щелочной фосфатазы

д) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови.

43. К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся:

а) неблагоприятные жилищно-бытовые условия

б) материальная необеспеченность

в) низкий интеллектуальный уровень

г) беспорядочный образ жизни

д) +все перечисленное

44. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:

а) больного, выделяющего БК

б) жилище больного, выделяющего БК

в) окружение больного, выделяющего БК

г) +все перечисленное

45. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является:

а) +бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением

б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми

в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми

46. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают:

а) предупреждать вселение больных туберкулезом

б) исключать переселение заболевшего туберкулезом

в) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)

г) +все перечисленное

47. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает:

а) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного

б) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами

в) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных

г) +все перечисленное

48. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное, кроме

а) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала

б) отдельного помещения для приема пищи

г) +отдельной регистратурой

49. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме:

а) текущей

б) заключительной

в) +постоянной

50. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет :

а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации

б) методическое руководство и инструктирование

в) акцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции

г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета

д) +все перечисленное

## Примеры ситуационных

### задач:

1. У пациента 69 лет, страдающего гипертонической болезнью, внезапно, после сна, возникла слепота на левый глаз и слабость в правых конечностях. Задания:

1) Назовите синдромальный диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

2. Пациентка 72 лет, страдает артериальной гипертензией, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Сегодня утром появились неловкость и онемение в правой верхней конечности, асимметрия лица (опущение правого угла рта).

Задания:

1) Назовите синдромальный диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

3. У мужчины 60 лет с длительным стажем курения и гипертонической болезни, утром после сна появилось онемение и слабость в левой нижней конечности. К вечеру слабость в ноге усилилась и постепенно присоединилась неловкость в проксимальном отделе левой верхней конечности.

Задания:

1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

4. У пациента с длительным анамнезом гипертонической болезни, ожирением, внезапно на фоне повышения артериального давления развилась слабость в правых конечностях. В неврологическом статусе выявлено: правосторонний центральный гемипарез, периферический парез мимических мышц слева.

Задания:

1) Назовите синдромальный диагноз и область поражения в головном мозге. 2)

Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

5. Мужчина 59 лет доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно утратил сознание. На момент осмотра: сопор, левая щека «парусит» при дыхании, левая нога ротирована наружу, симптом Бабинского слева, ригидность затылочных мышц.

Задания: 1) Предположите область поражения и сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

6. В клинику поступает больной 60 лет с жалобами на боли в костях таза, позвоночнике, плечевых костях, ребрах. При рентгенографии костей таза и позвоночника выявлены множественные остеобластические метастазы. Наиболее вероятный диагноз?

В клинику поступает пациент 22 лет с жалобами на одышку, повышение t тела до

38С, ночную потливость, кожный зуд. При рентгенографии органов грудной клетки – расширение тени средостения до 10 см в поперечнике. При осмотре и пальпации определяется увеличенный до 2 см, безболезненный надключичный лимфоузел слева, выполнена его тонкоигольная аспирационная биопсия. При цитологическом исследовании в пунктате наряду с полиморфными клетками обнаружены гигантские многоядерные клетки Березовского-Рид-Штернберга. Диагноз?

7. У больного 50 лет в течение 6 месяцев тупые боли в эпигастральной области. Дважды отмечен «дегтеобразный» стул. Объективно отмечается бледность кожных покровов (НЬ крови 8,5 гр %). Пульс 98 ударов в минуту. Такое клиническое течение более всего характерно для какого заболевания?

Больная 41 года, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 абортов, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки. Диагноз. Лечебная тактика.

8. В гинекологическое отделение поступила беременная В., 22 лет, в сроке гестации 7-8 недель с жалобами на снижение аппетита, тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи. Масса тела за последнюю неделю снизилась на 1 кг. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Анализ крови и мочи без патологических изменений. Диагноз. Тактика.

9. В женскую консультацию обратилась первобеременная А., 25 лет, в сроке гестации 5-6 недель с жалобами на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту от 6 до 10 раз в сутки независимо от приема пищи, снижение массы тела на 1,5 кг за 1,5 недели. Общее состояние средней тяжести. Отмечается повышенная возбудимость. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Температура тела субфебрильная. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм. рт. ст. Суточный диурез 850 мл. Диагноз. Тактика.

10. В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена беременная Т., 21 года. Срок беременности 8 недель. Жалобы на слабость,

постоянную тошноту, рвоту более 15 раз в сутки. Пищу не удерживает. За 10 дней масса тела снизилась на 3,5 кг. Состояние пациентки тяжелое. Истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеин- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная. Диагноз. Тактика.

11. В женскую консультацию обратилась первобеременная М., 19 лет, в сроке гестации 9-10 недель с жалобами на судороги мышц верхних и нижних конечностей. 5. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Частота дыханий 18 в минуту. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Выделений из половых путей не видно. Физиологические отправления в норме. Диагноз. Тактика.

12. У первородящей с преэклампсией умеренной степени в сроке беременности 38 недель в родах с началом потуг АД повысилось до 180/110 мм рт. ст. Головной боли нет. Зрение ясное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. По данным влагалищного исследования головка плода находится в узкой части полости малого таза, плодный пузырь отсутствует. Диагноз. Тактика.

13. Больной А., 33 лет, инженер, поступил с жалобами на выраженную слабость, быструю утомляемость, вздутие живота. В возрасте 12 лет перенес острый вирусный гепатит В, перечисленные жалобы беспокоят в течение полугода. Обследуется впервые. Объективно: состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны, на коже груди единичные "сосудистые звездочки". Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс - 60 в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Сформулируйте диагноз. Составьте план обследования. Составьте план лечения.

14. Больной В., 38 лет, временно не работает. Поступил с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, повышение температуры до 38°C, кровоточивость десен, увеличение размеров живота, чувство переполнения желудка во время еды. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит В, злоупотребляет алкоголем. В течение последних двух лет беспокоит слабость, быстрая утомляемость, вздутие живота, эпизодически отмечал появление



желтушности кожи, кожный зуд, но к врачу не обращался. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда вновь появилась желтуха, кожный зуд, усилилась слабость, стал увеличиваться в объеме живот, последние 5-7 дней присоединилось повышение температуры. Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания, кожные

покровы желтушные, следы расчесов, на коже груди "сосудистые звездочки", "печеночные ладони", лимфоузлы не увеличены. Сердечные тоны ясные, тахикардия до 96 в мин., АД - 115/70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, плотная, умеренно болезненная при пальпации, селезенка отчетливо не пальпируется. Живот увеличен в объеме, в отлогих местах при перкуссии - притупление. Поставьте предварительный диагноз, план обследования, лечения.

15. Пациент 19 лет, находится в стационаре в течение 12 дней с диагнозом внебольничная пневмония верхней доли правого легкого. Заболел остро, повысилась температура тела до 37,6° С, появился влажный кашель, боли в правой половине грудной клетки при дыхании. Ухудшение самочувствия отмечалось за 1,5 месяца до заболевания, беспокоила слабость, снижение аппетита, утомляемость, похудание. За медицинской помощью не обращался. Данные анамнеза: рос и развивался без особенностей. Отец пациента злоупотребляет алкоголем, не работает, профилактическое рентгенологическое обследование не проходил много лет. Мать работает продавцом на рынке, регулярно обследуется. В семье имеется двое младших детей 15 и 8 лет. Данные объективного обследования: астеничного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД — 18 в 1 мин. Перкуторно справа под лопаткой определяется притупление легочного звука, в этой же зоне при аускультации выслушивается жесткое дыхание, единичные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. На обзорной рентгенограмме в проекции S6 правого легкого определяется неоднородное затемнение малой и средней интенсивности с просветлением в центре и бронхо-сосудистой дорожкой к корню легкого. Корни структурны, дифференцируются. Анализ крови: Л — 10,2x10<sup>9</sup>/л, э. — 1 %, п. — 6 %, с. — 77 %, лимф. — 11 %, мон. — 5 %, СОЭ — 27 мм/ч. Анализ мочи без особенностей. Проведен курс лечения амоксициллином и кларитромицином. Состояние пациента улучшилось, снизилась температура тела до 37,2° С., уменьшился кашель, слабость, улучшился аппетит. При повторном рентгенологическом исследовании через 2 недели сохраняется инфильтрация легочной ткани, более четко выявляется деструкция в проекции S6 левого легкого, появились отдельные малоинтенсивные очаги в окружающей легочной ткани. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 16 мм. В мокроте при однократном исследовании обнаружены КУБ +. Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Определите дополнительные обследования для подтверждения диагноза. 3. Определите комплекс профилактических мероприятий в семье пациента.

16. Задача 6 Пациент 20 лет, заболел месяц тому назад. Лечился амбулаторно по

поводу ОРВИ, принимал азитромицин. Состояние улучшилось, но периодически по вечерам повышается температуры тела до 37,4° С. Данные анамнеза: рос и развивался без особенностей. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Контакт с пациентами больными туберкулезом не установлен. Данные объективного обследования: удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД — 16 в 1 мин. Перкуторно и аускультативно – без особенностей. На обзорной рентгенограмме: в проекции верхней доли правого легкого группа однородных очаговых теней слабой интенсивности, с нечеткими контурами. Анализ крови: Л — 7,2x10<sup>9</sup>/л, э. — 1 %, п. — 4 %, с. — 77 %, лимф. — 13 %, мон. — 5 %, СОЭ — 12 мм/ч. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 14 мм. Анализ мочи без особенностей. КУБ в мокроте не обнаружены. Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Определите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.

17. Пациент 25 лет. Изменения в легких выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании. Жалоб не предъявлял. Туберкулезом легких болел отец, который живет отдельно, и пациент редко общается с ним. Данные результаты объективного обследования: пониженного питания, при физикальном исследовании изменений со стороны внутренних органов не найдено. Гемограмма в пределах нормы. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 15 мм, диаскинтест – папула 14мм. При исследовании индуцированной мокроты КУБ методом прямой бактериоскопии не обнаружены, ДНК МБТ методом Gene-Xpert MTB/RIF не выявлены. Рентгенографически: в проекции верхней доли, S1–S2, левого легкого определяется затенение округлой формы средней интенсивности, неоднородное с просветлением у медиального края, четкими наружными контурами.

18. 27 лет, врач педиатр. Обратился к терапевту с жалобами на боли при вдохе справа под ключицей, сухой кашель, субфебрильную температуру, потливость по ночам. Считает себя больным около 1,5 месяцев. Самостоятельно в течение 10 дней принимал ампициллин и сульфаниламиды. В 10-летнем возрасте перенёс туберкулёз левого тазобедренного сустава, по поводу чего длительно лечился в санатории. Контакт с больными туберкулёзом в настоящее время отрицает. Последнее ФГ обследование лёгких 6 месяцев назад, без патологии. Объективно: состояние удовлетворительное, пальпируются задние шейные, подмышечные лимфоузлы до горошины, плотные, безболезненные, подвижные. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук не изменён. Справа под ключицей единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. На обзорном снимке органов грудной клетки справа на уровне 1 межреберья тень 2x3 см средней интенсивности неоднородной структуры неправильной формы с единичными очагами отсева. Тень средостения в норме. Рёберно-диафрагмальные

синусы свободные, глубокие, диафрагма ровная. Общий анализ крови: Эр - 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нб-107 г/л, Ц. п.-0,98, Лейк-6,8 x 10<sup>9</sup>/л, э-1%, п/я-7%., с/я-65%, л-17%, м-4%, СОЭ-21 мм/час. Общ. анализ мочи: жёлтая, реакция кислая, относительная плотность 1020, белок 0,033 г/л, Лейк-12 в/п. зр., эпителий плоский незначит. количество. Белковые фракции крови: общ. белок 50,0 г/л, альбумины - 45,7%., глобулины -54,3%., альфа1- 6,9%, альфа2- 14,5%, бета-11,5%., гамма-21,4%., индекс - 0,84. Ан. мокроты на МБТ по Циль-Нильсену однократно не обнаружены. Реакция Манту с 2 ТЕ - р. 12 мм, везикулы. Оцените пробу Манту с 2 ТЕ, результаты лабораторного, рентгенологического обследования. Укажите дополнительные методы обследования. Сформулируйте предварительный диагноз. Оцените прогноз заболевания и трудоспособность при подтверждении туберкулеза легких.

19. Пациент 67 лет. В течение 5 лет состоит на учёте у терапевта по поводу язвенной болезни желудка, хронического пиелонефрита. Последнее флюорографическое обследование лёгких проходила 4 года назад. Туберкулёзный контакт отрицает. В настоящее время предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры, одышку, боли слева под лопаткой и выделение крови изо рта при кашле. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Периферические лимфоузлы пальпируются справа в подмышечной области до 0,6 см в диаметре /плотные, подвижные, безболезненные/. Перкуторный звук укорочен справа под лопаткой, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 в/мин., АД - 150/90 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. Общ. ан. крови: Эр-3,5 x 10<sup>12</sup>/л, НБ-103 г/л, Ц. п. - 0,95, Лейк-6, Ох 10<sup>9</sup>/л, э - 2%, п/я -7%, с/я -69%, л-14%, м-8%, СОЭ-60 мм/час. Проба Манту с 2 ТЕ - р.6 мм. Однократно в мокроте методом простой бактериоскопии обнаружены микобактерии туберкулёза. На рентгенограмме лёгких в S10 справа определяется неомогенное затемнение очаговой структуры с просветлением до 2 см в диаметре. Вокруг слабоконтурированные очаги. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Лёгкие повышенной пневмотизации. Сердечная тень в пределах возрастной нормы. Проведите анализ результатов лабораторного, рентгенологического обследования. Оцените качество диспансерного наблюдения за больной. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Составьте план дообследования. Назначьте комплексное лечение при подтверждении диагноза туберкулёза.

## **Индивидуальное задание**

Формируется индивидуальная задача совместно с ординатором по теме занятия

Критерии оценки:

Зачтено – ординатор выполнил индивидуальное задание

Не зачтено – ординатор не смог выполнить индивидуальное задание

## **Вопросы к зачету:**

1. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний нервной системы.

2. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний хирургического и онкологического профиля

3. Актуальные вопросы в терапевтической практике заболеваний акушерства и гинекологии

4. Актуальные вопросы в терапевтической практике инфекционных заболеваний и туберкулеза

