



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**УТВЕРЖДАЮ**

Заведующий кафедрой госпитальной терапии  
лечебного факультета А.П. Ребров  
Заведующий кафедрой терапии, гастроэнтерологии  
и пульмонологии И.В. Козлова  
Заведующий кафедрой терапии с курсами  
кардиологии, функциональной диагностики и  
гериатрии Т.Е. Липатова  
Заведующий кафедрой факультетской терапии  
лечебного факультета Ю.Г. Шварц  
« 21 » \_\_\_\_\_ марта \_\_\_\_\_ 2022 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ АСПИРАНТОВ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИКИ**

**Научная специальность** 3.1.18. Внутренние болезни  
**Форма обучения** очная  
**Год обучения** 2

**Составители:** ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета К.Д. Дорогойкина, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета, д.м.н., профессор А.П. Ребров, заведующий кафедрой терапии, гастроэнтерологии и пульмонологии, д.м.н., профессор, И.В. Козлова, заведующий кафедрой терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, д.м.н., профессор, Т.Е. Липатова, заведующий кафедрой факультетской терапии лечебного факультета, д.м.н., профессор, Ю.Г. Шварц

Одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной терапии лечебного факультета, терапии, гастроэнтерологии и пульмонологии, терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, факультетской терапии лечебного факультета  
протокол № 1 от 21.03.2022г.

# 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

## Практическое занятие №1.

**Тема: ИБС. Острый коронарный синдром.**

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения кардиологии ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с различными формами ИБС и результаты их обследования, таблицы, электрокардиограммы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме "ИБС. Острый коронарный синдром".

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по ИБС, острому коронарному синдрому – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

**5. Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с инфарктом миокарда и обсуждение индивидуальных программ реабилитации этих больных. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ ЭКГ; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития ИБС у данного больного; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета и поликлинической терапии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадах; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и

ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

## Практическое занятие №2.

**Тема: Вторичные гипертензии.**

1. **Учебное время:** 6 академических часов.
2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».
3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с гипертонической болезнью и симптоматической артериальной гипертензией и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме "Вторичные гипертензии".

### 4. План проведения занятия и расчет учебного времени:

- Утренняя конференция – 30 минут.  
Вступительное слово преподавателя – 5 минут.  
Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.  
Решение задач по теме «Вторичные гипертензии» – 45 минут.  
Перерыв – 10 минут.  
Разбор ошибок – 30 минут.  
Работа студентов в палате – 60 минут.  
Перерыв – 10 минут.  
Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.  
Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

### 5. Содержание и методика проведения занятия.

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с гипертонической болезнью и симптоматической артериальной гипертензией. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ ЭКГ; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска сердечно-сосудистых событий у данного пациента; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета и поликлинической терапии.

#### Формы контроля:

**Исходный уровень** – тестовый контроль; проверка выполнения домашнего задания в тетрадях; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана

обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №3.

**Тема:** Миокардиты, кардиомиопатии, перикардиты.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения кардиологии ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с миокардитом и/или перикардитом и/или кардиомиопатией и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме "Миокардиты, кардиомиопатии, перикардиты".

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме "Миокардиты, кардиомиопатии, перикардиты" – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с миокардитом и/или перикардитом и/или кардиомиопатией. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ ЭКГ, рентгенограмм; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска сердечно-сосудистых событий у данного пациента; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета и поликлинической терапии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадах: фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и

ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

#### Практическое занятие №4.

**Тема: Инфекционный эндокардит. Врожденные и приобретенные пороки сердца.**

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения кардиологии ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с инфекционным эндокардитом и пороком сердца и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме "Инфекционный эндокардит. Врожденные и приобретенные пороки сердца".

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Инфекционный эндокардит. Врожденные и приобретенные пороки сердца» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с инфекционным эндокардитом и пороком сердца. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ ЭКГ, рентгенограмм; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза. обсуждаются факторы риска развития инфекционного эндокардита; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета и поликлинической терапии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадах; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы;

оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №5.

**Тема:** Дифференциальная диагностика при плевральных выпотах. Национальные рекомендации по лечению пневмоний.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с пневмонией и плевральным выпотом и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Дифференциальная диагностика при плевральных выпотах. Национальные рекомендации по лечению пневмоний».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Дифференциальная диагностика при плевральных выпотах.

Национальные рекомендации по лечению пневмоний» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с пневмонией и плевральным выпотом. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в “консилиум”) обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ рентгенограмм; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития осложнений; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии, фтизиатрии, онкологии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль; проверка выполнения домашнего задания в тетрадях; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух

других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №6.

**Тема:** Хроническое легочное сердце.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с ХОБЛ и бронхиальной астмой и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Хроническое легочное сердце».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Хроническое легочное сердце» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ рентгенограмм, ЭхоКГ, спирограмм; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития ХОБЛ и хронического легочного сердца; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии, профпатологии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадях; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух

других студентов: проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №7.

**Тема:** Дыхательная недостаточность.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с ХОБЛ и бронхиальной астмой и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Дыхательная недостаточность».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Дыхательная недостаточность» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных ХОБЛ и бронхиальной астмой. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в "консилиум") обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований, проводится анализ рентгенограмм, спирограмм; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития бронхиальной астмы и ХОБЛ; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии, профпатологии, аллергологии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадях; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков



сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов: проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №8.

**Тема:** Язвенный колит. Болезнь Крона.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Язвенный колит. Болезнь Крона».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Язвенный колит. Болезнь Крона» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с язвенным колитом и болезнью Крона. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в “консилиум”) обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития рака кишечника; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи.** Истоки знаний: материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в тетрадах; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух

других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №9.

**Тема:** Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с хроническим калькулезным холециститом и хроническим панкреатитом и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

5. **Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с хроническим калькулезным холециститом и хроническим панкреатитом. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в “консилиум”) обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития панкреонекроза; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи. Истоки знаний:** материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии, госпитальной хирургии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в

тетрадах; фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

### Практическое занятие №10.

**Тема:** Заболевания печени. Дифференциальная диагностика желтух.

1. **Учебное время:** 6 академических часов.

2. **Учебная база:** отделения ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

3. **Материальное обеспечение, оснащение:** учебная комната, палаты, пациенты с гепатитом и циррозом печени различной этиологии и результаты их обследования, таблицы, ситуационные задачи, методические рекомендации студентам 5 курса для самостоятельной подготовки по теме «Заболевания печени. Дифференциальная диагностика желтух».

4. **План проведения занятия и расчет учебного времени:**

Утренняя конференция – 30 минут.

Вступительное слово преподавателя – 5 минут.

Тестовый контроль по теме занятия – 20 минут.

Решение задач по теме «Заболевания печени. Дифференциальная диагностика желтух» – 45 минут.

Перерыв – 10 минут.

Разбор ошибок – 30 минут.

Работа студентов в палате – 60 минут.

Перерыв – 10 минут.

Клинический разбор двух тематических больных – 80 минут.

Заключительное слово преподавателя – 10 минут.

**5. Содержание и методика проведения занятия.**

**Цель занятия:** формирование ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**Форма проведения занятия:** тестирование, собеседование с выставлением оценки каждому студенту (оценка исходного уровня знаний), клинический разбор двух больных с гепатитом и циррозом печени различной этиологии. На клиническом разборе куратор докладывает результаты осмотра пациента, которые контролируются преподавателем и всей группой. Полученные данные резюмируются вне палаты. Преподаватель оценивает навыки сбора анамнеза, осмотра и трактовки данных дополнительного обследования у куратора; оценивает навыки обследования у ещё одного студента из группы. При активном участии всей группы (в форме игры в “консилиум”) обосновывается предварительный диагноз; оцениваются данные дополнительных исследований; формулируется окончательный диагноз; вскрываются индивидуальные механизмы патогенеза, обсуждаются факторы риска развития рака печени; аргументируются лечебные мероприятия с доказательством патогенетической целесообразности каждого лекарственного препарата; решаются вопросы о сроках пребывания больного в стационаре, рекомендаций при выписке, прогноза для жизни, труда, выздоровления, санаторно-курортного лечения, трудовой экспертизы.

**Интегративные связи. Истоки знаний:** материалы лекций и практических занятий по физиологии, патофизиологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, клинической фармакологии. Материалы занятия необходимы для изучения последующих тем предмета, поликлинической терапии, госпитальной хирургии.

**Формы контроля:**

**Исходный уровень** – тестовый контроль: проверка выполнения домашнего задания в

тетрадах: фронтальный опрос по теме в ходе клинического разбора больного; оценка навыков сбора анамнеза и осмотра у двух студентов (кураторов) и навыков обследования у двух других студентов; проверка умения студентами анализировать лабораторные данные.

**Итоговый** – в письменном виде решение ситуационных задач, оформление диагноза, составления плана обследования и лечения, осмотренных больных всеми студентами группы; оформление академической истории болезни кураторами.

**Формы самостоятельной работы студентов:** ответы на вопросы тестирования и ситуационных задач; выполнение письменного задания по оформлению диагноза, плана обследования и лечения осмотренных больных.

Схема истории болезни  
Титульный лист

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Заведующий кафедрой  
госпитальной терапии лечебного факультета  
профессор, д.м.н. А.П. Ребров  
Руководитель группы \_\_\_\_\_

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Пациент (указываются только инициалы)

ДИАГНОЗ

Основное заболевание:

Фоновое заболевание:

Сопутствующее заболевание:

Осложнения:

Куратор – студент (ка) группы №  
\_\_\_\_-го курса лечебного факультета  
Фамилия, Имя, Отчество  
Время курации с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

г. Саратов, \_\_\_\_ г.

### *Общие сведения о больном*

Возраст \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Место жительства (указывается только город) \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_

### *ЖАЛОБЫ*

**Цель сбора жалоб:** получить начальные представления об основных клинических проявлениях заболевания у пациента. При сборе жалоб пациента врач пользуется методами опроса и расспроса. При этом выясняются и подробно характеризуются все жалобы больного при поступлении в стационар или в день курации.

Например, при наличии боли необходимо выяснить:

- ее локализацию.
- характер (острая, тупая, колющая, ноющая, сжимающая, схваткообразная, жгучая и т.п.; постоянная, периодическая, приступообразная).
- иррадиацию.
- интенсивность (умеренные, сильные, жестокие).
- продолжительность.
- условия возникновения (связь с физической нагрузкой, эмоциональным напряжением, переменой погоды, временем года, приемом и характером пищи, охлаждением, изменением положения тела и т.п.).
- уточнить, чем сопровождается боль (чувством страха, тоски, холодным потом, головокружением, резкой слабостью, двигательным беспокойством, ознобом, одышкой, кашлем, рвотой, поносом и т.д.).
- условия и время прекращения (действие лекарств, холод, грелка, прекращение движения, определенное положение тела и т.д.).

Также подробно описываются и другие жалобы (одышка, кашель, кровохарканье, желтуха, отеки и т.д.). Не каждую из них можно охарактеризовать по такому количеству параметров, как боль, но следует иметь в виду клиническое значение подробной характеристики каждой из жалоб для установления диагноза, а иногда – для дифференциальной диагностики. Так, принципиально различаются причины приступообразной и постоянной одышки, имеет существенное значение условия ее возникновения и облегчения. В характеристике кашля помимо условий возникновения существенными являются его продуктивность, характер и количество мокроты и т.д.

### *ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)*

**Цель:** получить представление о развитии заболевания у конкретного пациента, оценить характерность течения болезни для данной нозологии и индивидуальные особенности анамнеза у данного больного. Верное представление врача о развитии болезни у пациента и грамотное изложение анамнеза заболевания составляет не менее 50% успеха диагностического процесса. Развитие заболевания нужно изложить последовательно от момента появления начальных признаков болезни до первого дня курации. В случае длительно текущего хронического заболевания необходимо дать полную картину его течения с подробным описанием в хронологическом порядке:

- начала заболевания, времени и причины (по мнению пациента) его возникновения;
- последовательности появления жалоб и их динамики;
- продолжительности обострений, их связи со временем года (сезонность) и указанием причин, их вызвавших;
- наличия и продолжительности ремиссий;
- методов лечения (медикаментозных, хирургических и пр.); их эффективности и

переносимости.

При однотипности клинических проявлений различных обострений хронического заболевания достаточно подробно описать одно из них, а в последующих лишь отмечать новые симптомы, особенности каждого рецидива.

Изложение анамнеза хронически текущего заболевания завершается подробным описанием последнего ухудшения (обратить особое внимание), явившегося причиной госпитализации. Далее кратко отражается динамика заболевания за время пребывания больного в стационаре до дня курации. Например, ухудшение самочувствия пациента с длительным коронарным анамнезом в настоящее время связано с развитием нестабильной стенокардии. Анамнез заболевания должен отражать давность стенокардии, возможную смену функциональных классов, перенесенные инфаркты миокарда, артериальную гипертензию, появление нарушения ритма и/или недостаточности кровообращения и т.д., но особое внимание должно быть уделено последнему периоду времени (возможно, очень непродолжительному), когда произошло изменение частоты, продолжительности, интенсивности приступов стенокардии, эффективности медикаментозной терапии.

При остром начале заболевания и его короткой продолжительности анамнез заболевания собирается и излагается в истории болезни по дням, а иногда по часам (например, при пневмонии, остром инфаркте миокарда и ранее отсутствующим проявлениям ишемической болезни сердца, острой ревматической лихорадке и других лихорадочных состояниях и т.п.). Время появления, последовательность и динамика каждой жалобы могут иметь решающее значение для диагноза.

При изложении истории заболевания необходимо выяснить также характер диагностических и лечебных мероприятий, приводившихся пациенту, их результаты, эффективность (по возможности использовать сведения из амбулаторной карты и других медицинских документов).

Существуют такие формы внутренней патологии, при которых полноценный диагностический процесс и оценка развития болезни во времени невозможны без результатов лабораторного и/или инструментального обследования. Так, при хроническом гломерулонефрите врачу необходимы сведения о параметрах общего анализа мочи за несколько лет, а уровень креатинина и гемоглобина крови, по данным амбулаторной карты, поможет составить представление о состоянии функций почек. У пациента с длительной артериальной гипертензией, внезапно возникшей болью в грудной клетке при отсутствии ЭКГ-признаков инфаркта миокарда и наличием систолического шума над областью сердца решающим в постановке диагноза может оказаться результат ранее проведенной доплерэхокардиографии, при которой была выявлена аневризма восходящего отдела аорты и т.п.

Наконец, для врача и пациента важно оценить влияние заболевания на трудоспособность, а именно, частоту и длительность нетрудоспособности, определение группы инвалидности. Отражение подобных сведений в истории болезни важно не только с медицинской, но и с юридической точки зрения, так как позволяет своевременно оценить трудовой прогноз пациента, определить группу инвалидности и т.п.

### *ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (ANAMNESIS VITAE)*

**Цель:** выяснить и оценить генетические и средовые факторы риска возникновения данного заболевания.

В истории жизни больного должны находить отражение существенные факторы риска, значение которых доказано при данной форме патологии (курение, гиподинамия при ИБС, частые переохлаждения при воспалительных заболеваниях, характер питания и употребление алкоголя при панкреатите и т.п.). В некоторых случаях факторы риска, являющиеся составной частью этиологии заболевания, уместно отражать в анамнезе заболевания (курение при ХОБЛ, сезонные обострения бронхиальной астмы при цветении растений, алкогольные эксцессы при подагре).

Условия жизни, труда, особенности роста и развития (характеризуются кратко).

Питание: регулярность, полноценность (количество и качество пищи), особенности (склонность к употреблению соленого, острого, сладкого и т.п.).

Вредные привычки: курение, алкоголь, злоупотребление наркотическими веществами (давность, путь введения, количество), малоподвижный образ жизни.

Семейный анамнез и наследственность: заболевания в семье (по мужской и женской родословным ветвям больного). Наличие в семье заболеваний, в развитии которых имеет значение длительный постоянный контакт (туберкулез, хламидиоз, хеликобактериоз и т.д.).

Перенесенные заболевания, операции, травмы. При наличии хронических заболеваний, являющихся сопутствующими, фоновыми, – краткое их описание (время возникновения, клинические проявления, состояние на данный момент времени).

Если у пациента имеется хроническое заболевание, по выраженности клинических проявлений не уступающее основному, целесообразно изложить историю его развития не в данном разделе истории болезни, а в анамнезе заболевания, после изложения анамнеза основного заболевания, рассматривая его тем самым как второй основной процесс.

Аллергологический и фармакотерапевтический анамнезы: проявления непереносимости медикаментов, пищевых продуктов. Аллергические или другие побочные реакции на ранее принимаемые лекарственные средства. Реакции на переливание крови и кровезаменителей.

### *НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО*

В настоящей схеме приведены признаки, характеризующие разнообразную патологию внутренних органов. Это сделано для облегчения проведения объективного обследования с максимальной полнотой. В историю болезни вносятся лишь те признаки, которые имеются у курируемого больного. Не стоит понапрасну тратить время, перечисляя признаки, отсутствующие у пациента (сыпи нет, цианоза нет и т.п.)

Общее состояние больного: удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. При констатации тяжести состояния любой степени необходимо впоследствии, в эпикризе, объяснить, чем это обусловлено.

Сознание: ясное, ступор, сонор, бред, кома.

Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное.

Температура тела: при наличии лихорадки – изменение температуры в течение суток.

Телосложение: нормостеническое, гиперстеническое, астеническое. Рост. Масса тела.

Индекс массы тела.

Кожа: цвет (обычный, бледный, бронзовый, желтушный, цианоз); чистая, сухая, влажная, шелушащаяся. Отметить наличие сыпи, сосудистых звездочек, рубцов, стрий, тургора кожи, нарушения роста волос, формы, ломкости и исчерченности ногтей.

Слизистая оболочка полости рта: наличие афт, пигментаций, кровоизлияний, состояние десен, зубов.

Подкожно-жировая клетчатка.

Отеки: их наличие, локализация, степень выраженности, характер (плотные, мягкие).

Лимфатические узлы: величина, болезненность, подвижность, консистенция, спаянность с кожей.

Мышечная система: степень развития, местная атрофия, наличие судорог.

Суставы: подвижность (активная, пассивная, полная, неполная), деформация, припухлость, гиперемия, болезненность при движении, хруст.

Акропахии.

### *СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ*

Осмотр. Форма грудной клетки: нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), эмфизематозная, паралитическая, воронкообразная, ладьевидная, рахитическая.



Искривления позвоночника: сколиоз, кифоз, лордоз, кифосколиоз.

Расположение ключиц, надключичных и подключичных ямок, лопаток, охарактеризовать межреберные промежутки (сглаженность, выбухание, уменьшение). Участие в акте дыхания (симметричное, отставание половины грудной клетки). Тип дыхания.

Частота дыхания в минуту. Глубина дыхания. Ритм дыхания. Одышка.

**Пальпация грудной клетки.** Наличие локальной или разлитой болезненности грудной клетки, эластичность грудной клетки, голосовое дрожание, шум трения плевры.

**Перкуссия легких.** Сравнительная перкуссия: перкуторный звук в симметричных участках грудной клетки. Топографическая перкуссия: верхние границы легких, высота стояния верхушек, ширина полей Кренига. Нижние границы легких. Подвижность нижнего края легких по 3 линиям: среднеключичной, среднеподмышечной, лопаточной.

**Аускультация легких.** Характер дыхания (везикулярное, жесткое, саккадированное, амфорическое, бронхиальное). Соотношение фаз вдоха и выдоха (описание является обязательным у пациентов с бронхиальной обструкцией).

Хрипы сухие (единичные, рассеянные, свистящие, жужжащие, локализация, фаза дыхания).

Хрипы влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые, звучные, незвучные, локализация).

Крепитация, локализация.

Шум трения плевры. Бронхофония.

Примечание. При наличии локальных изменений в системе дыхания, выявляемых физикальными методами, следует для определения проекции очага поражения на грудную стенку и описания его в истории болезни пользоваться анатомическими ориентирами (межреберья, условные вертикальные анатомические линии, угол лопатки и т.п.).

### *СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА*

**Осмотр.** Визуальные изменения области сердца (сердечный горб), наличие патологической пульсации. Расширение артерий, вен в области шеи, грудной клетки, видимая пульсация артерий и вен, пульсация аорты.

**Пальпация.** Верхушечный толчок: локализация, ширина, высота, сила, резистентность. Сердечный толчок. Симптом систолического или диастолического дрожания грудной клетки («кошачье мурлыканье»), локализация.

**Перкуссия сердца.** Определение границ относительной сердечной тупости. Поперечник относительной тупости сердца в сантиметрах. Размеры сосудистого пучка.

**Аускультация сердца.** Характеристика тонов в основных точках аускультации (соотношение I и II тонов на верхушке, наличие акцента II тона на основании сердца), ЧСС, ритмичность, наличие патологических шумов сердца. При этом подробно описать места наилучшего выслушивания шумов, их проведение, продолжительность.

**Исследование сосудов.** Пульс: синхронность, ритм, напряженность, наполнение, величина. Дефицит пульса. Патологические изменения артерий (извитость), вен (варикозное расширение). Артериальное давление на обеих верхних конечностях. Пульс на артериях нижних конечностей. Аускультация сосудов.

### *СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ*

**Состояние аппетита.**

**Осмотр.** Язык: сухой, чистый, обложен налетом, полированный. Зубы. Десны: нормальной окраски, разрыхлены, кровоточат. Глотание свободное, затрудненное. Состояние миндалин. Конфигурация живота: нормальная, увеличение за счет чрезмерного развития подкожно-жирового слоя, вздутие или увеличение при наличии метеоризма, асцит. Участие живота в акте дыхания, наличие расхождения прямых мышц живота, наличие послеоперационных рубцов, расширенной венозной сети на передней брюшной стенке. Перистальтические движения по ходу кишечника.

**Пальпация.** Поверхностная ориентировочная пальпация (напряжение брюшного пресса, его болезненность, наличие грыжевых выпячиваний). Болезненность солярных точек. Пальпируемые отделы кишечника: локализация, подвижность, болезненность, консистенция, диаметр, состояние поверхности (гладкая, бугристая), наличие или отсутствие урчания при пальпации.

**Перкуссия живота.** Тимпанический звук, укорочение перкуторного звука. Наличие притупления в отлогах частях живота, асцит (указать уровень жидкости).

**Аускультация живота.** Перистальтика звонкая, отсутствует, ослаблена, шум трения брюшины. Аускультофрикция желудка.

**Исследование печени и желчного пузыря.** Характеристика края печени при пальпации (контуры, форма, болезненность, консистенция). Размеры печени по Курлову. Симптом Пleshа. Симптомы Ортнера, Мерфи, Френкелъ-симптом.

**Пальпация селезенки.** Консистенция, болезненность, поверхность. Размеры селезенки.

**Поджелудочная железа.** Болезненность в зоне Шоффара, Губергрица, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Регулярность стула, характер испражнений, болезненность акта дефекации.

### *МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Регулярность мочеиспускания, цвет и количество мочи. Дизурия: полиурия, олигоурия, анурия, никтурия, поллакиурия. Визуальные изменения области почек, мочевого пузыря. Пальпация мочевого пузыря, почек в положении лежа и стоя. Пальпация по ходу мочеточников. Поколачивание по поясничной области (симптом Пастернацкого). Диурез.

### *НЕРВНАЯ СИСТЕМА*

Сознание. Интеллект. Память. Ориентация во времени, месте, личности. Уравновешенность, раздражительность, апатичность. Сон: глубокий, поверхностный, бессонница, сонливость. Зрачки: симметричность, форма, реакция на свет. Устойчивость положения тела в позе Ромберга. Сухожильные рефлексы. Патологические рефлексы. Органы чувств. Дермографизм – цвет, стойкость.

### *ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ*

В данном разделе приводится лишь формулировка предварительного диагноза, выставленного на основании результатов классических методов обследования больного: расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Предварительный диагноз формулируется в соответствии с общепринятой классификацией заболеваний применительно к рассматриваемым нозологиям.

В качестве основного заболевания выставляется то, которое в данный момент обуславливает тяжесть состояния пациента и является причиной поступления в стационар.

Фоновым называется заболевание, которое, не являясь основным, имеет важное значение в его патогенезе или обуславливает особую тяжесть течения основного заболевания, играет роль в возникновении и неблагоприятном течении осложнений.

Осложнения болезни – это проявления структурно-функциональных повреждений, патогенетически обусловленные заболеванием. Осложнения существенно утяжеляют клиническую картину, повышают вероятность или степень нетрудоспособности, могут привести к смертельному исходу или являться непосредственной его причиной. Наличие осложнений учитывается при выборе объема и характера терапии. Диагностические или лечебные воздействия (например, катетеризация центральной вены с постановкой катетера) формулируются в структуре основного заболевания после изложения всех элементов диагноза (активность, течение, поражение органов и т.п.) с указанием даты этого воздействия.

Сопутствующими считаются такие заболевания, которые не связаны по этиологии и

патогенезу непосредственно с основным, не оказывают на его развитие и течение особого влияния, в настоящее время не находятся в стадии обострения.

Для грамотной формулировки предварительного диагноза необходимы знания современных существующих классификаций. Пригодится Вам и практический опыт по формулировке диагнозов, приобретенный за период обучения другим клиническим дисциплинам и госпитальной терапии.

Верное представление о пациенте на этапе предварительной диагностики поможет Вам осознанно подойти к составлению плана дополнительного обследования.

#### *ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО*

План обследования больного составляют, исходя из предварительного диагноза, для объективного подтверждения или исключения поставленного диагноза с помощью дополнительных клиничко-функциональных, клиничко-морфологических, лабораторных, инструментальных методов.

Дополнительные методы исследования также позволяют уточнить стадию, фазу, активность патологического процесса, наличие осложнений основного процесса и сопутствующих заболеваний. При необходимости назначают консультации специалистов.

Необходимо учитывать наличие противопоказаний у больного к проведению определенных исследований (тяжесть состояния, непереносимость препаратов и т.п.).

**Обязательно указывается цель каждого обследования.**

#### *ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ*

Излагаются результаты основных методов обследования, проведенного за время нахождения пациента в стационаре до дня курации.

По каждому из них дается краткое заключение о характере выявленных изменений или соответствии норме. Так, по результатам общего анализа крови может быть сделан вывод о наличии, характере и степени тяжести анемии, воспалительной реакции и т.п. Оценка параметров общего анализа мочи предполагает выявление и характеристику мочевого синдрома (например, незначительная протеинурия, микрогематурия или лейкоцитурия в сочетании с бактериурией), что может иметь ключевое значение в диагностике почечной патологии. Биохимические реакции «острой фазы воспаления» позволяют уточнить степень активности процесса и т.д.

#### *ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ*

Необходимо сформулировать окончательный диагноз с учетом результатов дополнительного обследования.

#### *ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ*

Необходимо обосновать основные направления лечения. Назначают режим, лечебное питание, лекарственные препараты с указанием цели использования каждого из них. При выборе медикаментов учитываются противопоказания к их назначению, взаимодействие друг с другом, а также их общее количество, возраст пациента.

#### *ДАННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ*

Дата	Дневник наблюдения	Назначения
	Оценка состояния больного. Краткое описание жалоб, объективных данных	Стол. режим, лечение, которое больной получает в клинике (доза препарата, кратность и время приема)

Дневник наблюдения оформляется в течение трех дней после даты курации.

## ЭПИКРИЗ

Цель написания эпикриза – научиться делать выводы из информации, обосновывать все диагностические положения, лечебные мероприятия.

Вначале повторяются инициалы, возраст и срок пребывания пациента в стационаре. Последовательно обосновывается каждое положение диагноза, опираясь на достоверные и информативные данные субъективной и объективной информации.

При обосновании нозологической формы используются существующие диагностические критерии. При обосновании основного заболевания может возникнуть необходимость обсуждения не только нозологической формы, но и других элементов диагноза (степени активности воспалительного процесса, варианта течения, характера висцеральной патологии у данного пациента и т.п.). Например, обоснования требует не только наличие у пациента пневмонии, но и ее формы, тяжести течения. Наличие артериальной гипертензии (АГ) требует обоснования ее генеза, и в случае эссенциальной АГ – стадии, категории риска, характеристики поражения органов-мишеней. При системном заболевании соединительной ткани требуется обосновать наличие того или иного варианта течения, степени активности, охарактеризовать органы, вовлеченные в патологический процесс. При хроническом гломерулонефрите обосновывается клинический, а по возможности – морфологический вариант, стадия процесса, состояние функции почек.

Чтобы знать или уметь сформировать диагностические критерии, обязательным условием для Вас является хорошее теоретическое представление о данной нозологии, т.е. чтение обязательной и дополнительной литературы. Перечень таковой приведен в учебно-методических рекомендациях, изданных на кафедре и предназначенных для самостоятельной подготовки студентов к занятиям. Для сопоставления диагностических критериев с проявлениями у конкретного пациента необходимо мысленно вернуться к основным разделам истории болезни, сформулировав для себя выводы по каждому из них: оценить этапы развития заболевания, в особенности последнее ухудшение, охарактеризовать патологию внутренних органов по характеру жалоб, объективных данных и результатов дополнительных исследований.

При отсутствии диагностических критериев, невозможности обоснования заболевания необходимо провести дифференциальную диагностику (при этом указываются нозологические формы для дифференциальной диагностики, приводятся общие и отличительные их проявления, имеющиеся у пациента). При наличии полной информации, позволяющей установить диагноз, дифференциальная диагностика не проводится.

Обосновываются не только основное заболевание и его осложнения, но и сопутствующее/ие, фоновое заболевание (ия), то есть эпикриз должен содержать обоснование диагноза в целом.

Далее необходимо отметить отличия клинической картины заболевания у данного больного от классической картины и попытаться объяснить это, то есть вскрыть, если это возможно, индивидуальные патогенетические механизмы развития заболевания и особенности течения болезни.

После обоснования диагноза необходимо оценить эффективность проводимой терапии. В эпикризе указывают цель и примерный срок дальнейшего пребывания больного в стационаре. Решается вопрос о прогнозе для жизни, трудоспособности, а также возможности полного выздоровления.

При выписке больного должны быть даны конкретные рекомендации по амбулаторному лечению (препарат, его доза, кратность приема), характеру диспансерного наблюдения.

Если пациент работает, то отмечается ориентировочный срок продления листка временной нетрудоспособности в условиях поликлиники.

При стойкой утрате трудоспособности (полной или частичной) необходимо указать, какая группа инвалидности может быть рекомендована больному.

## Критерии оценки учебной истории болезни

Самостоятельная работа студента при написании истории болезни является важным звеном его подготовки к практической деятельности, а также выявляет и способствует совершенствованию уровня теоретической подготовки будущего врача. В этом разделе работы студент демонстрирует способности использовать теоретические знания для решения конкретных практических задач, собрать качественную информацию, произвести ее анализ, запланировать обследование и лечение. В связи с этим оценка работы студента над историей болезни – важная составная часть итоговой оценки при подведении итогов обучения на циклах госпитальной терапии и внутренних болезнях. Каждый раздел истории болезни оценивается преподавателем по пятибалльной системе, в последующем выставляется итоговая оценка. История болезни оценивается положительно при отсутствии неудовлетворительных оценок по всем разделам.

Оцениваются по пятибалльной системе следующие разделы истории болезни.

1. Жалобы больного (полнота сбора, характеристика, умение выделить ведущие жалобы).

2. Анамнез заболевания и жизни пациента (полнота сбора информации, логичность и последовательность изложения фактов, умение выделить и проанализировать этапы развития, определить цель госпитализации).

3. Объективное исследование больного (полнота сбора информации, грамотность и последовательность описания, умение выделить патологию и охарактеризовать ее).

4. Формулировка предварительного и окончательного диагнозов (оценивается медицинская грамотность диагностических заключений, соответствие современным классификациям, соблюдение структуры диагноза, выделение основной формы патологии, сопутствующего заболевания, осложнений).

5. План дополнительного обследования (адекватность выбранных методов обследования предполагаемому диагнозу, тяжести состояния пациента, понимание цели каждого обследования).

6. Лечение (планирование направлений терапии, выбор препаратов с учетом их фармакодинамики и фармакокинетики, учет сопутствующей патологии и возраста пациента при проведении терапии основного заболевания и его осложнений, грамотность выбора препаратов и адекватность дозировок).

7. Эпикриз (оцениваются способность студента к анализу собранной информации в целях диагностики конкретной патологии у больного, обоснование диагностических заключений, умение провести дифференциальную диагностику, оценить индивидуальные особенности патогенеза и течения заболевания у пациента, результаты динамического наблюдения, прогноз для жизни и трудоспособности)

## 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

### Практическое занятие № 1

Тема: ИБС. Острый коронарный синдром.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Определение понятия острого коронарного синдрома (ОКС), эпидемиология, клиническая значимость проблемы.
2. Клинические признаки ОКС. ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST.
3. Понятие инфаркта миокарда (ИМ). Патогенез. Классификация. ЭКГ-критерии инфаркта миокарда. Топическая диагностика инфаркта миокарда. Клинические варианты. Лабораторная диагностика. Критерии острого инфаркта миокарда Европейского общества кардиологов. Инструментальные методы исследования, применяемые для диагностики

инфаркта миокарда.

4. ОКС с подъемом сегмента ST. Тактика ведения пациента. Реперфузионная терапия. Тромболитическая терапия, показания и противопоказания.
5. ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациента. Показания к реваскуляризации.
6. Понятие нестабильной стенокардии. Классификация.
7. Лечение ОКС. Неотложная помощь: купирование ангинозного статуса, антикоагулянтная терапия, двойная антитромбоцитарная терапия, ограничение зоны некроза. Лечение на госпитальном этапе.
8. Осложнения инфаркта миокарда. Осложнения острого и подострого периода инфаркта. Рецидивирующий и повторный инфаркт миокарда.
9. Реабилитация пациента с инфарктом миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе. Вторичная профилактика ИБС.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению темы.**

1. Определение острого коронарного синдрома (ОКС). Патогенез ОКС.
2. Клиническая картина ОКС. ЭКГ-признаки. Классификация ОКС.
3. Понятие инфаркта миокарда (ИМ). ЭКГ-критерии инфаркта миокарда. Классификация. Топическая диагностика ИМ. Клинические варианты ИМ. Лабораторная диагностика. Критерии острого инфаркта миокарда Европейского общества кардиологов.
4. ОКС с подъемом сегмента ST. Тактика ведения пациента. Оптимальные сроки реваскуляризации.
5. Тромболитическая терапия, показания и противопоказания, типы тромболитических агентов.
6. ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациента. Показания к реваскуляризации.
7. Понятие нестабильной стенокардии. Классификация.
8. Инструментальные методы исследования, применяемые для диагностики инфаркта миокарда.
9. Неотложная помощь при ОКС: купирование ангинозного статуса, антикоагулянтная терапия, двойная антитромбоцитарная терапия, ограничение зоны некроза.
10. Лечение инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии на госпитальном этапе.
11. Осложнения острого и подострого периода инфаркта миокарда.
13. Рецидивирующий и повторный инфаркт миокарда.
14. Реабилитация пациента с инфарктом миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе. Вторичная профилактика ИБС.

#### **Рекомендуемая литература.**

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.
2. Рекомендации Российского кардиологического общества «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» ([https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic\\_rekom\\_OKS\\_bST-unlocked.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf))
3. Рекомендации Российского кардиологического общества «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» ([https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic\\_rekom\\_OKS\\_sST-unlocked.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf))
4. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST ([http://scardio.ru/content/Guidelines/Project\\_reabilit\\_190514.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/Project_reabilit_190514.pdf))
5. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для

студентов. Под ред. А.П. Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017, 204 с.

## Практическое занятие № 2

**Тема:** Вторичные гипертензии.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Определение понятия вторичной (симптоматической) АГ. Встречаемость данной патологии в зависимости от причин возникновения, клиническая значимость проблемы.
2. Основные причины и механизмы возникновения, классификация вторичной АГ, особенности течения вторичных и эссенциальных гипертензий; особенности анамнеза и физикальных данных, позволяющие предположить определенную форму вторичной АГ; алгоритм и необходимый минимум инструментально-лабораторных исследований для исключения вторичной АГ.
3. Ренопаренхиматозные причины АГ: этиология, патогенез, клинические проявления, особенности лабораторного и инструментального обследования, дифференциальный диагноз, особенности тактики ведения и терапии.
4. Вазоренальная гипертензия: этиология, патогенез, клинические проявления, особенности лабораторного и инструментального обследования при патологии сосудов почек, тактика ведения и особенности терапии.
5. Эндокринные причины вторичной АГ: этиология, патогенез, клинические проявления и особенности лабораторного и инструментального обследования, дифференциальный диагноз при минералокортикоидной АГ, глюкокортикоидной АГ, феохромоцитоме, патологии щитовидной железы, особенности тактики ведения и лечения пациентов с эндокринными АГ.
6. Гемодинамические, центрогенные, ятрогенные симптоматические АГ: этиология, патогенез, клинические проявления и особенности лабораторного и инструментального обследования, дифференциальный диагноз, тактика ведения и терапия.

**Вопросы для самоподготовки к освоению темы.**

1. Определение понятия «симптоматическая гипертензия».
2. Основные формы симптоматических АГ.
3. Симптоматическая АГ при заболеваниях почек. Причины ренопаренхиматозной АГ, диагностические критерии паренхиматозной почечной АГ.
4. Основные причины вазоренальной АГ, клинические особенности, методы диагностики.
5. Какова причина изолированной систолической гипертензии у пожилых?
6. Каковы особенности АГ, возникшей при полной атрио-вентрикулярной (АВ) блокаде?
7. Симптоматическая АГ при аортальной недостаточности: причины возникновения, симптомы, методы диагностики и лечения вторичной АГ, обусловленной этим пороком.
8. АГ при неспецифическом аортоартериите: клинические, инструментальные критерии диагностики, методы коррекции вторичной АГ – медикаментозные, хирургические.
9. Назовите основные причины развития эндокринных АГ.
10. Вторичная АГ при болезни и синдроме Иценко-Кушинга. Диагностика и дифференциальная диагностика этих заболеваний. Медикаментозное и хирургическое лечение.
11. Феохромоцитома: варианты течения, клиническая диагностика, методы лечения.
12. АГ при поражениях центральной нервной системы. Методы диагностики и лечения.
13. Какие медикаменты могут служить причиной вторичной АГ?
14. Перечислите основные отличия симптоматической АГ от эссенциальной АГ.

15. Перечислите принципы терапии АГ: немедикаментозные и медикаментозные.
16. Назовите группы гипотензивных препаратов, применяемых для лечения АГ.
17. Перечислите органы-мишени, страдающие в результате АГ любого генеза.
18. Какие препараты используются для нефропротективной гипотензивной терапии?
19. Диспансерное наблюдение за больным с АГ (кратность и объем обследований больного на амбулаторном этапе).

**Рекомендуемая литература.**

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед, 2015. 1228 с.
2. Клинические рекомендации Российского Кардиологического Общества по артериальной гипертензии. <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/recommendation-ag2010.pdf>
3. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC hypertension2013.pdf>
4. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П.Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017. 204 с.

**Практическое занятие № 3**

**Тема:** Миокардиты, кардиомиопатии, перикардиты.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Определение понятий миокардита, кардиомиопатии, перикардита, распространенность этих заболеваний, клиническая значимость проблемы.
2. Классификация некоронарогенных заболеваний миокарда.
3. Классификация и патогенез миокардитов, варианты дебюта миокардитов, классификация миокардитов по степени тяжести.
4. Клинические проявления, методы диагностики миокардита. Показания к эндомикардиальной биопсии.
5. Диагностические критерии миокардита (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация), морфологические критерии миокардитов (Даллаская классификация).
6. Лечение миокардитов. Показания к иммуносупрессивной терапии. Прогноз при миокардитах.
7. Дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная кардиомиопатии, краткая характеристика. Генетическая основа и патофизиологические механизмы, приводящие к развитию гипертрофической кардиомиопатии. Клинические, рентгенологические, ЭКГ и ЭхоКГ-признаки гипертрофической кардиомиопатии. Варианты течения заболевания. Медикаментозное лечение. Показания к кардиохирургическому лечению.
8. Дилатационная кардиомиопатия. Клинические, рентгенологические, ЭКГ и ЭхоКГ-признаки дилатационной кардиомиопатии. Медикаментозное лечение. Возможности хирургического лечения.
9. Заболевания, приводящие к развитию перикардита. Основные симптомы при перикардитах.
10. Методы диагностики перикардита (рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ, КТ, МРТ сердца, позитронно-эмиссионная томография сердца).
11. Тампонада сердца, признаки угрозы тампонады сердца по данным клинического и инструментального обследования.
12. Диагностика острого перикардита. Специфические диагностические критерии острого



перикардита.

13. Принципы лечения острого перикардита. Прогноз при остром перикардите. Особенности лечения констриктивного перикардита. Интервенционные и хирургические методы лечения перикардита.

**Вопросы для самоподготовки к освоению темы.**

1. Миокардиты, кардиомиопатии, перикардиты. Определение понятия.
2. Классификация некоронарогенных заболеваний миокарда.
3. Этиология, патогенез и классификация миокардитов.
4. Клиническая картина миокардитов, варианты течения болезни, особенности клинической картины в зависимости от этиологии заболевания.
5. Диагностические критерии миокардитов, показания к эндомикардиальной биопсии.
6. Общие принципы лечения миокардитов. Особенности лечения при известных возбудителях. Показания к иммуносупрессивной терапии.
7. Перечислите основные виды кардиомиопатий, приведите частоту встречаемости различных кардиомиопатий.
8. Причины развития гипертрофической кардиомиопатии. Основные гемодинамические варианты гипертрофической кардиомиопатии. Клиническая картина.
9. Диагностика гипертрофической кардиомиопатии. Роль ЭхоКГ.
10. Принципы медикаментозного лечения обструктивной и необструктивной гипертрофической кардиомиопатии. Методы хирургической коррекции. Прогноз заболевания, критерии неблагоприятного прогноза.
11. Дилатационная кардиомиопатия – определение понятия, принципы дифференциальной диагностики с ишемической кардиомиопатией и алкогольной миокардиодистрофией.
12. Современные представления о причинах развития дилатационной кардиомиопатии. Поствоспалительная кардиомиопатия.
13. Клиническая картина дилатационной кардиомиопатии, осложнения заболевания.
14. Принципы лечения дилатационной кардиомиопатии. Показания к ресинхронизирующей терапии, к трансплантации сердца.
15. Понятие о рестриктивной кардиомиопатии.
16. Аритмогенная дисплазия правого желудочка. Определение, краткая характеристика.
17. Перечислите заболевания, приводящие к поражению перикарда.
18. Назовите основные синдромы при поражениях перикарда. Тампонада сердца, признаки угрозы тампонады сердца по данным клинического и инструментального обследования.
19. Методы диагностики перикардита (рентгенография грудной клетки, ЭХО КГ, КТ, МРТ сердца, позитронно-эмиссионная томография сердца). Специфические диагностические критерии острого перикардита.
20. Принципы лечения острого перикардита. Прогноз при остром перикардите. Особенности лечения констриктивного перикардита. Интервенционные и хирургические методы лечения перикардита.

**Рекомендуемая литература.**

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.
2. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П.Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017. 204 с.

3. Барсуков А.В., Куренков И.Г., Медведев В.М. Некоронарогенные заболевания миокарда./Под ред.С.Б.Шустова.ЭЛБи-СПб,2006,-230 с.

#### Практическое занятие № 4.

**Тема:** Инфекционный эндокардит. Врожденные и приобретенные пороки сердца.

##### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Определение ИЭ, распространенность, заболеваемость в РФ и регионе.
2. Этиология и патогенез ИЭ.
3. Классификация ИЭ. Выделение особых/специфических форм ИЭ.
4. Клинические проявления ИЭ. Варианты дебюта. Особенности клинических проявлений в зависимости от «входных ворот», условий возникновения, макроорганизма и возбудителя.
5. Диагностика ИЭ. Международные (DUKE) и российские диагностические критерии, выделение «больших» и «малых» критериев. Основания и подходы к дифференциальной диагностике при ИЭ.
6. Лечение ИЭ. Выбор антибактериальной терапии в эмпирическом режиме и при доказанном возбудителе заболевания. Показания к кардиохирургическому лечению
7. Классификация врожденных пороков сердца (ВПС).
8. Анатомические внутрисердечные нарушения и гемодинамика при наиболее клинически значимых ВПС (открытый артериальный проток, коарктация аорты, дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки) и синдроме дисплазии соединительной ткани сердца.
9. Клиническая картина и диагностика указанных ВПС, современные методы инструментальной диагностики.
10. Принципы и методы лечения ВПС, показания к хирургическому лечению, определение прогноза и трудоспособности.

##### Вопросы для самоподготовки к освоению темы.

1. Этиология и патогенез ИЭ. Актуальные возбудители заболевания, сердечные и внесердечные факторы риска.
2. Классификация ИЭ. Анатомический принцип (поражение нативных и протезированных клапанов, внутрисердечных инородных тел), этиологическая характеристика, клиническое течение, условия возникновения, характеристика поражения сердечных структур и внутренних органов при формулировке диагноза, осложнения. Выделение особых/специфических форм ИЭ.
3. Клинические проявления ИЭ. Варианты дебюта. Особенности клинических проявлений в зависимости от «входных ворот», условий возникновения, макроорганизма и возбудителя.
4. Диагностика ИЭ. Международные (DUKE) и российские диагностические критерии, выделение «больших» и «малых» критериев. Значение дополнительных методов обследования (эхокардиографии, бактериологического и серологического исследований крови) в диагностике ИЭ.
5. Дифференциальная диагностика при ИЭ.
6. Лечение ИЭ. Принципы и средства консервативного лечения. Выбор антибактериальной терапии в эмпирическом режиме и при доказанном возбудителе заболевания.
7. Показания к кардиохирургическому лечению. Симптоматическое лечение.

8. Этиология ВПС. Роль патологической наследственности, инфекционных заболеваний матери, перенесённых во время беременности, тератогенных, в том числе лекарственных, воздействий на плод.
9. Классификация ВПС.
10. Какие клинические приёмы, усиливающие звучность сердечных тонов и шумов, Вам известны? При каких ВПС возникает фиксированное раздвоение второго тона?
11. При каких ВПС возникают симптомы «барабанных палочек» и «часовых стёкол»?
12. Какие врождённые синдромы дисплазии соединительной ткани, нередко протекающие с ВПС, Вам известны?
13. Перечислите признаки синдромов дисплазии соединительной ткани - «стигмы дизэмбриогенеза».
14. Опишите аускультативную картину сердца при дефекте межжелудочковой перегородки (ДМЖП).
15. Какие методы современной инструментальной диагностики ВПС существуют?
16. Показания к хирургическому лечению и наиболее оптимальные сроки его назначения при ДМЖП.
17. Какие ДМЖП (дефекты мембранозной или мышечной части межжелудочковой перегородки) встречаются чаще?
18. В каком возрасте чаще всего наступает спонтанное закрытие ДМЖП?
19. Что такое «реакция Эйзенменгера»? Каково её клиническое значение?
20. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП): клиническая картина, сроки появления симптомов, методы диагностики, показания к оперативному лечению.
21. Открытый артериальный (Боталлов) проток: симптоматика, методы диагностики и хирургического лечения.
22. Тетрада Фалло: клиническая картина, методы диагностики и лечения порока. Какова причина появления одышно-цианотических приступов у детей первых месяцев жизни с тетрадой Фалло?
23. Факторы, определяющие прогноз и продолжительность жизни у больных с ВПС.
24. Принципы консервативной терапии больных с пороками сердца при отсутствии показаний и противопоказаний к хирургическому лечению.
25. Какие осложнения встречаются у больных с ВПС?
26. Какие меры профилактики вторичного инфекционного эндокардита при выполнении больших и малых хирургических вмешательств у больных с ВПС Вам известны?
27. Проплап митрального клапана: симптоматика, диагностика, прогностическое значение.

#### **Рекомендуемая литература.**

5. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.
6. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П.Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017. 204 с.
7. Торин В.П. Инфекционные эндокардиты. / Под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд., перераб. и доп. 2013. - 368 с.
8. Habib G., Lancellotti P., Antunes M.J., Bongiorni M.G., Casalta J.P., Del Zotti F. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2015; 36(44): 3075-128.

## Практическое занятие № 5.

**Тема:** Дифференциальная диагностика при плевральных выпотах. Национальные рекомендации по лечению пневмоний.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Определение понятия плевральный выпот (ПВ), основные понятия о морфологии плевры, плевральной полости, продукции плевральной жидкости, о встречаемости данной патологии в зависимости от причин возникновения, клиническая значимость проблемы, дифференциация трансудата и экссудата в плевральной полости.
2. Основные причины и механизмы появления трансудата и экссудата в плевральной полости, данные клинического обследования при ПВ, рентгенологические признаки при ПВ, показания для плевральной пункции, возможности УЗИ плевральной полости для диагностики и определения тактики
3. Основные исследования плевральной жидкости – оценка внешнего вида, биохимическое исследование экссудата, клеточный состав плевральной жидкости.
4. Особенности ПВ и тактики ведения пациентов с ПВ при пневмонии, туберкулезе, онкологических процессах, ревматических заболеваниях, ТЭЛА, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, недостаточности кровообращения.
5. Национальные рекомендации по лечению пневмоний: эпидемиологическая классификация, основные возбудители пневмоний в зависимости от места возникновения пневмонии, особенностях пациента, тяжести течения пневмоний.
6. Основные клинические проявления при пневмониях, данные объективного осмотра, возможности лабораторно-инструментальных методов исследования, критерии тяжелого течения пневмонии. Понятие о затяжном течении пневмонии, показания к бронхоскопии и компьютерной томографии.
7. Тактика ведения пациентов с пневмониями: определение места лечения, особенности выбора стартовой эмпирической антибактериальной терапии в зависимости от места возникновения пневмонии, особенностях пациента, тяжести течения пневмоний, сроки антибактериальной терапии. Особенности лечения пациентов с пневмонией, осложненной экссудативным плевритом, острой дыхательной недостаточностью, инфекционно-токсическим шоком. Показания к госпитализации или переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии.

### Вопросы для самоподготовки к освоению темы.

1. Дайте определение понятия плевральный выпот (ПВ).
2. Назовите причины плевральных выпотов.
3. Отличия трансудатов и экссудатов в плевральной полости. Как проводится дифференциация трансудата и экссудата в плевральной полости?
4. Назовите основные причины и механизмы накопления трансудата в плевральной полости.
5. Назовите основные причины накопления экссудата в плевральной полости.
6. Данные объективного обследования при ПВ.
7. Рентгенологические признаки при ПВ.
8. Показания для плевральной пункции, возможности УЗИ плевральной полости для диагностики и определения тактики.
9. Основные исследования плевральной жидкости - оценка внешнего вида, биохимическое исследование экссудата, клеточный состав плевральной жидкости.
10. Особенности ПВ и тактики ведения пациентов с ПВ при пневмонии, туберкулезе,

онкологических процессах, ревматических заболеваниях, ТЭЛА, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, недостаточности кровообращения.

11. Особенности ПВ и тактики ведения пациентов с ПВ при пневмонии, туберкулезе, злокачественных процессах, ревматических болезнях, ТЭЛА, сердечной недостаточности, заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
12. Дайте определение понятия "пневмония". Эпидемиология и классификация пневмоний.
13. Изложите современные представления об этиологии и способствующих факторах, патогенезе пневмоний, патоморфологических изменениях в легких при пневмонии.
14. Каковы особенности анамнеза при пневмонии?
15. Данные объективного обследования больного пневмонией, их трактовка. Каковы признаки полного и неполного воспалительного уплотнения легочной паренхимы, жидкости в плевральной полости, ателектаза, полости в легком?
16. Приведите примеры формулировки диагноза пневмонии. Каковы современные требования к оформлению диагноза?
17. Приведите критерии тяжести течения пневмоний. Показания к госпитализации больного с пневмонией.
18. Понятие "затяжная пневмония". Причины затяжного течения пневмоний. Охарактеризуйте тактику ведения, принципы дифференциальной диагностики, критерии выздоровления.
19. Каковы возможные легочные и внелегочные осложнения пневмоний?
20. Инфекционно-токсический шок: стадии, диагностика, принципы терапии.
21. Особенности лечения пациентов с пневмонией, осложненной экссудативным плевритом, острой дыхательной недостаточностью, инфекционно-токсическим шоком. Показания к госпитализации или переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии.
22. Охарактеризуйте клинико-рентгенологические особенности пневмоний в зависимости от этиологии.
23. Каковы критерии диагноза пневмоний, принципы и возможности ранней этиологической диагностики? Дифференциальная диагностика при пневмонии.
24. Что включает в себя дополнительное обследование больного с пневмонией?
25. Лечение больных пневмонией. Принципы рациональной эмпирической антибиотикотерапии.
26. Основные группы антибактериальных препаратов, применяющиеся для лечения пневмоний на амбулаторном этапе и в стационаре.
27. Прочие принципы и средства лечения (улучшение бронхиального дренажа, дезинтоксикационная терапия), показания к применению.
28. Лечение пневмоний с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности лечения.
29. Рекомендации больным при выписке из стационара. Задачи и характер диспансерного наблюдения.

#### Рекомендуемая литература.

Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.

#### Практическое занятие № 6.

Тема: Хроническое легочное сердце.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Определение понятий «легочная гипертензия (ЛГ)», «легочное сердце (ЛС)».
2. Этиология и патогенез ЛГ.
3. Клиническая классификация ЛГ.
4. Классификация ЛС.
5. Принципы формулировки диагноза.
6. Клинические проявления ЛГ, ЛС.
7. Инструментальные и лабораторные методы диагностики ЛГ, ЛС. Степень надежности диагностики.
8. Основания и подходы к дифференциальной диагностике при ЛГ.
9. Лечение ЛГ (основное внимание уделяется современным подходам к терапии легочной артериальной гипертензии), декомпенсированного ХЛС. Принципы и средства консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению (предсердная септостомия, тромбэндартерэктомия).

### Вопросы для самоподготовки к освоению темы.

1. Дайте определение понятия «легочная гипертензия».
2. Дайте определение понятия «легочное сердце» (ВОЗ).
3. Приведите клиническую классификацию ЛГ.
4. Расскажите об особенностях различных форм ЛГ.
5. Приведите классификацию ЛС по темпам его развития и основным патогенетическим механизмам.
6. Назовите основные методы диагностики и дифференциальной диагностики легочной гипертензии.
7. Назовите основные методы диагностики легочного сердца.
8. Изложите принципы и методы лечения ЛС.
9. Изложите принципы специфической терапии легочной артериальной гипертензии.
10. Изложите принципы и методы лечения ЛГ.

### Рекомендуемая литература.

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.
2. Рекомендации ESC/ERS по диагностике и лечению легочной гипертензии 2015 Рабочая группа по диагностике и лечению легочной гипертензии Европейского Общества Кардиологов (ESC) и Европейского Общества Пульмонологов (ERS). Российский кардиологический журнал 2016, 5 (133): 5–64. 2. Легочная гипертензия/ Под ред. И.Е. Чазовой, Т.В. Мартынюк. М.: Практика, 2015. – 928 с.

### Практическое занятие № 7.

**Тема:** Дыхательная недостаточность.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Определение понятия дыхательной недостаточности, распространенность в зависимости от причин возникновения, клиническая значимость проблемы.
2. Основные причины возникновения ДН, общие клинические признаки, пути и механизмы развития ДН.
3. Классификация ДН, особенности каждой стадии. Диагностические критерии.
4. Заболевания, приводящие к развитию ДН. Особенности развития ДН при заболеваниях.

5. Патогенез ДН. Особенности патогенеза в зависимости от заболевания, приведшего к развитию данного состояния.
6. Клинические проявления и особенности ДН различного генеза.
7. Особенности диагностики и лечения заболеваний с ДН.
8. Пневмонии. Классификация. Осложнения пневмоний. Особенности ДН при пневмониях. Лечение.
9. Неотложные мероприятия при ДН при различных состояниях.

**Вопросы для самоподготовки к освоению темы.**

1. Определение ДН.
2. Классификация ДН по стадиям.
3. Перечислите заболевания, приводящие к развитию ДН. Их характеристика, особенности, проявления.
4. Патогенез ДН. Особенности патогенеза в зависимости от заболевания, приведшего к развитию данных состояний.
5. Стадии развития ДН, их диагностические критерии.
6. Клинические проявления ДН.
7. Какие дополнительные исследования следует провести при ДН?
8. Методы обследования при заболеваниях с ДН, особенности, характеристика.
9. Формулировка диагноза при наличии синдрома ДН.
10. Принципы лечения больных с ДН.
11. Основные группы препаратов, рекомендованные для больных с ДН.
12. Неотложная помощь при ДН в зависимости от причин развития.
13. Дифференциальные подходы к лечению ДН в зависимости от основного заболевания.

**Рекомендуемая литература.**

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед, 2015. 1228 с.
2. Клинические рекомендации Российского Респираторного Общества (spulmo.ru)
3. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П. Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017. 204 с.

**Практическое занятие № 8.**

Тема: Язвенный колит. Болезнь Крона.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Определение язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), клиническая значимость проблемы, распространенность воспалительных заболеваний кишечника, основные сведения об этиологии и патогенезе изучаемых заболеваний.
2. Клинические проявления ЯК и БК. Классификация заболеваний по локализации, распространенности процесса, характеру течения, индексы для определения активности заболеваний. Особенности течения, внекишечные проявления и осложнения ЯК и БК.
3. Принципы клинико-инструментального обследования пациента с воспалительными заболеваниями кишечника неясной этиологии. Основные рентгенологические, эндоскопические и морфологические проявления ЯК и БК. Значение морфологического исследования для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения данных заболеваний, показания и противопоказания к группам препаратов, назначаемых при ЯК и БК. Показания к госпитализации и хирургическому лечению.

### Вопросы для самоподготовки к освоению темы.

1. Дайте определение язвенного колита.
2. Какие факторы имеют значение в развитии ЯК?
3. Приведите классификации ЯК по локализации процесса, течению заболевания, активности заболевания, какие шкалы используются для определения активности процесса.
4. Опишите характерные кишечные и внекишечные клинические симптомы ЯК.
5. Охарактеризуйте эндоскопическую, морфологическую картину поражения кишечника, изменения при рентгеноскопических и лабораторных исследованиях при ЯК.
6. Какие осложнения могут возникнуть при ЯК?
7. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при ЯК?
8. Приведите пример формулировки диагноза при ЯК.
9. Дайте определение болезни Крона.
10. В чем сущность поражения кишечника при болезни Крона?
11. Приведите классификации болезни Крона по локализации процесса, течению заболевания, активности заболевания, какие шкалы используются для определения активности процесса.
12. Какая клиническая симптоматика характерна для болезни Крона?
13. С какими хирургическими состояниями проводят дифференциальную диагностику болезни Крона?
14. Какие методы исследования подтверждают наличие болезни Крона?
15. Перечислите возможные осложнения при болезни Крона.
16. Перечислите показания для экстренной госпитализации больных с ЯК и болезнью Крона.
17. Охарактеризуйте место хирургических методов в лечении ЯК и болезни Крона.
18. Назовите принципы медикаментозного лечения язвенного колита и болезни Крона.
19. Выпишите рецепты на основные препараты для лечения данных состояний (системные глюкокортикостероиды, салазопрепараты, цитостатики, биологические генно-инженерные агенты).
20. Экспертиза нетрудоспособности пациентов с ЯК и болезнью Крона.
21. В чем заключается профилактика данных заболеваний?

### Рекомендуемая литература.

1. Внутренние болезни. Учебник в двух томах. Авторы: Мартынов А.И., Мухин Н.А. и др. ГЭОТАР Мед. 2015. 1228 с.
2. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. [http://www.gastro.ru/userfiles/R\\_Krona\\_2017.pdf](http://www.gastro.ru/userfiles/R_Krona_2017.pdf)
3. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. [http://www.gastro-j.ru/files/\\_2015\\_1\\_s7\\_1431173541.pdf](http://www.gastro-j.ru/files/_2015_1_s7_1431173541.pdf)
4. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П.Реброва. Саратов, изд-во Наука, 2017. 204 с.

### Практическое занятие № 9

Тема: Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

#### Перечень рассматриваемых вопросов темы практического занятия.

1. Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Особенности синдрома нарушения моторики и тонуса желчевыводящих путей. Дискинезии, их диагностика и клиническое значение.



2. Критерии диагностики хронического холецистита. Клинические и инструментальные методы обследования. Дифференциальная диагностика хронического холецистита и холангита. Тактика врача при диагностике калькулезного холецистита, определение показаний к хирургическому лечению.
3. Необходимый объем обследования при подозрении на панкреатит. «Золотой стандарт» диагностики хронического панкреатита. Диагностика панкреонекроза, показания к хирургическому лечению.
4. Условия образования камней в желчном пузыре. Возможности первичной профилактики желчнокаменной болезни в практике терапевта. Современная медикаментозная терапия хронических холециститов и панкреатита.
5. Холестаз, его разновидности. Дифференциальная диагностика внутривнутрипеченочного и подпеченочного холестаза, врачебная тактика.

#### Вопросы для самоподготовки к освоению темы.

1. Перечислите заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
2. Особенности синдрома нарушения моторики и тонуса желчевыводящих путей. Дискинезии, их диагностика и клиническое значение.
3. Сформулируйте критерии диагностики хронического холецистита. Какова роль клинического обследования и инструментальных методов?
4. Необходимый объем обследования при подозрении на панкреатит?
5. Что является «золотым стандартом» диагностики хронического панкреатита?
6. Диагностика панкреонекроза, показания к хирургическому лечению.
7. Дифференциальная диагностика хронического холецистита и холангита. Тактика врача при диагностике калькулезного холецистита, определение показаний к хирургическому лечению.
8. Условия образования камней в желчном пузыре. Возможности первичной профилактики желчнокаменной болезни в практике терапевта.
9. Холестаз, его разновидности. Дифференциальная диагностика внутривнутрипеченочного и подпеченочного холестаза, врачебная тактика.
10. Современная медикаментозная терапия хронических холециститов и панкреатита.

#### Рекомендуемая литература.

1. Лекции по госпитальной терапии для студентов 5 курса.
2. Материалы образовательного портала СГМУ.
3. Внутренние болезни: Учебник в 2 т. под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С.Монеева, А.С.Галавичица.– М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004 (по 2009) Т.1- 600с.
4. Справочник практического врача по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта.-М.: Советский спорт, 1999.-426с.
5. Избранные лекции по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина.- М.:МЕДпресс, 2001.-83с.
6. Козлова И.В., Шимчук С.Ф. Алгоритмы диагностики и лечения болезней органов пищеварения. – Саратов, 2005. – 117 с.

#### Практическое занятие № 10

Тема: Заболевания печени. Дифференциальная диагностика желтух.

#### Перечень рассматриваемых вопросов темы практического занятия:

1. Определение понятия желтухи. Классификация желтухи. Особенности нарушений билирубинового обмена при заболеваниях печени. Значение комплексной оценки показателей билирубинового обмена, других биохимических и инструментальных признаков в

дифференциальной диагностике желтух.

2. Паренхиматозная желтуха. ее разновидности. клиничко-биохимические диагностические критерии. Лечение. Методы обследования.
3. Врожденные формы гипербилирубинемии в практике терапевта. Врачебная тактика при синдроме Жильбера.
4. Причины возникновения гемолитических состояний. Критерии диагностики острого и хронического гемолиза. Помощь при гемолитическом кризе.
5. Клиничко-биохимические параметры холестаза. Причины внутрипеченочного и подпеченочного холестаза. Дифференциальная диагностика желтух: алгоритм обследования больного и врачебных действий.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению темы.**

1. Дайте определение понятия желтухи, перечислите разновидности желтух.
2. Перечислите заболевания, проявляющиеся синдромом желтухи.
3. Особенности нарушений билирубинового обмена при заболеваниях печени.
4. Значение комплексной оценки показателей билирубинового обмена, других биохимических и инструментальных признаков в дифференциальной диагностике желтух.
5. Паренхиматозная желтуха. ее разновидности. клиничко-биохимические диагностические критерии.
6. Врожденные формы гипербилирубинемии в практике терапевта. Врачебная тактика при синдроме Жильбера.
7. Назовите причины возникновения гемолитических состояний.
8. Сформулируйте критерии диагностики острого и хронического гемолиза.
9. Какова неотложная помощь при гемолитическом кризе?
10. Необходимый объем обследования при выявлении синдрома желтухи?
11. Клиничко-биохимические параметры холестаза. Причины внутрипеченочного и подпеченочного холестаза.
12. Дифференциальная диагностика желтух: алгоритм обследования больного и врачебных действий.

#### **Рекомендуемая литература.**

1. Лекции по госпитальной терапии для студентов 5 курса.
2. Материалы образовательного портала СГМУ.
3. Внутренние болезни: Учебник в 2 т. под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Монсеева, А.С. Галевича. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004 (по 2009) Т.1 - 600с.
4. Алгоритмы работы с пациентами в клинике внутренних болезней. Пособие для студентов. Под ред. А.П. Реброва. Саратов. изд-во Наука, 2017. 204 с.
5. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей - М.: Изд. дом «М-Вести», 2002. - 416 с.
6. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста // Аутоиммунный гепатит - М: Изд. дом «М-Вести», 2001. - С.8-29.
7. Ивашкин В.Т., Шульпекова Ю.О. Неалкогольный стеатогепатит // РМЖ. - 2000. - Т. 2, N 2. - С.41-45.
8. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Практическое руководство. - М.: ГЭОТАР. Медицина, 1999. - 318 с.