

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

И. о. проректора  
по учебно-методической работе  
Т.Н. Василькова  
15 июня 2022 г.

Изменения и дополнения

**УТВЕРЖДЕНО**

Проректором  
по учебно-методической работе  
Т.Н. Василькова  
15 мая 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

Дисциплины «Коморбидные состояния в практике терапевта»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Факультет: лечебный (очная форма обучения)

Кафедра госпитальной терапии с курса эндокринологии и клинической фармакологии

Курс: 6

Семестр: 11

Модуль: 1

Зачетные единицы: 3

Зачет: 11 семестр

Лекции: 21 час

Практические (семинарские) занятия: 51 час

Самостоятельная работа: 36 часов

Всего: 108 часов

г. Тюмень, 2024

Рабочая программа дисциплины составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 95 от 09.02.2016, учебного плана (2022 г.) и с учетом трудовых функций профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 21 марта 2017 г. № 293н.

Индекс Б1.В.ДВ.04.04

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии  
(протокол №10, «31» мая 2022г.)

И. о. заведующего кафедрой госпитальной терапии  
с курсами эндокринологии и клинической фармакологии  
д.м.н., доцент

И.А. Трошина

**Согласовано:**  
Декан лечебного факультета,  
д.м.н., профессор

Т.В. Раева

Председатель Методического совета  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело  
д.м.н., профессор  
(протокол № 5, «10» июня 2022 г.)

Е.Ф. Дороднева

Программа заслушана и утверждена на заседании ЦКМС  
(протокол № 8, «15» июня 2022 г.)

Председатель ЦКМС, д.м.н., профессор

Т.Н. Василькова

#### Актуализация

№	Подразделение коллегиальный орган	или	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по специальности 31.05.01 Лечебное дело		Председатель методического совета	Елфимов Д.А.	Согласовано	25.04.2024, № 4
2	Центральный координационный методический совет		Председатель ЦКМС	Василькова Т.Н.	Согласовано	15.05.2024, № 9

#### Авторы - составители программы:

профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, д.м.н., доцент С.Ю. Волкова; и. о. заведующего кафедрой госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, д.м.н., доцент И.А. Трошина; профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, д.м.н., профессор Т.Н. Василькова; профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, д.м.н., профессор Е.Ф. Дороднева; ассистент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н. Ю.А. Вялкина; доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н., Д.А. Елфимов; доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н. Н.В. Колпакова; доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н., доцент Ю.А. Лушпаева; доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н., доцент В.А. Платицын; доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, к.м.н., доцент А.А. Пушников

#### Рецензенты:

Заведующий кафедрой пропедевтической и факультетской терапии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор В.А. Жмуров  
Главный врач Тюменской больницы ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», к.м.н. Л.А. Боярская

## **1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля)**

**Целью освоения дисциплины** «Коморбидные состояния в практике терапевта» являются формирование у студентов врачебного мышления, знаний, практических умений и навыков в диагностике, лечении наиболее распространенных в амбулаторной практике и социально значимых заболеваний внутренних органов, с учетом их коморбидности, в соответствии с требованиями и с учетом трудовых функций профессионального стандарта «Врач-лечебник» (врач-терапевт участковый) (Приказ Минтруда России № 293н от 21 марта 2017 г.).

### **Задачи изучения дисциплины:**

1. Обеспечить системное освоение студентами теоретических понятий коморбидности в клинической практике с использованием научной, справочной литературы, официальных статистических обзоров, клинических рекомендаций и протоколов, ресурсов сети «Интернет» и принципов доказательности.

2. Сформировать объем базовых медицинских знаний для овладения профессиональными компетенциями по определению у пациентов с коморбидными состояниями патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

3. Сформировать у студента практические навыки проведения дифференциально-диагностического поиска состояний, обусловленных коморбидностью.

4. Сформировать у студента практические навыки ведения и лечения пациентов с коморбидными состояниями, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи, в том числе в амбулаторных условиях

5. Сформировать у студента практические навыки осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения коморбидных состояний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

## **2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО**

Дисциплина «Коморбидные состояния в практике терапевта» относится к вариативной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета), является элективной дисциплиной, изучается в одиннадцатом семестре.

### 3. Перечень компетенций в процессе освоения дисциплины

Номер / индекс компетенции	Содержание компетенции или ее части (указываются в соответствии с ФГОС ВО)	
ПК-3	способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:	знать	риски воздействия вредных и опасных факторов на здоровье населения
	уметь	оценивать риск воздействия вредных и опасных факторов на здоровье населения.
	владеть	методами управления рисками
ПК-4	способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения	
В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:	знать	показатели здоровья населения, методики оценки физического развития
	уметь	определять показатели здоровья населения, оценивать физическое развитие
	владеть	методами оценки показателей здоровья населения, методами оценки физического развития
ПК -5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	
В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:	знать	основные принципы и методы сбора и анализа жалоб. и анамнеза пациента, оценки результатов осмотра, лабораторных, инструментальных патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.
	уметь	собрать и проанализировать жалобы и анамнез пациента, осуществить и оценить результаты осмотра, назначить и проанализировать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.
	владеть	методами сбора и анализа жалоб и анамнеза пациента, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.
ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
В результате изучения дисциплины обучающиеся	знать	принципы и методологию определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со

Номер / индекс компетенции	Содержание компетенции или ее части (указываются в соответствии с ФГОС ВО)	
я должны:		здоровьем, X пересмотра.
	уметь	определить у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы, заболевания, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
	владеть	принципами и методологией определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
ПК-7	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участие в проведении медико-социальной экспертизы, констатация биологической смерти человека	
В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:	знать	критерии экспертизы трудоспособности пациентов, правила оформления соответствующей медицинской документации, показания для направления больного на медико-социальную экспертизу,
	уметь	определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного последствиями травм;
	владеть	навыками проведения экспертизы трудоспособности пациентов, оформления соответствующей медицинской документации, определения необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу.
ПК-9	готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:	знать	Основные принципы и методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.
	уметь	Применять основные принципы и методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.
	владеть	Методами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

#### 4. Структура и содержание дисциплины (модуля)

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 часов.

#### Дисциплинарный модуль 1

#### Модульная единица 1.1. Коморбидные состояния в практике терапевта

Основные понятия коморбидности. Понятие коморбидности. Актуальность проблемы. Эпидемиология коморбидности. Причины, виды коморбидности. Качественное и количественное определение индивидуального суммарного риска (тесты и шкалы). Классификация коморбидности. Формулировка диагноза основного заболевания, сопутствующего заболевания и ассоциированных состояний. Взаимоотношения врача и пациента в свете биоэтических реалий: проблема полипрагмазии и ятрогении при коморбидности.

Патогенетические основы коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Шкалы SCORE, SCORE-2. Понятие о сердечно-сосудистом континууме. Особенности терапии АГ, ИБС, ХСН при наличии коморбидных заболеваний.

Патогенетические основы коморбидности при метаболическом синдроме, сахарном диабете 2 типа. Особенности комплексной терапии метаболического синдрома, современные принципы лечения и профилактики СД 2 типа

Современные теории коморбидности хронической болезни почек. Понятие о кардио-ренальном континууме. Основные вопросы нефропротективной стратегии и нефропрофилактики. Особенности ведения пациентов с нефрологической коморбидной патологией, основанные на современных клинических рекомендациях (расчет СКФ и коррекция терапии по уровню СКФ).

Диагностика сочетанной патологии при ревматических заболеваниях. Суставной синдром у коморбидного пациента. Подходы к выбору терапии при заболеваниях суставов и коморбидных состояниях. Особенности ведения коморбидного пациента с болезнями суставов в амбулаторных условиях.

Гематологические синдромы у коморбидных пациентов. Патогенетические основы и особенности терапии анемии хронических заболеваний, вторичных коагулопатий, тромбоцитопений и тромбоцитопатий при наличии коморбидных заболеваний. Лейкемоидные реакции.

Эзофагогастроэнтероколонии у коморбидных пациентов. Патогенетические аспекты коморбидности в гастроэнтерологии. НПВП-гастропатии: диагностический поиск, особенности клинических проявлений, профилактика. Терапевтическая тактика при симптоматических язвах.

Патогенетические основы коморбидности при Хронической обструктивной болезни легких. Понятие о сердечно-легочном континууме. Особенности терапии Хронической обструктивной болезни легких у лиц с АГ, ИБС, ХСН, СД 2 типа.

**Таблица 1 Разделы дисциплины и виды занятий**

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модульной единицы)	Лекции			Практические/ лабораторные/ семинарские занятия				СРС	Всего часов	Форма контроля
		Всего часов	Аудиторная работа	Внеаудиторная контактная работа	Всего часов	Аудиторная работа	Внеаудиторная контактная работа	Симуляционное обучение			
1.	<b>Модульная единица 1.1.</b> Коморбидные состояния в практике терапевта	21	21	-	49	49	-	-	36	106	Устный контроль знаний (опрос), представление мультимедийной презентации, реферата, решение тестовых заданий, решение ситуационных задач
	<b>Зачет</b>	-	-	-	2	-	2	-	-	2	Тестирование, решение ситуационных задач
	<b>Итого:</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>36</b>	<b>108</b>	

**Таблица 2 – Тематический план лекций**

№ п/п	Тематика лекций	Количество часов аудиторной работы	Вид внеаудиторной контактной работы	Кол-во часов
<b>Дисциплинарный модуль 1</b>				
<b>Модульная единица 1.1. Коморбидные состояния в практике терапевта</b>				
1.	Коморбидность-актуальная проблема терапии..	2	-	-
2	Патогенетические основы коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях	2		
3	Терапия сердечно-сосудистых заболеваний с учетом коморбидности	2		
4.	Метаболический синдром – яркий представитель коморбидной патологии	2	-	-
5.	Коморбидность хронической болезни почек	2	-	-
6.	Коморбидность у пациента с ревматическим заболеванием.	2	-	-

	Особенности диагностики и терапии.			
7.	Анемия хронических заболеваний	2	–	–
8.	Гастроэнтерологические проблемы коморбидного пациента	2	–	–
9.	Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Особенности терапии	2	–	–
10	Жировая болезнь печени и ПЖ-новая мишень коморбидности	3		
	<b>Итого</b>	<b>21</b>	–	–
	<b>Всего: 21 часов</b>			

**Таблица 3 Тематический план практических занятий**

№ п/п	Тематика занятий	Количество часов аудиторной работы	Внеаудиторная контактная работа		Симуляционное обучение	
			вид	часы	вид	часы
<b>Дисциплинарный модуль 1</b>						
<b>Модульная единица 1.1. Коморбидные состояния в амбулаторной практике</b>						
1.	Понятие коморбидности. Актуальность проблемы. Эпидемиология Причины, виды коморбидности. Классификация коморбидности. Особенности обследования и ведения коморбидных пациентов. Формулировка диагноза основного заболевания, сопутствующего заболевания и ассоциированных состояний. Проблема полипрагмазии и ятрогении при коморбидности.	4		–		–
2	Качественное и количественное определение индивидуального суммарного риска (тесты и шкалы). Шкалы SCORE, SCORE-2.	4		–		–
3.	Патогенетические основы коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Понятие о сердечно-сосудистом континууме.	4		–		–
4	Особенности терапии АГ,	4		–		–



	ИБС, ХСН при наличии коморбидных заболеваний.					
5.	Понятие «Метаболический синдром», роль в формировании сердечно-сосудистого риска. Патогенетические основы формирования метаболического синдрома. Роль висцеральной жировой ткани и инсулинорезистентности – пусковых факторов формирования комплекса коморбидных состояний. Диагностические критерии МС. Алгоритм терапии МС.	4	–	–	–	–
6	Роль СД 2 типа в активизации тяжести коморбидных состояний. Принципы терапии СД 2 типа с учетом коморбидной патологии.	4	–	–	–	–
7.	Современные теории коморбидности хронической болезни почек. Понятие о кардиоренальном континууме. Основные вопросы нефропротективной стратегии и нефропрофилактики.	4	–	–	–	–
8	Особенности ведения пациентов с нефрологической коморбидной патологией, основанные на современных клинических рекомендациях (расчет СКФ и коррекция терапии по уровню СКФ)	4	–	–	–	–
9	Диагностика сочетанной патологии при ревматических заболеваниях. Суставной синдром у коморбидного пациента. Подходы к	4	–	–	–	–

	выбору терапии при заболеваниях суставов и коморбидных состояниях. Особенности ведения коморбидного пациента с болезнями суставов в амбулаторных условиях.					
10.	Современные теории коморбидности анемии хронических заболеваний. Основные вопросы стратегии диагностики и лечения. Особенности ведения пациентов с анемией хронических заболеваний	5	–	–	–	–
11.	Эзофагогастроэнтероколонопатии у коморбидных пациентов. Патогенетические аспекты коморбидности в гастроэнтерологии. НПВП-гастропатии: диагностический поиск, особенности клинических проявлений, профилактика. Терапевтическая тактика при симптоматических язвах.	5	–	–	–	–
12.	Коморбидность в пульмонологии. ХОБЛ и сопутствующие заболевания, особенности терапии.	3	–	–	–	–
	<b>Зачет</b>	–	решение ситуационных задач, решение тестовых заданий	2	–	–
	<b>Итого</b>	<b>49</b>		<b>2</b>		
	<b>Всего: 51часов</b>					

### 5. Рекомендуемые образовательные технологии

При реализации рабочей программы используются различные образовательные технологии.

В процессе освоения дисциплины используются традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, самостоятельная работа студентов. Применяются следующие виды и формы работы: устный опрос, тестирование, решение ситуационных задач. На практических занятиях наиболее

важными представляются методы анализа проблемной ситуации, решение и обсуждение задач. Широко используются активные и интерактивные формы проведения практического занятия: мозговой штурм, деловая игра, групповые дискуссии и групповые проблемные работы. Преподаватели при работе со студентами применяют обучающие мастер-классы с участием преподавателей.

Контроль освоения учебного материала осуществляется преподавателем в виде тестового контроля и решения ситуационных задач, в том числе с использованием ЭОС Moodle.

Для реализации образовательных программ в рамках метода e-learning открыт доступ к учебно-методическим материалам в электронной системе поддержки дистанционного обучения ЭОС Moodle. Студенты имеют доступ к учебно-методическим материалам кафедр. Для выполнения контрольных заданий, подготовки к практическим и семинарским занятиям, поиска необходимой информации широко используются возможности глобальной сети Интернет.

Студенты обучаются с использованием электронных репозиторий: преподаватели демонстрируют студентам обучающие и демонстрационные видеофильмы, предоставляют ссылки на информационный материал в сети Интернет, демонстрируют результаты своих научных разработок, научных конференций.

## 6. Виды работ и формы контроля самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Темы для самостоятельного изучения	Вид работы	Количество часов	Форма контроля
<b>Дисциплинарный модуль 1.</b>				
<b>Модульная единица 1.1. Коморбидные состояния в амбулаторной практике</b>				
1.	<p>Понятие о коморбидности. Актуальность проблемы. Эпидемиология. Причины, виды коморбидности. Классификация коморбидности. Особенности обследования и ведения коморбидных пациентов. Формулировка диагноза основного заболевания, сопутствующего заболевания и ассоциированных состояний. Взаимоотношения врача и пациента в свете биоэтических реалий: проблема полипрагмазии и ятрогении при</p>	<p>1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.</p>	3	<p>1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.</p>

	коморбидности.			
2	Качественное и количественное определение индивидуального суммарного риска (тесты и шкалы). Шкалы SCORE, SCORE-2.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
3.	Патогенетические основы коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Понятие о сердечно-сосудистом континууме.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
4	Особенности терапии АГ, ИБС, ХСН при наличии коморбидных заболеваний.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
5.	Патогенетические аспекты формирования метаболического синдрома. Роль висцеральной жировой ткани и инсулинорезистентности – пусковых факторов формирования комплекса коморбидных состояний. Диагностические критерии МС. Алгоритм терапии МС.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
6	Роль СД 2 типа в активизации тяжести коморбидных состояний. Принципы терапии СД 2 типа с учетом коморбидной патологии	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
7	Современные теории	1. Обзор литературы и	3	1. Собеседование.

	коморбидности хронической болезни почек. Понятие о кардиоренальном континууме. Основные вопросы нефропротективной стратегии и нефропрофилактики.	электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.		2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
8	Особенности ведения пациентов с нефрологической коморбидной патологией, основанные на современных клинических рекомендациях (расчет СКФ и коррекция терапии по уровню СКФ)	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
9	Диагностика сочетанной патологии при ревматических заболеваниях. Суставной синдром у коморбидного пациента. Подходы к выбору терапии при заболеваниях суставов и коморбидных состояниях. Особенности ведения коморбидного пациента с болезнями суставов в амбулаторных условиях.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
10.	Гематологические синдромы у коморбидных пациентов. Патогенетические основы и особенности терапии анемии хронических заболеваний, вторичных коагулопатий, тромбоцитопений и тромбоцитопатий при наличии коморбидных заболеваний. Лейкемоидные реакции	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
11.	Эзофагогастроэнтерологические патологии у коморбидных пациентов. Патогенетические аспекты коморбидности в гастроэнтерологии.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач,	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.

	НПВП-гастропатии: диагностический поиск, особенности клинических проявлений, профилактика. Терапевтическая тактика при симптоматических язвах.	решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.		
12	Коморбидность в пульмонологии ХОБЛ и сопутствующие заболевания, особенности терапии.	1. Обзор литературы и электронных источников информации по заданной теме. 2. Решение ситуационных задач, решение тестовых заданий. 3. Написание рефератов.	3	1. Собеседование. 2. Тестирование. 3. Решение ситуационных задач. 4. Защита рефератов.
	<b>Итого:</b>		<b>36</b>	

## 7. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины (модуля)

### 7.1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины (модуля)

Код компетенции	Вопросы для опроса
ПК-4, ПК-5	Атеросклероз, его роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний
ПК-7, ПК-9	Шкалы SCORE, SCORE-2. Оценка риска
ПК-3, ПК-5	Роль висцеральной жировой ткани в формировании метаболических нарушений
ПК-4, ПК-5	Значение инсулинорезистентности в формировании коморбидной патологии
ПК-5, ПК-6, ПК-9	Принципы лечения метаболического синдрома
ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7	Расчет СКФ, оценка состояния пациента
ПК-4, ПК-9	Кардио-нефропротекция пациента с ХБП
ПК-3, ПК-4	Традиционные и болезнь-опосредованные факторы сердечно-сосудистого риска при ревматических заболеваниях
ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-9	Анемия хронических заболеваний, ее роль в развитии коморбидных состояний и структуре анемического синдрома.
ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9	Показатели гемограммы при различных вариантах вторичных тромбоцитопений и тромбоцитопатий.
ПК-3, ПК-4	Роль НПВП в развитии гастропатий
ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Симптоматические язвы при карциноидном синдроме
ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9	Шкалы контроля за респираторной недостаточностью: MRC, Borga и др.
ПК-4, ПК-7	Оценка риска обострений ХОБЛ в амбулаторной практике.

Код компетенции	Тестовые вопросы
ПК-3	1. КОМОРБИДНОСТЬ – ЭТО

Код компетенции	Тестовые вопросы
	<p>А) сосуществование двух и/или более заболеваний у одного пациента, патогенетически и генетически взаимосвязанных между собой</p> <p>Б) наличие нескольких синхронно протекающих заболеваний у одного человека в различных стадиях и фазах своего развития.</p> <p>В) сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний различного генеза.</p> <p>Г) Все варианты правильные</p>
ПК-3	<p>2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМОРБИДНОСТЬ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ</p> <p>А) старше 65 лет</p> <p>Б) от 18 до 40 лет</p> <p>В) от 40 до 50 лет</p> <p>Г) от 50 до 65 лет</p>
ПК-5	<p>3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) беременность</p> <p>Б) гипокалиемия</p> <p>В) обструктивное заболевание легких</p> <p>Г) гипергликемия</p>
ПК-5	<p>4. ПРИЧИНОЙ ЯТРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>А) бронхолитиков</p> <p>Б) пенициллинов</p> <p>В) кромогликата натрия</p> <p>Г) препаратов из Солодки</p>
ПК-5	<p>5. ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ:</p> <p>А) наследуется</p> <p>Б) приобретается</p> <p>В) усиливается при гиподинамии</p> <p>Г) все ответы правильные</p>
ПК-3	<p>6. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) просто собирательным понятием</p> <p>Б) указывает на формирование раннего сердечно-сосудистого риска</p> <p>В) при определении метаболического синдрома необходимо определять окружность талии</p> <p>Г) при определении метаболического синдрома необходимо определять только степень ожирения</p>
ПК-4, ПК-5	<p>7. ПРИ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: СД2ТИПА, АГ, ИБС, ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, СИНДРОМЕ НОЧНОГО АПНОЭ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) прогрессирование сердечно-сосудистого риска</p> <p>Б) декомпенсация каждого из состояний</p> <p>В) необходимость комплексной медикаментозной компенсации каждого составляющего</p> <p>Г) все ответы правильные</p>
ПК-4	<p>8. ПРИЧИНЫ АНЕМИИ ПРИ ХБП:</p> <p>А) недостаток эритропоэтина</p> <p>Б) дефицит фолиевой кислоты</p> <p>В) дефицит белка</p>

<b>Код компетенции</b>	<b>Тестовые вопросы</b>
	Г) гемолиз
ПК-6	9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ИНЪЕКЦИИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ: А) для лечения синовита при неэффективности НПВП Б) с целью обезболивания эпизодически В) с целью обезболивания поддерживающими курсами Г) на регулярной основе как альтернатива НПВП
ПК - 3	10. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ А) уровень ферритина в сыворотке крови Б) показатель гемоглобина В) количество лейкоцитов Г) морфология эритроцитов
ПК-4	11. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ И ЭРОЗИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИЕМОМ НПВП: А) нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями Б) часто имеют одиночный характер В) характерен выраженный болевой синдром Г) сопровождаются рвотой
ПК-4	12. ЯЗВЫ КУШИНГА – ЭТО СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НА ФОНЕ: А) приема глюкокортикоидов Б) распространенных ожогов В) черепно-мозговых травм Г) приема нестероидных противовоспалительных препаратов
ПК 5	13. ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ: А) частота и тяжесть обострений. Б) возраст. В) отягощенный наследственный анамнез по заболеваниям легких. Г) стаж курения.
ПК 7	14. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ? А) аклидиния бромид/формотерол 340/11,8 мкг Б) ипратропия бромид/фенотерол 21/50мкг В) формотерол/будесонид 4,5/160 мкг Г) Беклометазон 250 мкг
ПК-9	15. ВОПРОСНИК, ПОМОГАЮЩИЙ ВРАЧУ ОЦЕНИТЬ ВЛИЯНИЕ ОДЫШКИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА: А) mMRC. Б) САТ-тест. В) CURB – 65. Г) ACQ – 5.

**Эталоны ответов – под буквой «А»**

<b>Код компетенции</b>	<b>Ситуационные задачи</b>
ПК-3 ПК-4	<b>Задача 1</b> Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом



<p>ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9</p>	<p>диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.</p> <p>Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.</p> <p>При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.</p> <p>В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.</p> <p>ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA &lt;1,0). ФВ – 48%.</p> <p>Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.</p> <p>Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт.</p> <p>Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.</p> <p>30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.</p> <p>Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.</li> <li>4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.</li> <li>5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.</li> </ol> <p><b>Эталон ответов</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная</li> </ol>
--	---

недостаточность ПА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин  $\geq 3$  раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ.

В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная - ЧСС покоя)  $\times$  60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев.

Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёвших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы,

	<p>статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.</p> <p>4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.</p> <p>5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.</p>
<p>ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9</p>	<p><b>Задача 2</b></p> <p>Пациентке Л. 58 лет, ИМТ=32, ОТ=100см, беспокоят эпизоды повышения АД до 160/90мм рт ст, боли в правом подреберье, сухость кожи, грибковое поражение ногтевых пластинок на пальцах нижних конечностей, кожный зуд, при обследовании сахар крови 6,8 ммоль/л, общий холестерин 7,0 ммоль/л, ЛПНП - 3,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, УЗИ брюшной полости – заключение: Стеатоз печени.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предварительный диагноз?</li> <li>2. Нужно ли проводить тест толерантности к глюкозе и суточное мониторирование АД?</li> <li>3. Являются выявленные патологические изменения коморбинными?</li> <li>4. Тактика лечения пациента</li> </ol> <p><b>Эталон ответов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ожирение 1 степень. Артериальная гипертензия 2 степень? Неалкогольная жировая болезнь печени. Нарушение гликемии натощак. Дислипидемия.</li> <li>2. Необходимо проведение теста нагрузки с глюкозой для возможного выявления СД 2 типа, при наличии возможности проведение СМАД для уточнения диагноза АГ.</li> <li>3. Данные патологические состояния являются коморбидными, учитывая наличие у пациентки абдоминального ожирения, АГ, нарушения углеводного обмена, дислипидемии, стеатоза печени – Метаболический синдром</li> </ol>

	<p>4. Снижение массы тела (рекомендации по снижению моносахаридов, жиров в пище, дозированная физическая нагрузка), гипотензивные препараты, метформин, возможно агонисты ГПП-1 для снижения массы тела и снижения сердечно-сосудистого риска, статины.</p>
<p>ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9</p>	<p><b>Задача 3</b> Пациент Л, 60 лет, был направлен на консультацию нефролога. Нефрологом выставлен диагноз: Сахарный диабет 2 тип. Целевой HbA1c &lt;8.0%. Диабетическая нефропатия. Нефротический синдром. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Гиперхолестеринемия. ХБП С3а А3. ХСН 2А, ФК 2.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дайте характеристику функции почек; какой показатель СКФ соответствует 3а стадии?</li> <li>2. Что означает стадия А3; охарактеризуйте её ?</li> <li>3. Дайте рекомендации по образу жизни.</li> <li>4. Какие липидмодифицирующие средства являются препаратами выбора ?</li> <li>5. Какие специалисты должны наблюдать этого пациента ?</li> <li>6. Оценить комбинированный риск сердечно-сосудистых событий и ТХПН у больного в зависимости от категории СКФ и альбуминурии?</li> <li>7. Укажите необходимую частоту контроля у больного СКФ и альбуминурии.</li> <li>8. Пациент настаивает на лечении в санатории. Каково ваше мнение о возможностях санаторно-курортного лечения ?</li> </ol> <p><b>Эталоны ответов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Функция почек умеренно сниженная; СКФ=45-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕР1).</li> <li>2. Стадию альбуминурии; «высокая и очень высокая альбуминурия» - суточная экскреция альбумина с мочой ≥300мг/сут; отношение Ал/Кр мочи ≥300мг/г (≥30 мг/ммоль).</li> <li>3. Избегать переохлаждений, не принимать лекарственные препараты (травы, БАДы) без назначения врача. Ограничение поваренной соли до 5 г/сут., жидкости до 2 л/сут.; ограничение легкоусвояемых углеводов, насыщенных жиров; малобелковая диета – 0,6 г белка на 1 кг массы тела в сутки.</li> <li>4. Препараты выбора – статины с минимальной почечной экскрецией – аторвастатин, флувастатин и питавастатин.</li> <li>5. Необходимо наблюдение терапевта, нефролога, кардиолога, эндокринолога.</li> <li>6. Очень высокий риск.</li> <li>7. Частота контроля СКФ и альбуминурии – 3 раза в год.</li> <li>8. Не рекомендовано лечение в санаторно-курортных условиях; больной имеет очень высокий сердечно - сосудистый риск, а доказательная база эффективности и безопасности СКЛ в данном случае отсутствует.</li> </ol>
<p>ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9</p>	<p><b>Задача 4</b> В поликлинику по месту жительства обратился больной С. 31 года с жалобами на сухость во рту, слабость, жажду, отеки на лице, голених, появление синяков на коже после незначительных ударов, трения, кровоточивость десен. Считает себя больным в течение последних 3-х месяцев, однако за медицинской помощью обратился впервые. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, множество экхимозов различной формы и давности. Лицо одутловатое. Отечность стоп и голеней. Десна рыхлые, легко кровоточат. В легких везикулярное дыхание Тоны сердца приглушены, ритм сердечной деятельности правильный. ЧСС-</p>

88 в минуту. ЧДЦ-20 в минуту. А/Д-140/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При обследовании:

В общем анализе крови - эритроцитов- $3.1 \times 10^{12}/л$ , НВ-89 г/л, ЦП-0.85, тромбоцитов- $200 \times 10^9/л$ , лейкоцитов- $8.0 \times 10^9/л$ : П-3, С-69, Л-23, М-5, СОЭ-28 мм/час Длительность кровотечения по Дюке-8 мин. Свертываемость по Мас-Магро-8 минут.

В общем анализе мочи — удельный вес-1003, белок 2.3 г/л, сахар — отрицательный, эритроцитов-5-8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры.

Биохимия крови: калий-5.8 ммоль/л, креатинин-1.3 ммоль/л, ПТИ-80%; рекальцификация-105".

**Вопросы:**

- 1) Предварительный диагноз и его обоснование.
- 2) Наметьте план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

**Эталон ответов:**

1) Острый гломерулонефрит, впервые выявленный. Нефротический, нефритический, отечный и геморрагический (петехиально-пятнистый тип) синдромы.

2) Диагностика мочевого синдрома: в общем анализе мочи протеинурия, гематурия (микро и макро «цвета мясных помоев»), цилиндрурия, иногда лейкоцитурия. Диагностика нефротического синдрома – суточная потеря белка более 3 г/сутки, гипопроteinемия (общий белок менее 60 г/л, альбумин менее 40 г/л), гиперлипидемия и гиперхолестеринемия. Оценка функционального состояния почек (выявление ХПН) - проба Зимницкого: при ухудшении функции уменьшение относительной плотности мочи ( $< 1012$ ), проба Реберга - снижение клубочковой фильтрации (менее 80 мл/мин), креатинин, мочевины крови: нормальные или увеличенные, электролиты крови: тенденция к снижению Na, Ca, увеличению K, P, Mg; КОС - развитие метаболического ацидоза (гломерулярного и канальцевого). Инструментальные методы обследования: внутривенная урография – исключение врожденной и урологической патологии; ультразвуковое исследование – исключение полостных и объемных образований; ренография – общая оценка функционального состояния почек; пункционная биопсия с использованием световой микроскопии (гемотоксилин-эозин, шик/рас, серебрение по джонсу и другие - masson, конго-рот и т.д.) , электронной микроскопией (позволяет точно определить расположение депозитов, обнаружить мелкие депозиты, выявить повреждение структуры мембран, клеток), иммунофлюоресцентным исследованием (используют обработанные флюоресценном ат к ig, компонентам с, альбумину, фибрину, каппа и лямбда-легким цепям ig. При наличии соответствующих аг – свечение, которое м.б. Линейное, гранулярное). Биопсия – основной метод морфологической диагностики гломерулонефрита. Дополнительно определение функции тромбоцитов – определение агрегации: спонтанной, индуцированной адф, ристомицином, коллагеном. Тромбоэластограмма.

3) При высокой активности гломерулонефрита всегда показана иммуносупрессивная терапия. Впервые возникший нефротический синдром, особенно без гематурии и гипертензии — всегда показание для лечения глюкокортикоидами. При быстро прогрессирующих формах нефрита (с быстрым нарастанием уровня креатинина) обязательно назначение иммунодепрессантов — большие дозы глюкокортикоидов и цитостатиков

	внутри и/или в виде “пульсов”. Плазмаферез – элиминация циркулирующих иммунных комплексов.
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	<p><b>Задача 5</b></p> <p>Больная, 41, наблюдалась у ревматолога с диагнозом ревматоидный артрит. Отменила базисную терапию. Через 1,5 месяца суставной болевой синдром возобновился. Самостоятельно купировал болевой синдром препаратом «Найз» (в среднем 4 таблетки в день). Через 6 дней от начала приема отметил появление острых болей в проекции эпигастрия, изжоги, дискомфорта в эпигастрии. Из анамнеза: пациентка курит.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз. Объясните механизм развития описанной симптоматики.</li> <li>2. Какую эндоскопическую картину ожидаем увидеть при обследовании данной пациентки</li> <li>3. Предложите рациональную фармакотерапию и профилактику в данном клиническом случае.</li> </ol> <p><b>Эталон ответов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВП- гастропатия. Подавление выработки простагландинов в слизистой оболочке ЖКТ на фоне приема НПВС привело к превалированию агрессивных факторов над гастропротективными и как следствие, повреждению слизистой оболочки желудка.</li> <li>2. При ФГДС возможно выявление отека, гиперемии слизистой желудка, появление эрозий и/или язвенных дефектов слизистой.</li> <li>3. Отмена препарата, консультация ревматолога с подбором базисной терапии. Назначение ИПП (омепразол 20 мг 2 раза в сутки, пантопрозол 20 мг 2 раза и др). Длительность приема ИПП — от 4 до 12 недель в зависимости от локализации и объема повреждения. Гастропротективная терапия (Ребамипид 300мг. в сутки, висмута трикалия дицитрат 480мг. в сутки), антациды (Альфакок, Гевискон и др.) Для профилактики НПВС-ассоциированной гастропатии рационально применять селективные НПВС в виде монотерапии или в сочетании с ИПП в зависимости от количества неизменяемых факторов риска НПВП-гастропатий.</li> </ol>

Код компетенции	Тема реферата (презентации)
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. История вопроса коморбидности</li> <li>2. Частота встречаемости коморбидных состояний в практике врача-терапевта</li> <li>3. Эффективность применения новых классов препаратов (блокаторы ренина, I<sub>f</sub> ингибиторы НУП и др) в лечении ХСН</li> <li>4. Артериальная гипертензия у беременных</li> <li>5. Роль висцерального ожирения в формировании коморбидной патологии</li> <li>6. Инсулинорезистентность – основное патогенетическое звено метаболического синдрома</li> <li>7. Маршрутизация пациентов с патологией почек на амбулаторном этапе.</li> <li>8. Коррекция медикаментозной терапии у пациентов, в зависимости от стадии хронической болезни почек.</li> <li>9. Особенности ведения пациентов с заболеванием суставов в пожилом возрасте</li> <li>10. Ведение пациентов с ревматическими болезнями, находящихся на гемодиализе</li> </ol>

<b>Код компетенции</b>	<b>Тема реферата (презентации)</b>
	11. Анемия хронических заболеваний и новая коронавирусная инфекция – причины, следствия, связи. 12. Геморрагический синдром при ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных гепатитах 13. Гастропротекция в кардиологической практике. 14. Симптоматические язвы у ревматологического пациента 15. Эффективность использования комбинированных лекарственных средств в лечении больных ХОБЛ с сопутствующими заболеваниями. 16. Современные аспекты лечения обострений ХОБЛ

## **7.2. Оценочные средства для промежуточного контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины (модуля)**

<b>Код компетенции</b>	<b>Тестовые вопросы</b>
ПК-3	1. КОМОРБИДНОСТЬ – ЭТО А) Правильного ответа нет Б) тоже самое, что и ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В) тоже самое, что и МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ Г) все ответы правильные
ПК-5	2. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВО В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С А) ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом) Б) нефропатией В) перенесенным инсультом Г) подагрой
ПК-3	3. ОСНОВОЙ ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СД2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ: А) увеличение висцеральной жировой ткани Б) инсулинорезистентность В) прогрессирование атеросклероза Г) все ответы правильные
ПК-5	4. К НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ: А) ингибиторы АПФ Б) нитраты В) селективные НПВС Г) активаторы коры почек
ПК-6	5. ОСНОВНЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ: А) гепатотоксичность, миелотоксичность Б) гипергликемия, миелопатия В) нефропатия, гиперурикемия Д) гиперхолестеринемия, тромбоцитоз
ПК-3	6. У ПАЦИЕНТА В КОАГУЛОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: АЧТВ 46 СЕК., ПРОТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ 25 СЕК., ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДЮКЕ 8 МИН., УРОВЕНЬ ТРОМБОЦИТОВ 35 ТЫС. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? А) Печеночная недостаточность (поздняя стадия) Б) Печеночная недостаточность (ранняя стадия) В) Врожденная афибриногенемия Г) ДВС-синдром

Код компетенции	Тестовые вопросы
ПК-3	<p>7. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) отсутствие хронического рецидивирующего течения  Б) локализация язвы  В) величина язвы  Г) кровотечение</p>
ПК-5	<p>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) желудочно-кишечные  Б) гепатотоксические  В) нефротоксические  Г) кожные</p>
ПК-3	<p>9. В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>А) повторные обострения бронхолегочной инфекции.  Б) лечение ингаляционными кортикостероидами в сочетании с длительно действующими В2-блокаторами.  В) тромбоз мелких ветвей легочной артерии.  Г) повышение внутригрудного давления.  Д) вторичный эритроцитоз.</p>
ПК 7	<p>10. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ СНИЖАЮТ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ?</p> <p>А) нитроглицерин.  Б) теофиллин.  В) дигоксин.  Г) верапамил.  Д) ипратропиума бромид.</p>
ПК-9	<p>11. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА:</p> <p>А) амплитуды SV1 + RV5 более 38 мм. Б. Отклонение ЭОС вправо.  Б) полная или неполная блокада правой ножки пучка Гиса.  В) высокий зубец Р во II и III стандартных отведениях.  Г) широкий зубец Р в I и II стандартных отведениях.</p>
ПК - 4	<p>12. ТРОМБОЦИТОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) уремии  Б) ВИЧ  В) хронической алкогольной интоксикации  Г) остром вирусном гепатите С</p>
ПК-3	<p>13. К ЯЗВАМ ЖЕЛУДКА И ДПК, ВОЗНИКАЮЩИМ НА ФОНЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯТ ЯЗВЫ У БОЛЬНЫХ С:</p> <p>А) гиперпаратиреозом  Б) сахарным диабетом  В) эндемическим зобом  Г) надпочечниковой недостаточностью</p>
ПК - 3	<p>14. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</p> <p>А) уровень ферритина в сыворотке крови  Б) показатель гемоглобина</p>



Код компетенции	Тестовые вопросы
	В) количество лейкоцитов Г) морфология эритроцитов
ПК-7	15. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АГ У МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ А) атеросклероза Б) фибромускулярной дисплазии В) опухоли почки Г) травмы почки

**Эталоны ответов – под буквой «А»**

Код компетенции	Ситуационные задачи
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9	<p><b>Задача 1</b></p> <p>Пациент А. 48 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.</p> <p>При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup> Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?</li> </ol>

Код компетенции	Ситуационные задачи
	<p><b>Эталон ответа</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.</li> <li>2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.</li> <li>3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевиная кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.</li> <li>4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).</li> <li>5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).</li> </ol>
<p>ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9</p>	<p><b>Задача 2</b></p> <p>Женщина 50 лет, ИМТ 30, ОТ 99см, беспокоит прибавка веса, отсутствие менструаций, эпизоды повышения АД до 150/100 мм рт ст., перебои в области сердца. Из обследований сахар крови 7,3 ммоль/л, общий холестерин 6,9 ммоль/л, ЛПНП - 3,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ТГ - 2,4 ммоль/л. Беспокоит при проведении УЗИ печени – жировой гепатоз. Провела исследование фиброскан печени – фиброз печени F3.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз?</li> <li>2. Нужно ли проводить тест толерантности к глюкозе?</li> <li>3. Как трактовать наличие фиброза печени?</li> <li>4. Тактика лечения</li> </ol> <p><b>Эталон ответа</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сахарный диабет 2 тип Целевой уровень гликированного гемоглобина 6,5%. АГ 2 стадия 2 степень? Дислипидемия. Ожирение 1 ст. НАЖБП (стадия фиброза F3).</li> <li>2. Нет, при сахаре крови 7 ммоль/л и выше - диагноз устанавливается СД 2 типа</li> <li>3. Наличие фиброза печени – прогрессирование НАЖБП, формирование сердечно-сосудистого риска</li> <li>4. Изменение образа жизни (снижение калоража питания, исключение моносахаридов, снижение животных жиров), назначение метформина 500мг-1000мг, для снижения сердечно-сосудистого риска, ожирения и терапии НАЖБП – агонист ГПП1-семаглутид. Назначение статинов, гипотензивной терапии.</li> </ol>

Код компетенции	Ситуационные задачи
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9	<p><b>Задача 3</b></p> <p>На амбулаторный прием участкового терапевта обратился мужчина 42 лет с жалобами на выраженную слабость, одышку при незначительной физической нагрузке. Данное ухудшение отмечается последние 2 недели. По данным медицинской карты амбулаторного больного выявлена ранняя смерть матери (в 40 лет), последние 3 года отмечается прогрессирующий рост уровня азотемии и анемии (последний анализ крови 6 месяцев назад: Гемоглобин 101 г/л, креатинин 320 мкмоль/л), по УЗИ выявлены множественные кисты почек.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, отеки нижних конечностей. Над легкими выслушивается ослабленное дыхание с множественными разнокалиберными хрипами. ЧДД 22 в минуту. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД - 170/100 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, умеренно чувствительная при пальпации. Живот мягкий при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.</li> <li>4. Опишите ожидаемые результаты обследования.</li> <li>5. Составьте план лечения пациента.</li> </ol> <p><b>Эталон ответа</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ХБП 5 стадии? Поликистоз почек. Артериальная гипертензия 3 ст, 3 ст, риск 4. Начинающийся отек легких.</li> <li>2. Рост азотемии, анемии, в анамнезе смерть матери в аналогичном возрасте, по УЗИ множественные кисты почек.</li> <li>3. ОАК, ОАМ, Б/х крови (мочевина, креатинин, сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общий белок, сахар, холестерин, билирубин, мочевая кислота, калий, кальций). Расчет СКФ.</li> <li>4. Снижение уровня эритроцитов и гемоглобина крови, увеличение показателя СОЭ, рост азотемии креатинин свыше 350 мкмоль/л, мочевина свыше 20 ммоль/л, снижение уровня железа, повышение уровня калия. СКФ ниже 15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.</li> <li>5. Направить пациента в комиссию по отбору на ЗПТ. Беседа о необходимости соблюдения режима и диеты. Бригадой СП транспортировать в стационар.</li> </ol>
ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9	<p><b>Задача 4</b></p> <p>Больная Ш., 40 лет, жалобы на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 2 года. Пользуется только противовоспалительными мазями, т.к. на прим НПВП (диклофенак, ацеклофенак, ибупрофен) - приступ бронхиальной астмы. При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты — <math>3,1 \cdot 10^{12}/л</math>, Hb — 106 г/л, лейкоциты — <math>9 \cdot 10^9 /л</math>, СОЭ — 50 мм/ч. РФ -325 Мед/мл Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, единичные эрозии в области проксимальных межфаланговых суставов.</p>

Код компетенции	Ситуационные задачи
	<p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Перечислите диагностические критерии заболевания.</li> <li>3. План обследования пациента.</li> <li>4. Назначьте лечение</li> </ol> <p><b>Эталон ответа</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ревматоидный артрит, серопозитивный, развернутая стадия, высокая степень активности (индекс DAS28), Pг стадия - эрозивная ФН. Бронхиальная астма?</li> <li>2. Диагностические критерии ревматоидного артрита у больной: утренняя скованность более 1 часа, поражение 3 и более суставов, поражение кистей, симметричность поражения, наличие ревматоидного фактора, рентгенологические признаки.</li> <li>3. Обследование на бронхиальную астму (кожные пробы, ИГ Е, спирография, проба с бронхолитическим препаратом; пульсоксиметрия)</li> <li>4. Короткий курс ГКС -преднизолон 15-10 мг в сутки на 3-4недели. т.к. НПВП - вызывают приступы обструкцию</li> </ol> <p>Базисные препараты: метотрексат подкожная форма 10 мг в неделю, с эскалацией дозы до 20-25 мг в неделю</p>
<p>ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9</p>	<p><b>Задача 5</b></p> <p>Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость.</p> <p>Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей.</p> <p>Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней. Клинический анализ крови: эритроциты - <math>6,0 \times 10^{11}/л</math>, Hb - 170 г/л, лейкоциты - <math>12,2 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.</p> <p>Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II, III, avF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях. Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм. При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II</p>

Код компетенции	Ситуационные задачи
	<p>степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.</li> <li>3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.</li> <li>4. Составьте план лечения данного больного.</li> </ol> <p><b>Эталон ответа</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ХОБЛ, стадия требует уточнения, фаза обострение. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).</li> <li>2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной гипертензии.</li> <li>3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.</li> <li>4. Кислородотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атровент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.</li> </ol>

## 8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### Основная литература (О.Л.)

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 888 с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433492.html>

2. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования / ред. Ю. И. Гринштейн. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 224 с.: ил. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411629.html>

3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни: учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433355.html>

### Дополнительная литература (ДЛ).

1. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням [Текст] / под ред. Ф. И. Белялова. - 11-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 416 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста). -

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460405.html>

2. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. - 12-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 560 с. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463604.html>

### Перечень электронных информационных ресурсов библиотеки ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

№ п/п	Наименование ресурса	Лицензиар (провайдер, разработчик)	Адрес доступа	№ договора	Период использования	Число эл. документов в БД
1	Справочно-информационная система «MedBaseGeotar»	ООО «Консультант студента»	<a href="https://mbasegeotar.ru/">https://mbasegeotar.ru/</a>	Лицензионный договор №4240016 от 27.04.2024	21.04.2024 – 26.04.2025	9786 назв.
2	«Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВО	ООО «Консультант студента»	<a href="https://www.studentlibrary.ru/">https://www.studentlibrary.ru/</a>	Лицензионный договор №4240012 от 11.04.2024	21.04.2024 – 20.04.2025	4157 назв.
3	«Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для СПО	ООО «Консультант студента»	<a href="https://www.studentlibrary.ru/">https://www.studentlibrary.ru/</a>	Лицензионный договор № 15240007 от 25.01.2024	01.02.2024 – 01.02.2025	1427 назв.
4	«Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU»	ООО «НЭБ»	<a href="https://www.elabrar.ru">https://www.elabrar.ru</a>	Лицензионный договор № 10240012 от 01.02.2023	01.02.2024-01.02.2025	19 назв. + архив (более 5500 назв.)
5	Информационно-аналитическая	ООО «НЭБ»	<a href="https://www.elabrar.ru">https://www.elabrar.ru</a>	Лицензионный договор №	12.12.2023 – 31.12.2024	-

	система SCIENCE INDEX			4230140 От 12.12.2023		
6	ЭБС Лань. Консорциум СЭБ	ООО «ЭБС Лань»	<a href="https://e.lanbook.com">https://e.lanbook.com</a>	Договор №8220021 от 28.03.2022	28.03.2022 – 31.12.2026	5150 назв.
7	ИВИС информационные услуги	ООО «ИВИС»	<a href="https://eivis.ru/browse/udb/12">https://eivis.ru/browse/udb/12</a>	Лицензионный договор № 15230096 от 29.12.2023	01.01.2024 – 28.02.2025	29 назв.+ архив
8	Образовательная платформа «Юрайт»	ООО «ЭИ ЮРАЙТ»	<a href="https://urait.ru/">https://urait.ru/</a>	Лицензионный договор №10230101	01.05.2023 – 01.05.2024	49 назв.
9	Коллекция "Медицина - Издательство Лань" ЭБС ЛАНЬ.	ООО "Издательство о ЛАНЬ"	<a href="https://e.lanbook.com">https://e.lanbook.com</a>	Лицензионный договор №10240111 от 30 мая 2024	31.05.2024-01.06.2025	373 назв.

### Дополнительные электронные информационные ресурсы

1. Клинические рекомендации МЗ РФ. Артериальная гипертензия у взрослых (2020г) <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/687> или <https://library.mededtech.ru/rest/documents/КР62/>

2. Клинические рекомендации МЗ РФ. Хроническая сердечная недостаточность (2020г). Режим доступа - [https://library.mededtech.ru/rest/documents/134\\_2020/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/134_2020/)

3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Стабильная ишемическая болезнь сердца (2020г). Режим доступа - [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/155\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/155_1)

4. Клинические рекомендации МЗ РФ. Хроническая болезнь почек (ХБП) (2021). Режим доступа - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469>

5. Клинические рекомендации МЗ РФ по диагностике и лечению ревматических заболеваний (Рубрикатор клинических рекомендаций <https://cr.minzdrav.gov.ru/>)

6. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 10-й выпуск (дополненный). – М.; 2021. DOI: 10.14341/DM12802

7. Клинические рекомендации МЗ РФ. Ожирение (2020). Режим доступа - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/28>

8. Клинические рекомендации МЗ РФ. Анемия при хронической болезни почек (2020г). Режим доступа - [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/623\\_4](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/623_4)

9. Клинические рекомендации МЗ РФ. Анемия при злокачественных новообразованиях (2020г). Режим доступа - [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/624\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/624_1)

10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивноязвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами (2014г). Режим доступа - [http://old-gastro-j.ru/files/\\_6\\_2014\\_s13\\_1419342110.pdf](http://old-gastro-j.ru/files/_6_2014_s13_1419342110.pdf)

11. Клинические рекомендации МЗ. РФ. Хроническая обструктивная болезнь легких (2020). Режим доступа - [https://spulmo.ru/upload/federal\\_klinicheskie\\_rekomendaciy\\_hobl.pdf](https://spulmo.ru/upload/federal_klinicheskie_rekomendaciy_hobl.pdf)

#### **Электронные версии журналов:**

«Consiliummedicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>  
«Вестник доказательной медицины» <http://www.evidence-update.ru/>  
«Врач» - <http://www.rusvrach.ru/journals/vrach>  
«Гематология и трансфузиология» - <http://www.medlit.ru/medrus/gemat.htm>  
«Доказательная кардиология» - <http://www.mediasphera.ru/journals/dokcard>  
«Проблемы эндокринологии» - <http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm>  
«Пульмонология» - <http://www.consilium-medicum.com/media/pulmo>  
«Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» - <http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html>  
«Русский медицинский журнал» - <http://www.rmj.ru>  
«Трудный пациент» - <http://www.t-pacient.ru>  
«Фарматека» - <http://www.pharmateca.ru>  
«Научно-практическая ревматология» - <https://rsp.mediar-press.net/rsp>  
«Современная ревматология» - <https://mrj.ima-press.net/mrj>

#### **Методические указания**

1. Методические указания по дисциплине «Коморбидные состояния в практике терапевта» для студентов 6 курса лечебного факультета.

#### **Методические рекомендации**

1. Методические рекомендации для преподавателей по дисциплине «Коморбидные состояния в практике терапевта».



### Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

№ п/п	Номер /индекс компетенции	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий с перечнем основного оборудования	*Юридический адрес учебной базы в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности
1.	ПК-3	<p>Специальные помещения:  <i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</i>                      Программное обеспечение: программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: 20 м<sup>2</sup>, стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Учебная комната № 1: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната № 2: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер</p> <p>Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.</p>	<p>г. Тюмень,                      ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ»,                      учебный корпус № 2</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2»,                      г. Тюмень,                      ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2»,                      г. Тюмень,                      ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУ ТО «Областная клиническая больница № 1»                      г. Тюмень, ул. Энергетиков, 26</p> <p>ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА»,                      пгт. Мыс, ул. Беляева, 1                      г. Тюмень,</p> <p>625039, Тюменская область,                      город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75,                      строение 8, 1 этаж, №5</p>

2	ПК-4	<p>Специальные помещения:  <i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</i></p> <p>Программное обеспечение:          программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Учебная комната № 1: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната № 2: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер</p> <p>Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.</p>	<p>г. Тюмень,          ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ»,          учебный корпус № 2</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиникальная больница №2»,          г. Тюмень,          ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиникальная больница №2»,          г. Тюмень,          ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУ ТО «Областная клиникальная больница № 1»          г. Тюмень, ул. Энергетиков,          26</p> <p>ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА»,          пгт. Мыс, ул. Беяева, 1          г. Тюмень,</p> <p>625039, Тюменская область,          город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75,          строение 8, 1 этаж, №5</p>
3	ПК-5	<p>Специальные помещения:  <i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по</i></p>	<p>г. Тюмень,          ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ»,          учебный корпус № 2</p>

		<p>дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Программное обеспечение: программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: 20 м<sup>2</sup>, стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Учебная комната № 1: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната № 2: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер</p> <p>Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.</p>	<p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень, ул. Энергетиков, 26</p> <p>ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА», пгт. Мыс, ул. Беляева, 1 г. Тюмень,</p> <p>625039, Тюменская область, город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75, строение 8, 1 этаж, №5</p>
4	ПК-6	<p>Специальные помещения:</p> <p><i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</i></p> <p>Программное обеспечение: программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других</p>	<p>г. Тюмень, ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», учебный корпус № 2</p>

		<p>учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: 20 м<sup>2</sup>, стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Учебная комната № 1: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната № 2: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер</p> <p>Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.</p>	<p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень, ул. Энергетиков, 26</p> <p>ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА», пгт. Мыс, ул. Беяева, 1 г. Тюмень,</p> <p>625039, Тюменская область, город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75, строение 8, 1 этаж, №5</p>
5	ПК-7	<p>Специальные помещения: <i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</i></p> <p>Программное обеспечение: программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: 20 м<sup>2</sup>, стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный про-</p>	<p>г. Тюмень, ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», учебный корпус № 2</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p>

		<p>ектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p> <p>Учебная комната № 1: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната № 2: 13 м<sup>2</sup>, стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер</p> <p>Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.</p>	<p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень, ул. Энергетиков, 26</p> <p>ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА», пгт. Мыс, ул. Беляева, 1 г. Тюмень,</p> <p>625039, Тюменская область, город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75, строение 8, 1 этаж, №5</p>
6.	ПК-9	<p>Специальные помещения: <i>Учебная аудитория корпуса № 2 для проведения занятий лекционного типа на 250 рабочих мест, площадью 320 м<sup>2</sup>, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья), интерактивная доска, оборудованием для презентации учебного материала по дисциплине: мультимедийный проектор, компьютер.</i></p> <p>Программное обеспечение: программа, обеспечивающая воспроизведение видео VLC Player; программа для создания и демонстрации презентаций, иллюстраций и других учебных материалов: Microsoft Power Point.</p> <p>Учебная комната №1: 20 м<sup>2</sup>, стул ученический – 30, стол для преподавателя, 12 столов для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером</p> <p>Учебная комната №2: стул – 30 шт., стол для преподавателя, стол – 12 шт., учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер.</p>	<p>г. Тюмень, ул. Одесская, 54, ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ», учебный корпус № 2</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p>

	Учебная комната № 1: 13 м <sup>2</sup> , стул ученический – 15, стол для преподавателя, три стола для студентов, учебная доска, мультимедийный проектор с компьютером	ГБУ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень, ул. Энергетиков, 26
	Учебная комната № 2: 13 м <sup>2</sup> , стул ученический – 15, восемь столов для студентов, стол для преподавателя, учебная доска, мультимедийный проектор, компьютер	ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА», пгт. Мыс, ул. Беяева, 1 г. Тюмень,
	Симуляционный класс: Манекен-симулятор. Тренажер. Манекен.	625039, Тюменская область, город Тюмень, улица Мельникайте, дом 75, строение 8, 1 этаж, №5

### Перечень лицензионного программного обеспечения

1. СЭО ЗКЛ Русский Moodle;
2. Антиплагиат;
3. Антивирусное программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security для бизнеса;
4. Программный продукт «1С: Университет ПРОФ»;
5. MS Office Professional Plus, Версия 2010;
6. MS Office Standard, Версия 2013;
7. MS Windows Professional, Версия XP;
8. MS Windows Professional, Версия 7;
9. MS Windows Professional, Версия 8;
10. MS Windows Professional, Версия 10;
11. Программный продукт «1С: Управление учебным центром»;
12. MS Office Professional Plus, Версия 2013;
13. MS Windows Remote Desktop Services - Device CAL, Версия 2012;
14. MS Windows Server - Device CAL, Версия 2012;
15. MS Windows Server Standard, Версия 2012;
16. MS Exchange Server Standard, Версия 2013;
17. MS Exchange Server Standard CAL - Device CAL, Версия 2013;
18. Kaspersky Security для виртуальных сред, Server Russian Edition;
19. MS Windows Server Standard - Device CAL, Версия 2013 R2;
20. MS SQL Server Standard Core, Версия 2016;
21. System Center Configuration Manager Client ML, Версия 16.06;
22. Программа для ЭВМ Statistica Ultimate Academic 13 сетевая на 5 пользователей;
23. 1С:Документооборот государственного учреждения 8.