

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании Методического Совета
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
«2» апреля 2018г., протокол № 51
Проректор по учебной работе,
председатель Методического Совета
профессор Яременко А.И.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дисциплины по выбору:

**«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ.
ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ:
РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ
РАБОТОДАТЕЛЕЙ»**

для специальности 31.05.01 Лечебное дело

Факультет лечебный

Кафедра Неврологии и мануальной медицины ФПО.

Кафедра Клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины

Санкт-Петербург
2018

Версия 1 от 05.03.2018г.

Рабочая программа составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело (уровень специалитета)», приказ № 95 Минобрнауки от 09.02.2016

Рабочая программа обсуждена на совместном заседании кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО и кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины «01» марта 2018г., протокол № 7

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО
д.м.н., профессор _____ Баранцевич Е.Р.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной
медицины
д.м.н., профессор _____ Эмануэль В.Л.

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией по терапии
«05» марта 2018 г., протокол № 110.

Председатель цикловой методической комиссии

д.м.н., профессор _____ В.И.Трофимов

Секретарь ЦМК, доцент _____ Ж.С.Савицкая

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи дисциплины	4
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине	4
3. Место дисциплины в структуре образовательной программы	5
4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся	5
5. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий	6
5.1.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины	6
5.1.2. Хронотаблица одного аудиторного занятия (контактная работа) по дисциплине	7
5.2. Содержание по темам (разделам) дисциплины	7
6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	10
6.1. Основная литература	10
6.2. Дополнительная литература	11
7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине	11
7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)	11
7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания	12
7.2.1. Схема проведения промежуточной аттестации по дисциплине	14
7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности	14
7.3.1. Вопросы для подготовки к собеседованию	14
7.3.2. Кейс-задания	18
7.3.3. Тесты	18
7.3.4. Ситуационные задачи (клинические наблюдения)	26
7.3.5. Список вопросов к зачёту	35
7.3.6. Пример билета для практикоориентированной части зачета	38
7.4. Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	40
7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности	40
8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины	40
9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	41
9.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете	41
9.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины	41
9.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины	41
9.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям	42
10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем	46
11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине	46
Приложение 1. Балльно-рейтинговая система (БРС) к рабочей программе	48

1. Цели и задачи дисциплины

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»

1.1. Цели преподавания дисциплины

- формирование у обучающихся компетенций успешного трудоустройства и адаптации к современному рынку труда;
- создание условий для стратегического развития кадрового потенциала Университета;
- закрепление теоретических знаний и практических навыков ведения пациента с заболеваниями нервной системы (и неврологическими проявлениями соматической патологии) для врача терапевта-участкового;
- закрепление практических навыков рационального применения лабораторных алгоритмов в клинической практике.

1.2. Задачи дисциплины

- формирование у обучающихся навыков эффективного трудоустройства: поиска вакансий и работодателей, составления резюме, результативного прохождения собеседования;
- закрепление навыков неврологического осмотра и методов исследования нервной системы (двигательной, чувствительной системы, черепных нервов, вегетативной системы);
- закрепление навыков диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний нервной системы на основе выявленных симптомов и синдромов;
- формирование у обучающихся навыков выбора методов исследования при конкретных патологических состояниях с учетом вида и свойств биоматериала, этапа медицинской помощи в современной структуре учреждений здравоохранения и информативности современных лабораторных технологий (чувствительность, специфичность и допустимая вариация методов).

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»

Процесс изучения направлен на формирование следующих компетенций:

а) общекультурных (ОК):

Выпускник программы специалитета должен обладать следующими **общекультурными компетенциями (ОК):**

- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);
- готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5).

б) профессиональных (ПК):

Выпускник программы специалитета должен обладать следующими

общепрофессиональными компетенциями (ОПК):

- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);

- способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач с учётом отражения лабораторными данными объективных характеристик состояния органов и систем, а также интегральных параметров состояния здоровья (ОПК-9);
- способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2);
- 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 (ПК-5);
- способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»

Дисциплина предназначена для студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело». Изучается на 6 курсе (12 семестр).

Междисциплинарный характер тематики способствует развитию мировоззрения, направленного на профилактику заболеваний, мобилизацию интеллектуального потенциала и развитие общей эрудиции при формировании компетенции в профессиональной деятельности.

Результат лечебно-диагностической работы учреждений здравоохранения в значительной мере определяется методическими возможностями и качеством проведения лабораторной диагностики, которая включает разнообразные методы клинической биохимии, иммунохимии, цитологии, молекулярной биологии и т.д.

Процесс обучения студентов проводится на клинической базе кафедр:

- Клиника научно-клинического исследовательского центра. Клиника НИИ неврологии, неврологическое отделение №2;
- Отделение лабораторной диагностики Университета.

На этой основе обеспечивается мощная лабораторная база с химико-микроскопическими, гематологическими, биохимическими, иммунологическими, гемостазиологическими методами исследования, а также возможность курации пациентов с различной неврологической патологией.

Формой проверки знаний являются опросы (собеседование), тестовые контроли, проверка ситуационных задач (клинических наблюдений), защита доклада (реферата), выполнение кейсовых заданий проводимые после освоения разделов программы.

4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся

Вид учебной работы	Всего часов/зачетных единиц	Семестры
		12
Аудиторные занятия (всего)	24	24
<i>В том числе:</i>		

Практические занятия (ПЗ)	24	24
Самостоятельная работа (всего)	12	12
Вид промежуточной аттестации	Зачет	Зачет
Общая трудоемкость часы	36	36
Зачетные единицы	1	1

5. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

5.1.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»

Наименование темы (раздела)	Контактная работа, академические часы	Самостоятельная работа, академические часы	Всего
	Практические занятия		
Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления у пациентов амбулаторного звена. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий у пациентов амбулаторного звена.	6	3	9
Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований. Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.	6	3	9
Теория и практика развития когнитивных функций. Методики составления грамотного резюме и прохождения эффективного собеседования. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом - современные подходы в диагностике и лечению.	6	3	9
Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа - вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики. На приеме у врача-терапевта участкового»:	6	3	9

коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.			
Итого	24	12	36

5.1.2. Хронотаблица одного аудиторного занятия (контактная работа) по дисциплине

№ п/п	Последовательность проведения занятия (примерная схема)	Время аудиторной работы, минут
1	Контроль исходного уровня знаний студентов	20
2	Разбор темы (практического применения метода), обсуждение сложных вопросов, особенностей метода и т.п.	120
3	Выполнение практических работ, обучение навыкам.	60
4	Контроль выполнения практического задания, обсуждение, выводы	60
5	Заключение, задание для самоподготовки	10
	Всего	270 (6 академических часов)

5.2. Содержание по темам (разделам) дисциплины.

№ п/п	Название раздела ФГОС	Содержание раздела	Формируемые компетенции
1.	Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления у пациентов амбулаторного звена. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий у пациентов амбулаторного звена.	Лабораторные методы оценки воспаления при острых и хронических процессах; при бактериальной и вирусной инфекции, при травмах. Алгоритмы лабораторного обследования при разных формах анемий с использованием возможностей современных гематологических анализаторов.	- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (лабораторные данные отражают объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья) ОПК-9; - способность к проведению диспансеризации, основой диспансеризации является выявление, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных

			<p>симптомов и синдромов (ПК-2);</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (ПК-5);
2.	<p>Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований. Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.</p>	<p>Биоматериалы и методы исследований. Доаналитический этап лабораторных исследований. Скрининг и развернутое исследование гемостаза, лабораторные подходы к мониторингу антитромботической терапии.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (лабораторные данные отражают объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья) ОПК-9; - способность к проведению диспансеризации, основой диспансеризации является выявление, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2); - 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 (ПК-5);
3.	<p>Теория и практика развития когнитивных функций. Методики составления грамотного резюме; прохождения эффективного собеседования-</p>	<p>Понятие резюме, ключевые составляющие, основные правила и принципы разработки и содержательного наполнения резюме. Понятие и виды собеседования, рекомендации по</p>	<ul style="list-style-type: none"> - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной

	<p>ния. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом: современные подходы в диагностике и лечению.</p>	<p>его прохождению для эффективного трудоустройства. Основные составляющие высших мозговых функций и методы их развития. Коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом - дифференциальный диагноз между болезнью Паркинсона, мультисистемной атрофией, прогрессирующим надъядерным параличом, сосудистым паркинсонизмом, тактика терапии.</p>	<p>безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (лабораторные данные отражают объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья) ОПК-9; - способность к проведению диспансеризации, основой диспансеризации является выявление, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2); - 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 (ПК-5); - способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).</p>
<p>4.</p>	<p>Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа: вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилакти-</p>	<p>Коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией (инсульт, хроническая ишемия мозга), гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа - лабораторный контроль за антигипертензивной, антитромбоцитарной, липидснижающей и гипогликемической терапией. Первичная и вторичная</p>	<p>- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (лабораторные данные отражают объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья) ОПК-9; - способность к проведению диспансеризации, основой диспансеризации является выявление, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных</p>

	<p>ки. На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - «красные» и «желтые» флажки, кого необходимо обследовать, тактика терапии.</p>	<p>профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - «красные» и «желтые» флажки, кого необходимо обследовать, тактика терапии.</p>	<p>симптомов и синдромов (ПК-2); - 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 (ПК-5); - способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).</p>
--	---	---	---

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся.

6.1. Основная литература:

1. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента).
- Никифоров А.С., Гусев Е.И. «Общая неврология»: ГЭОТАР-Медиа, 2013, (консультант студента).
2. Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик НТ).
3. Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга : руководство для врачей / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 344 с. : ил. (консультант студента).
4. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с: ил. (консультант студента).

6.2. Дополнительная литература:

1. Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс-информ 2004, 551с.:ил., таб. — 104 экз.
2. Борисова Е.О., Лечение паркинсонизма и болезни Паркинсона [Электронный ресурс] / Е.О. Борисова, П.Н. Власов, Н.Б. Сидоренкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Болезнь Ниманна-Пика тип С : методическое пособие. - 2-е изд., испр. и доп. / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 48 с (консультант студента).
4. Гипергомоцистеинемия в клинической практике: руководство / В. С. Ефимов, Л. А. Озолия, А. З. Кашежева, О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 80 с (консультант студента).
5. Хронические сосудистые заболевания головного мозга : дисциркуляторная энцефалопатия : руководство для врачей / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шапаронова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 272 с. : ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). (консультант студента).

6. Церебральный инсульт. Нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения: атлас исследований. Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. 2012. - 152 с.: ил. (консультант студента).
7. Эмануэль Ю.В., Эмануэль Т.С. Под ред. Волосниковой Т.В. и Потапчук А.А. «РазБег – РАЗВИТИЕ БЕЗ ГРАНИЦ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ». Пособие - СПб.: Коста, 2014. - 88 с. – 22 экз.

7. Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся по дисциплине.

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код компетенции по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочного средства, академические часы
1	Тема (раздел) 1 Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления у пациентов амбулаторного звена. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий у пациентов амбулаторного звена.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5.	Собеседование 0,3 Проверка ситуационных задач - 0,3 Тест (первый этап зачета) Всего за тему 0,6 акад.ч. за 1 уч. день.
2	Тема (раздел) 2 Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований. Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5.	Собеседование 0,5 Проверка ситуационных задач - 1,0 Тест (первый этап зачета) Всего за тему 1,5 акад.ч. за 1 уч. день.
3	Тема (раздел) 3 Теория и практика развития когнитивных функций. Методики составления грамотного резюме; прохождения эффективного собеседования. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом: современные подходы в диагностике и лечению.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5, 6.	Собеседование 0,5 Проверка ситуационных задач - 1,0 Кейс-задание – 0,5 Всего за тему 2,0 акад.ч. за 1 уч. день.

4	<p>Тема (раздел) 4 Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа: вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики. На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.</p>	<p>ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5, 6.</p>	<p>Собеседование 0,5 Проверка ситуационных задач - 1.0 Тест (первый этап зачета) Всего за тему 1,5 акад.ч. за 1 уч. день.</p>

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	<p>Первая часть зачета. Система стандартизированных заданий (тестов) в системе academic NT (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем и заданий, определяющих уровень</p>	<p>Набор стандартизированных заданий (тестов): всего три теста, которые оцениваются отдельно. По неврологии 1 тест. По лабораторной диагностике 2 теста (базовый и итоговый)</p>	<p>Шкала оценивания электронного тестирования: от 0 до 69,9 % – 0 баллов, неудовлетворительно; от 70 до 79,9% – 6 баллов, удовлетворительно; от 80 до 89,9% –8 баллов, хорошо; от 90 до 100% –10 баллов, отлично; всего три теста: 18-30 баллов, зачтено.</p>

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
	теоретических знаний).		
2	Вторая часть зачета. Выполнение обучающимися практико- ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно).	Решение ситуационной задачи. Демонстрация практического навыка, умения. Задания для зачета сформированные в билет.	<i>Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:</i> 8 - 10 баллов: выявленная проблема полностью соответствует условиям, обозначенным в задаче; студент определил все данные, необходимые для решения задачи, в случае их недостаточности осуществил самостоятельный поиск информации; этапы решения задачи последовательны, нет ошибок в решении; предложены несколько способов решения, но выбран наиболее рациональный, что аргументировано студентом; ответ полный и правильный; 5-7 баллов: проблема, обозначенная в задаче, выявлена, но не в полной мере соответствует условиям, представленным в задаче; студент использует все данные, которые приведены в содержании задачи, но в случае их недостаточности не осуществил поиск необходимой информации; предложен один способ решения, выбор аргументирован; этапы решения задачи последовательны, но допущены ошибки в решении; ответ правильный, но не полный; 2-4 баллов: проблема, обозначенная в задаче, выявлена, но не в полной мере, не соответствует условиям, представленным в задаче; студент использует не все данные, которые приведены в содержании задачи, и не осуществил поиск необходимой информации; предложен один способ решения, выбор не аргументирован; этапы решения задачи не последовательны,

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
			допущены ошибки в решении; ответ правильный, но не полный; 0 баллов: проблема выявлена неверно; данных, необходимых для решения задачи, недостаточно; последовательность этапов и путь решения задачи неверный; не предлагается способа решения задачи; ответ неправильный или не точный. Баллы выставляются в соответствии с БРС.
3	Итоговый рейтинг	Итоговая оценка за зачет выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся (оценки теоретических знаний) и выполнения ими практико-ориентированной части зачета. Итоговая оценка, как рейтинг видов образовательной деятельности обучающихся по направлениям подготовки 06.01.01 Лечебное дело по дисциплине «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ», представлен в Приложении 1.	

7.2.1. Схема проведения промежуточной аттестации по дисциплине.

Оrientировочная схема проведения промежуточной аттестации (зачета) по дисциплине		
N п/п	Вид задания	Баллов по БРС
1	Тестовое задание	0-30 баллов
2	Выполнение практического задания – решение ситуационной задачи.	0-10 баллов
3	Баллов за промежуточную аттестацию	0-40 баллов

7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности.

7.3.1. Вопросы для подготовки к собеседованию.

ТЕМА 1. Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления у пациентов амбулаторного

звена. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий у пациентов амбулаторного звена.

- Роль определения уровня прокальцитонина и пресепсина в крови для оценки степени воспалительной реакции и диагностики сепсиса.
- Возможные причины увеличения уровня прокальцитонина в крови у пациентов без клинических проявлений сепсиса.
- Диагностическая специфичность увеличения уровня прокальцитонина в крови у пациентов для диагностики сепсиса
- Роль увеличения уровня высокочувствительного СРБ в оценке сердечно-сосудистого риска.
- Диагностическая специфичность увеличения уровня высокочувствительного СРБ в крови для диагностики активности атеросклеротического процесса.
- Роль изменения уровня альфа₂ макроглобулина в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени.
- Роль изменения уровня гаптоглобина в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени и при гемолизе.
- Роль изменения уровня фибриногена в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени и при нарушениях гемостаза.
- Лейкимоидная реакция и методы дифференциальной диагностики с онкогематологическими заболеваниями.
- Показатели автоматического гематологического анализатора: средний объем эритроцита, среднее содержание гемоглобина в эритроците, средняя концентрация гемоглобина в эритроците, средний объем тромбоцита, тромбокрит: возможности для интерпретации результатов теста.
- Показатели количественных и качественных изменений показателей автоматического гематологического анализа у пациентов при реактивных состояниях.
- Показатели количественных и качественных изменений показателей автоматического гематологического анализа у пациентов при гематологических заболеваниях.
- Роль увеличения уровня ферритина крови у пациентов с воспалительной реакцией.
- Диагностическая чувствительность увеличения уровня ферритина крови у пациентов с анемиями хронических заболеваний.
- Причины невосполнительного повышения СОЭ.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с железodefицитной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с мегалобластной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с гемолитической анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с серповидно-клеточной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с анемией хронического заболевания при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с почечной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Микроальбуминурия при патологии почек и при сердечно-сосудистых

ТЕМА 2. Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований.

- Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.
- Значение преаналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.
- Значение аналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.
- Значение постаналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.

- Основные особенности преаналитического этапа для биохимического исследования крови.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования иммунологического крови.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на уровень пролактина.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на уровень АКТГ.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на липидный спектр.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на клинический анализ.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования утренней мочи.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования суточной мочи.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования слюны.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования фекалий.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования фекального кальпротектина.
- Показатели для скринингового исследования гемостаза.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на ДВС-синдром.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на АФС-синдром.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на тромбофилию.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на гемофилию.
- Схемы лечения тромбоза глубоких вен, тромбоэмболических осложнений.
- Формирование алгоритмов лабораторной диагностики и мониторинга системы гемостаза при кровотечении.
- Формирование алгоритмов лабораторной диагностики и мониторинга системы гемостаза при тромбозе.

ТЕМА 3. Теория и практика развития когнитивных функций. Методики составления грамотного резюме; прохождения эффективного собеседования.

Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом - современные подходы в диагностике и лечению.

- Методики составления грамотного резюме.
- Технологии прохождения эффективного собеседования.
- Понятие и структурные блоки резюме: содержательное наполнение основных разделов резюме, особенности оформления документа.
- Собеседование: основные этапы прохождения собеседования.
- Основы эффективного поведения на собеседовании.
- Типичные вопросы для выяснения потребности работодателя.
- Невербальные сигналы на собеседовании.
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с

поражением лобной доли доминантного полушария?

- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением лобной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением теменной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением теменной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением височной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением височной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением затылочной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением затылочной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением зон «перекрытия» корковых концов анализаторов: область теменно-височно-затылочного стыка, премоторная и префронтальная области?
- Основные причины возникновения синдрома паркинсонизма.
- Болезнь Паркинсона: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Мультисистемная атрофия: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Прогрессирующий надъядерный паралич: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Сосудистый паркинсонизм: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Болезнь Ниманна-Пика типа С : критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.

Тема 4 Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа - вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.

- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и гипертонической болезнью. и сахарным диабетом 2 типа.
- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.
- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и сахарным диабетом 2 типа.
- Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта.
- Роль поражения белого вещества головного мозга при цереброваскулярной болезни, особенно на фоне артериальной гипертензии, васкулита и сахарного диабета.
- Пациент с болезнью Фабри: как заподозрить болезнь, маршрутизация пациента.
- Поздние наследственные лейкоэнцефалопатии.
- Факторы, приводящие к возникновению хронической мигрени, меры профилактики.

- Таргетная терапия при лечении первичных головных болей.
- Дифференциальный диагноз и лечение цервикокраниалгий.
- Дифференциальный диагноз и лечение орофациальных болей.
- Выбор тактики терапии мигрени у коморбидного пациента с гипертонической болезнью, лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии мигрени у коморбидного пациента с ожирением и ИБС; лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии цервикокраниалгий у коморбидного пациента с гипертонической болезнью; лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии цервикокраниалгий у коморбидного пациента с ожирением и ИБС; лабораторный контроль за проводимым лечением.

7.3.2. Кейс-задания.

Тема 3

1. Составить собственное резюме и сопроводительное письмо.
2. Составить список вакансий по предполагаемой специальности.
3. Составить список сайтов, на которых отражены вакансии по предполагаемой специальности.
4. Сделать интеллект-карту по выбранной теме.

Кейс-задания готовятся студентами на основе пройденного на занятии материала с использованием основной и дополнительной учебной литературы, научной периодической литературы и по результатам поиска в ресурсах интернета. Работы представляются и обсуждаются на занятии.

7.3.3. Тесты

Тестирование в системе academicNT

Базовый тест (темы 1-2)

№1

К маркерам инфаркта миокарда не относят: А. NT-pro-BNP (натрийуретический пептид).
Б. тропонин I. В. тропонин T. Г. АСТ. Д. КФК-МБ

№2

Контроль за антогонистами витамина К можно осуществлять определением:
А. % протромбина по Квику. Б. международного нормализованного отношения.
В. протромбинового индекса. Г. протромбинового времени

№3

Мужчина 50 лет с болями в груди после тяжелой работы на даче поступил в стационар на 6-е сутки. Какие лабораторные маркеры необходимо исследовать? А. тропонин.
Б. миоглобин, КФК МБ, тропонин. В. АСТ, КФК. Г. миоглобин, тропонин

№ 4

Среднее время нахождения тропонинов в сыворотке крови
А. до 15 суток
Б. до 2-х суток
В. не более 72-х часов
Г. не более 24-х часов

№ 5

В сопроводительном бланке к материалу, поступающему и в лабораторию, должно быть указано следующее, кроме:

- А. Фамилия, И.О. больного (№ истории болезни)
- Б. вид исследования
- В. предполагаемый диагноз
- Д. возраст больного
- Е. метод исследования

№ 6

Отношение активности АСТ/АЛТ (коэффициент Де-Ритис) снижается при:

- А. острым и персистирующем вирусном гепатите
- Б. инфекционном мононуклеозе
- В. внутрипеченочном холестазае
- Г. тяжелой жировой дистрофии печени
- Д. токсическое поражение печени

№ 7

Стойкое увеличение антистрептолизина О свидетельствует о:

- А. Ревматизме
- Б. ревматоидном артрите
- В. болезни Бехтерева

№ 8

При рожистом воспалении ожидаем увеличение:

- А стрептолизина О, альфа2 макроглобулина
- Б. аполипротеина В, альфа2 макроглобулина

№ 9

Не сопровождаются гипопротеемией:

- А. заболевания печени
- Б. миеломная болезнь
- В. заболевания почек
- Г. гастроэнтеропатии

№ 10

Повышение мочевины и креатинина крови, диспротеинемия с относительным увеличением альфа-2 и бета-глобулинов, протеинурия характерны для:

- А. паренхиматозного гепатита
- Б. инфаркта миокарда
- В. ХБП
- Г. перитонита

Итоговый тест (темы 1-2)

№ 1

Постаналитический этап лабораторных исследований включает в себя:

- А. назначение врачом необходимых тестов, взятие материала, его центрифугирование и транспортировку образца в лабораторию, сортировку и аликвотирование образцов в лаборатории.
- Б. пробоподготовку и исследование образца в лаборатории.
- В. интерпретацию результатов анализа специалистом лабораторной диагностики,

постановку диагноза и назначение лечения пациенту.

№ 2

Критериями неприемлемости биоматериала для анализа в лаборатории НЕ являются:

- А. отсутствие маркировки на пробирках
- Б. несоответствие биоматериала заявленному в направлении
- В. несоответствие объема собранной крови количеству добавленного антикоагулянта
- Г. неправильное хранение биоматериала
- Д. отсутствие контаминации микроорганизмами

№ 3

Курение перед взятием крови на исследование может изменить на 10% следующий показатель крови:

- А. мочевины
- Б. количество эритроцитов
- В. фибриноген
- Г. билирубин

№ 4

При взятии крови с цитратом для исследования свертывающей системы НЕ рекомендуется:

- А. Пробирку с цитратом брать первой на исследование
- Б. хранить кровь при комнатной температуре
- Г. накладывать жгут не более, чем на 1 мин
- Д. кровь с цитратом перемешивать

№ 5

Тромбоцитопатия сопровождается:

- А. удлинением времени кровотечения
- Б. удлинением времени свертывания
- В. нарушением образования протромбиназы
- Г. К-авитаминозом

№ 6

Фибриноген снижается в крови при:

- А. инфаркте миокарда
- Б. хронических заболеваниях печени
- В. ревматизме
- Г. уремия
- Д. остром воспалении

№ 7

Фибриноген увеличивается при:

- А. острых инфекциях
- Б. диабете
- В. хроническом гепатите
- Г. панкреатите
- Д. ДВС - синдроме

№ 8

Определение антитромбина в плазме НЕ используется:

- А. диагностики коагулопатии потребления при ДВС-синдроме

- Б. выявления резистентности к гепарину
- В. выявления наследственной тромбофилии
- Г. диагностики гиперкоагуляции при приеме оральных контрацептивов
- Д. Для контроля терапией ривароксабаном

№ 9

Причиной ДВС-синдрома НЕ может быть следующий экзогенный фактор:

- А. бактеремия, виремия
- Б. трансфузионные жидкости
- В. змеиные яды
- Г. сосудистые протезы
- Д. мигрень без ауры

№ 10

Терапию нефракционированным гепарином можно контролировать :

- А. активированным частичным тромбопластиновым временем
- Б. лизисом эуглобулинов
- В. ретракцией кровяного сгустка
- Г. концентрацией фибриногена
- Д. агрегацией тромбоцитов

ТЕМА 3.

№1

Основная цель (как предназначение) резюме:

- А. информировать о себе как сотруднике с целью трудоустройства
- Б. побудить работодателя к действиям, нацеленным на трудоустройство
- В. заявить о себе в профессиональном сообществе
- Г. обобщить и структурировать свои достижения

№2

Понятие трудового договора включает в себя:

- А. соглашение о найме на время выполнения любых работ
- Б. соглашение о выполнении работы с оплатой по окончании работ
- В. соглашение о выполнении работы по определенной специальности между работником и работодателем с подчинением внутреннему трудовому распорядку

№3

Основные методы воздействия на работодателя при собеседовании:

- А. рыночный и нерыночный
- Б. конкурентный и неконкурентный
- В. ориентация на свойства претендента, ориентация на потребности работодателя, манипулирование

№4

Основной смысл собеседования для претендента:

- А. получить информацию от потенциального работодателя
- Б. рассказать работодателю о себе
- В. оказать влияние на работодателя с целью получения нужных решений и действий

№5

Самые опасные возражения при прохождении собеседования:

- А. возражения по уровню оплаты труда
- Б. не высказанные работодателем возражения
- В. возражения по поводу наличия опыта, необходимого для успешной работы

№6

Врач невролог пришел на домашний вызов к женщине 86 лет. Дочь пациентки говорит, что мама уже несколько лет лежит и не может двигаться, с трудом проглатывает пищу, почти не разговаривает, а когда говорит, то речь ее не разобрать. Из анамнеза: около 12 лет назад женщина начала падать, трудно было ходить, стали отмечать медлительность, спустя 2 года стала больше сидеть, совсем не выходила на улицу, последние 2 года практически не встает с постели, последний месяц состояние ухудшилось, совсем не вставала, стало трудно глотать, поперхивалась жидкой и твердой пищей. Неврологически: ЧМН - интактны, Сила мышц конечностей не оценить из-за выраженных контрактур в суставах, глубокие рефлексы высокие $D=S$, чувствительных нарушений нет, тонус мышц конечностей выраженно повышен по пластическому типу $D>S$. Выраженная общая гипокинезия.

Поставьте диагноз, назначьте лечение:

- А. болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, 5,0 стадия по шкале Хен и Яра. Необходимо назначить препараты Леводопы.
- Б. болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, 5,0 стадия по шкале Хен и Яра. Необходимо назначить ноотропные препараты, витамины группы В.
- В. ОНМК по ишемическому типу в ВББ. Необходима госпитализация на неврологическое отделение (сосудистый центр)

№7

Женщина 65 лет обратилась к неврологу с жалобами на нарушение ходьбы и эпизоды падений до 3-х раз в неделю, общую медлительность, изменение голоса. Неврологически: ЧМН - интактны, сила мышц конечностей полная – 5 баллов, глубокие рефлексы оживлены $D=S$, чувствительных нарушений нет, тонус мышц конечностей значительно повышен по пластическому типу в $D>S$, более выражен дистально, пробы на брадикинезию положительные $D>S$. На момент осмотра тремора покоя нет. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, без интенции. Длина шага значительно снижена, преимущественно за счет правой ноги, ходит с опорой на трость, двусторонний ахейрокинез. Проба Тевенара положительная (ретропульсию не компенсирует). Установите диагноз, стадию и форму заболевания:

- А. болезнь Паркинсона, дрожательная форма, 3.0 стадия по шкале Хен и Яра
- Б. болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, 2.0 стадия по шкале Хен и Яра
- В. болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, 3.0 стадия по шкале Хен и Яра

№8

Женщина 59 лет обратилась с жалобами на нарушение памяти, преимущественно на текущие события, дрожание рук и ног. В неврологическом статусе: Сознание ясное. Снижена критика к собственному состоянию. Когнитивные функции снижены до уровня умеренных когнитивных нарушений. ЧМН - интактны, умеренная дизартрия, длительно не может удерживать язык высунутым изо рта, сила мышц конечностей полная – 5 баллов, глубокие рефлексы низкие $D=S$, патологических знаков нет, чувствительных нарушений нет, тонус мышц конечностей низкий $D=S$. Пробы на брадикинезию отрицательные с элементами апраксии. На момент осмотра тремора нет. Выраженный хореический гиперкинез, вовлекающий лицевую мускулатуру, в виде произвольных подергиваний бровями, надувания щек, высовыванием языка, а также хореический гиперкинез верхних и нижних конечностей. В позе Ромберга неустойчива из-за гиперкинеза в нижних конечностях, координаторные пробы выполняет с трудом, с выраженным

мимопопаданием. Длина шага отчетливо не изменена, ходит с широко расставленными ногами, при ходьбе попеременно сгибает ноги в коленных суставах, выпрямляя, «выкидывает» ногу вперед и кверху Установите предварительный диагноз, методы диагностики:

А. Болезнь Гентингтона. МРТ головного мозга. ЭЭГ. Молекулярно-генетическое обследование.

Б. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия с экстрапирамидным синдромом. МРТ головного мозга. Дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.

В. Нейролептический синдром. МРТ головного мозга. ЭЭГ.

№9

В приемное отделение бригадой СМП доставлена мать с ребенком в возрасте 7 месяцев, мать в ужасе кричит, что ребенок закатил глаза, часто дышит, стал весь, как каменный, бьется в припадке. При опросе матери было выяснено, что мать давала ребенку Церукал по 1 таб. 3 раза в день, на протяжении 4х месяцев, чтобы ребенок не срыгивал. В неврологическом статусе: Менингеальных знаков нет. Сознание ясное. ЧМН интактны. Лицевой параспазм, ларингоспазм. Дистоническая постановка верхних и нижних конечностей. Тонус мышц значительно повышен по пластическому типу D=S. В остальном без особенностей. Температура тела 38 градусов, тахикардия до 120 ударов в минуту. Наиболее вероятный диагноз, логистика, соответствующая тактика лечения:

А. Злокачественный нейролептический синдром. ОРИТ. Отмена церукала, внутривенная инфузия амантадина (ПК_Мерц), общая дезинтоксикационная терапия

Б. Менингит. Инфекционное отделение. Определение характера менингита. Назначение специфической терапии

В. Эпилептический приступ. Детское неврологическое отделение. Антиконвульсанты

№10

Больная 78 лет обратилась с жалобами на грубое нарушение ходьбы, в виде медленной, семенящей походки, «прилипания» ног к полу, трудности при разворотах. Из анамнеза известно, что около 2х лет назад стала отмечать нарушение ходьбы, в виде замедленности и укорочения длины шага, постепенно данные изменения усиливались, походка стала семенящей, стали прилипать ноги к полу, стало трудно разворачиваться. В неврологическом статусе: В неврологическом статусе: ЧМН - итактны, положительные симптомы орального автоматизма (Маринеску-Радовичи, хоботковый, дистантно-оральный), умеренная дисфония, сила мышц конечностей полная – 5 баллов, глубокие рефлексы высокие D=S с расширением рефлексогенных зон, патологический знак Бабинского справа, Россолимо-Вендеровича с двух сторон чувствительных нарушений нет, тонус мышц конечностей слегка повышен по пластическому типу D=S, в нижних конечностях более выражен, чем в верхних. Пробы на брадикинезию положительные в верхних конечностях легкая гипокинезия D=S, в нижних конечностях выраженная гипокинезия D=S. На момент осмотра тремора нет. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, без интенции с выраженной гипокинезией в нижних конечностях. Длина шага значительно снижена (грубая дисбазия), отмечается «прилипание» ног к полу, при разворотах семенит на месте, разворачивается в 6-8 шагов, ахейрокинеза нет. Проба Тевенара отрицательная (ретропульсию компенсирует 2 шагами). Установите предварительный диагноз, назначьте методы обследования, перечислите нозологии с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз:

А. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с синдромом сосудистого паркинсонизма. МРТ головного мозга. Дуплексное сканирование сосудов головы и шеи. Липидограмма. Болезнь Паркинсона, поздний нейролептический синдром, болезнь Бинсвангера

Б. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия III стадии с синдромом дисбазии. МРТ головного мозга. Дуплексное сканирование сосудов головы и шеи. Липидограмма. Болезнь Паркинсона. Наследственная мозжечковая атаксия.

В. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в вертебро-базиллярном бассейне с синдромом cerebellar ataxia. КТ головного мозга. Дуплексное сканирование сосудов головы и шеи. ОНМК в ВББ.

Тема 4 Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа - вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.

№1

У больного отсутствуют активные движения в ногах. Мышечный тонус и глубокие рефлексы в них повышены, клонус стоп и надколенных чашечек, патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок. Отмечена задержка мочи и кала. Где локализуется патологический очаг, возможные лабораторные тесты: А. ствол мозга. Б. спинной мозг на уровне С4, клинический анализ крови (лейкоцитоз, лейкопения, тромбоцитоз, тромбоцитопения). В. верхняя треть передней центральной извилины с двух сторон, клинический анализ крови (лейкоцитоз, лейкопения, тромбоцитоз, тромбоцитопения). Г. спинной мозг на уровне Д12, клинический анализ крови (лейкоцитоз, лейкопения, тромбоцитоз, тромбоцитопения, СОЭ, СРБ). Д. спинной мозг на уровне Д12, клинический анализ крови (лейкоцитоз, тромбоцитоз).

№2

При поражении какого нерва наблюдается расходящееся косоглазие:

- А. отводящий нерв
- Б. глазодвигательный нерв
- В. тройничный нерв

№3

Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для поражения Гассерова узла:

- А. гипестезия половины лица, диссоциированное расстройство чувствительности на лице, герпетические высыпания на лице, боли
- Б. гипестезия половины лица, диссоциированное расстройство чувствительности на лице, герпетические высыпания в слуховом проходе, боли
- В. гипестезия половины лица, герпетические высыпания на лице, боли, вероятно положительные данные ПЦР крови на герпетическую инфекцию
- Г. гипестезия половины лица, герпетические высыпания на лице, боли, вероятно отрицательные данные ПЦР крови на герпетическую инфекцию

№4

Каковы клинические проявления и топика парциальных моторных Джексоновских припадков:

- А. прецентральная извилина, насильственный поворот головы и глаз, сосательные, глотательные, жевательные движения, клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице
- Б. прецентральная извилина, клонические, тонические судороги в отдельных группах

мышц в руке, ноге или лице

В. прецентральная извилина, насильственный поворот головы и глаз, сосательные, глотательные, жевательные движения

Г. постцентральная извилина, насильственный поворот головы и глаз, сосательные, глотательные, жевательные движения, клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице

Д. постцентральная извилина, клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице

№5

Каковы клинические проявления и топика парциальных моторных адверсивных припадков:

А. нижнезадние отделы верхней лобной извилины насильственный поворот головы и глаз

Б. прецентральная извилина, клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице

В. постцентральная извилина, насильственный поворот головы и глаз, сосательные, глотательные, жевательные движения

Г. постцентральная извилина, насильственный поворот головы и глаз, сосательные, глотательные, жевательные движения, клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц

№6

У больного 20 лет снижена сила в левых конечностях, с повышением мышечного тонуса и глубоких рефлексов, патологическими стопными рефлексам, с периодическими судорожными подергиваниями в левой руке без нарушения сознания. Состояние развилось остро, на фоне психоэмоционального стресса. Где локализуется патологический очаг, назовите клинические синдромы, какие лабораторные тесты могут быть полезны:

А. ствол мозга, центральный парепарез, простые парциальные моторные припадки, антикардиолипиновые антитела, антитела к бетта 2 гликопротеину 1, волчаночный антикоагулянт

Б. верхняя и средняя треть прецентральной извилины слева, центральный парепарез, простые парциальные моторные припадки волчаночный антикоагулянт, гомоцистеин

В. верхняя и средняя треть прецентральной извилины справа, центральный парепарез, сложные парциальные моторные припадки, антикардиолипиновые антитела, волчаночный антикоагулянт, гомоцистеин

Г. верхняя и средняя треть прецентральной извилины справа, центральный гемипарез слева, сложные парциальные соматосенсорные припадки, АСТ, АЛТ

Д. верхняя и средняя треть прецентральной извилины справа, центральный гемипарез слева, простые парциальные моторные припадки, антикардиолипиновые антитела, антитела к бетта 2 гликопротеину 1, волчаночный антикоагулянт, гомоцистеин

№7

У больного периодически возникают парестезии в руке и половине лица справа, протекающие с нарушением сознания. Где локализуется патологический очаг и как называются припадки:

А. постцентральная извилина слева, сложные парциальные соматосенсорные припадки

Б. постцентральная извилина справа, простые парциальные соматосенсорные припадки

В. прецентральная извилина слева, сложные парциальные моторные припадки

Г. прецентральная извилина слева адверсивные припадки

Д. прецентральная извилина слева, простые парциальные моторные припадки

№8

Наличие во время приступа мигрени гипертермии и очаговой неврологической симптоматики является:

- А. обычным проявлением приступа, дополнительное обследование не требуется
- Б. тревожными симптомами, требуется МРТ головного мозга, клинический анализ крови, белки острой фазы, АНФ, АПТВ
- В. тревожными симптомами, требуется МРТ головного мозга

№9

Впервые возникшая головная боль у пациента старше 50 лет является:

- А. обычным возрастным проявлением
- Б. возможным признаком височного артериита, возможно повышение СРБ, СОЭ
- В. возможным признаком височного артериита, нормальные значения СРБ, СОЭ

№10

Длительность ауры больше одного часа при приступе мигрени является:

- А. обычным проявлением мигрени с аурой
- Б. обязательным признаком височного артериита
- В. сигналом опасности при головной боли

7.3.4. Ситуационные задачи (клинические наблюдения).

Тема 1

Задача 1.1.

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м² Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты лабораторного обследования приведены ниже.

УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).
2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз

«симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIa стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии А2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

Результаты общеклинического анализа крови

Ф.И.О. пациента _____

Пол Муж.

Возраст 37 лет.

Диагноз _____

Номер пробирки 1

Исследование: первичное повторное (подчеркнуть)

Дата забора биоматериала

21.12.2018 г.

Время поступления пробы в лабораторию: 9 00

Название/показатель	Значение	Ед.изм.	Референсные значения
Лейкоциты (WBC)	5,51	*10 ⁹ /л	5.00 - 9.00
Нейтрофилы (NE)	2,27	*10 ⁹ /л	2.00 - 5.50
Лимфоциты (LY)	1,91	*10 ⁹ /л	1.20 - 3.00
Моноциты (MO)	0,34	*10 ⁹ /л	0.10 - 0.60
Эозинофилы (EO)	0,09	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.30
Базофилы (BA)	0,05	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.10
Эритроциты (RBC)	4,57	*10 ¹² /л	3.9 - 5.0
Гемоглобин (HGB)	137	г/л	120 - 160

Гематокрит (НТС)	47,1	%	36.0 - 48.0
Средний объем эритроцита (MCV)	90,0	фл	75.0 - 95.0
Средн. сод. гемоглобина в эр-те (MCH)	30,0	пг	24.0 - 34.0
Средн. конц. гемоглобина в эр-те (MCHC)	333	г/л	300 - 380
Степень анизоцитоза (RDW)	14,0	%	11.5-16.5
Тромбоциты (PLT)	254	*10 ⁹ /л	180 - 400
Средний объем тромбоцита (MPV)	8,38	фл	7.40 - 10.40
Нейтрофилы, % (NE%) (микроскопия)	53	%	47 - 72
Нейтрофилы: палочк. (микроскопия)	3	%	1 - 6
Нейтрофилы: сегмент. (микроскопия)	50	%	47 - 72
Лимфоциты, % (LY%) (микроскопия)	36	%	19 - 37
Моноциты, % (MO%) (микроскопия)	5	%	3 - 11
Эозинофилы, % (EO%) (микроскопия)	5	%	0 - 5
Базофилы, % (BA%) (микроскопия)	1	%	0 - 1
Бласты, % (микроскопия)	нет	%	0
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	26	мм/час	муж.: 1-10 жен.: 2-15

Заключение врача: повышение СОЭ говорит о возможном воспалительном процессе.

Результаты биохимического анализа крови

Ф.И.О. пациента _____

Пол Муж.

Возраст 37 лет.

Диагноз _____

Номер пробирки 1

Исследование: первичное повторное (подчеркнуть)

Дата забора биоматериала

21.12.2018 г.

Время поступления пробы в лабораторию: 9 00

Название/показатель	Значение	Ед.изм.	Референсные значения
Глюкоза	4,2	ммоль/л	3,89 – 5,50
АЛТ	39	Ед./л	0 – 50
АСТ	28	Ед./л	5 – 34
КФК	54	Ед./л	29 - 200
Мочевина	9,4	ммоль/л	2,5 – 9,2
Креатинин	135	мкмоль/л	50 – 111
Общий белок	70,0	г/л	64,0 – 83,0
Общий билирубин	7,4	мкмоль/л	3,4 – 20,5
Амилаза	59	Ед./л	25 – 125
Общий холестерин	4,9	ммоль/л	0,00 – 5,17
HDL	1,2	ммоль/л	1,04 – 1,55
Триглицериды	1,7	ммоль/л	0,40 - 1,53
LDL	2,8	ммоль/л	2,59 – 4,11
Щелочная фосфатаза	59	Ед./л	40 - 150
ГГТП	34	Ед./л	9 – 64
Альбумин	36,0	г/л	35,0 – 50,0
Мочевая кислота	320	мкмоль/л	210-420
СКФ (СКД-EPI)	58	мл/мин	90-130
Паратиреоидный гормон	8,9	пмоль/л	1,45 – 10,41

Заключение врача: повышение креатинина, мочевины, СКФ говорит о возможной III стадии хронической болезни почек.

Общеклинический анализ мочи

Ф.И.О. пациента _____

Пол Муж.

Возраст 37 лет.

Диагноз _____

Номер пробирки 1

Исследование: первичное повторное (подчеркнуть)

Дата забора биоматериала

21.12.2018 г.

Время поступления пробы в лабораторию: 9 00

Показатель	Результат	Единицы измерения
Цвет	жёлтый	-
Прозрачность	прозрачная	-
Удельный вес	1,014	-
Белок	0,88	г/л
Билирубин	отрицательно	мкмоль/л
Уробилиноген	норма	мкмоль/л
pH	5,1	-
Эритроциты	10-15 в поле зрения	-
Кетоны	отрицательно	-
Нитриты	отрицательно	-
Лейкоциты	3-4 в поле зрения	-
Эпителий	единичный в преп.	-
Слизь	отрицательно	-
Цилиндры	отрицательно	-
Цилиндроида	отрицательно	-
Соли	ураты +	-
Бактерии	отрицательно	-

Суточная протеинурия 500 мг.

Заключение врача: Суточная протеинурия 500 мг говорит о альбуминурии 2 ст. (A2, высокая).

Тема 2

Задача 2.1.

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС –

78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Наименование исследования	Результат	Ед. измерения	Норма
Глюкоза	4,45	ммоль/л	3,89 – 5,50
АЛТ	120	Ед./л	0 – 55
АСТ	164	Ед./л	5 – 34
ЛДГ	135	Ед./л	125 – 220
Щелочная фосфатаза	56	Ед./л	40 – 150
Мочевина	3,8	ммоль/л	2,5 – 9,2
Креатинин	75	мкмоль/л	50 – 111
Общий белок	43,0	г/л	64,0 – 83,0
Альбумин	28,0	г/л	35,0 – 50,0
Общий билирубин	130,0	мкмоль/л	3,4 – 20,5
Прямой билирубин	100,0	мкмоль/л	0,0 – 8,6
Непрямой билирубин	30,0	мкмоль/л	0,0 – 19,5
ГГТП	75	Ед./л	9 – 64
Общий холестерин	4,20	ммоль/л	3,50 – 5,20
PT (Протромбин по Квику)	164		70 – 130 %
МНО (INR)	2,00		0,85 – 1,25
АПТВ (АРТТ, АЧТВ)	32		24 – 40 сек.
Фибриноген по Клаусу (FIBС)	1,75		2,0 – 4,0 г/л

Название/показатель	Значение	Ед. изм.	Референсные значения
Лейкоциты (WBC)	3,2	*10 ⁹ /л	5.00 - 9.00
Нейтрофилы (NE)	2,1	*10 ⁹ /л	2.00 - 5.50
Лимфоциты (LY)	0,9	*10 ⁹ /л	1.20 - 3.00
Моноциты (MO)	0,1	*10 ⁹ /л	0.10 - 0.60
Эозинофилы (EO)	0,03	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.30
Базофилы (BA)	0,03	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.10
Нейтрофилы, % (NE%)	67	%	47.0 - 72.0

Лимфоциты, % (LY%)	28	%	19.0 - 37.0
Моноциты, % (MO%)	3	%	3.0 - 11.0
Эозинофилы, % (EO%)	1	%	0.5 - 5.0
Базофилы, % (BA%)	1	%	0.0 - 1.0
Эритроциты (RBC)	4,1	*10 ¹² /л	3.9 - 5.0
Гемоглобин (HGB)	122	г/л	120 - 160
Гематокрит (HCT)	46	%	36.0 - 48.0
Средний объем эритроцита (MCV)	84	фЛ	75.0 - 95.0
Средн. сод. гемоглобина в эр-те (MCH)	27	пг	24.0 - 34.0
Средн. конц. гемоглобина в эр-те (MCHC)	342	г/л	300 - 380
Степень анизоцитоза (RDW)	12,5	%	11.5 - 16.5
Тромбоциты (PLT)	98	*10 ⁹ /л	150 - 400
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	22	мм/час	муж.: 1 - 10 жен.: 2 - 15

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печёночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звёздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печёночной недостаточности (гипоальбуминемия,

гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайлд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печёночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7 - 10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печёночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

Тема 3

Задача 3.1.

Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех дней развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

В неврологическом статусе: острота зрения слева - 1,0, справа - 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Глубокие рефлекссы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

1. Результаты лабораторных исследований

Общий белок	64	г/л	(65-85)
Креатинин 0,106)	0.127	ммоль/л	(0.053-
Билирубин общий	4,90	мкмоль/л	(<20,50)
Билирубин прямой	1,08	мкмоль/л	(<5,10)
Билирубин непрямой	3,82	мкмоль/л	
Глюкоза в сыворотке крови	5,3	ммоль/л	(4,0-6,1)
Натрий 148.0)	143.0	ммоль/л	(135.0-
Калий	4,4	ммоль/л	(3.5-5.1)

АСТ	19	Ед/л	(10-42)
АЛТ	16,70	Ед/л	(10-40)
Тропониновый тест	отрицательный		
АПТВ	45>	сек.	(30-40)

Клинический анализ крови

Эритроциты	3,70	10~12 /л	(4.0-5.1)
Гемоглобин 164)	125,0	г/л	(132-
Гематокрит 48.0)	36,9	%	(40.0-
Средний объем эритроцита 105.0)	99,70	%	(84.0-
Среднее содержание Нв в эритроц. (24.0-33.0)	33,80	фл	
Средняя концентрация Нв в эритроц. (300-380)	339,00	г/л	
Ширина распределения RBC по объему 16.5)	12,5	%CV	(10.0-
Тромбоциты (150-400)	139	10~9/л	
ЦП 1.05)	1,01		(0.85-
Средний объем тромбоцита (5,0-10,0)	6,9	фл	
Тромбокрит	0,1	%	(0,1-1,0)
Лейкоциты (4,0-8,8)	6,2	10~9/л	
относительные	абсолютные		
Лимфоциты 10~9/л	41,0 %	(19,0-37,0)	2,5
Моноциты (0.09- 0.60)	6,2 %	(3.0-11.0)	0.50 10~9/л
Гранулоциты 10~9/л	52,8	(42,0-85,0)	3,3

Коагулограмма-скрининг (ПТИ, АПТВ, фибриноген, ТВ)

АПТВ (27,0-37,0)	89,4	сек	
Протромбиновое (тромбопластиновое) время (10,00-14,00)	13,60	сек	
Международное нормализованное отношение (0,80-1,20)	1,27		
Протромбиновый индекс (93,00-107,00)	77,21	%	
Фибриноген (1,80-3,50)	3,36	г/л	
Тромбиновое время (12,00-22,00)	46,10	сек	

Коагулологические исследования

Антитромбин III (75.0-125.0)	62.9	%	
---------------------------------	-------------	---	--

D-димер
(120-500)

>5000

мкг/л (FEU)

Тема 4**Задача 4.1.**

Женщина 36-ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

Результаты исследований

Клинический анализ крови

Эритроциты	5,7	10*12/л	(4,0-5,1)		
Гемоглобин	167	г/л	(132-164)		
Цветовой показатель	0,88		(0,85-1,05)		
Гематокрит	48,4	%	(40,0-48,0)		
Средний объем эритроцита	85,4	фл	(85,0-105,0)		
Среднее содержание Hb в эритроц.	29,5	пг	(24,0-33,0)		
Средняя концентрация Hb в эритроц.	345	г/л	(300-380)		
Индекс распределения по объему эритроц.	13,0	%	(11,5-15,5)		
Тромбоциты	219	10*9/л	(150-400)		
Средний объем тромбоцита	7,7	фл	(7,4-10,4)		
Лейкоциты	6,5	10*9/л	(4,0-8,8)		
		Относительные	Абсолютные		
Нейтрофилы	53,7	%	(46,0-72,0)	3,49	10*9/л
4,80					2,20-
Лимфоциты	36,0	%	(18,0-40,0)	2,3	10*9/л
Моноциты	7,7	%	(3,0-11,0)	0,50	10*9/л
0,60					0,09-
Базофилы	0,6	%	(0,0-1,0)	0,039	10*9/л
0,065					0,000-
Эозинофилы	2,0	%	(0,0-5,0)	0,130	10*9/л
СОЭ	10	мм/час	(1-10)		0,000-0,300

Биохимические исследования:

Креатинин	0,064	ммоль/л	(0,053-0,097)
Калий:	4,5	ммоль/л	(3,5-5,1)
Натрий	143,0	ммоль/л	(135,0-148,0)
Общий белок:	68	г/л	(65-85)
Глюкоза натощак:	5,60	ммоль/л	(3,9-6,1)

Билирубин и его фракции:

Билирубин общий:	11,3	мкмоль/л	(3,4-20,5)
Билирубин прямой:	1,40	мкмоль/л	(0,0-3,4)
Билирубин непрямой:	9,9	мкмоль/л	
АСТ:	33	Е/л	(10-42)
АЛТ:	27	Е/л	(10-40)
Холестерин общий	6,20	ммоль/л	(3,10-5,20)

По представленной ситуационной задаче: выделить синдромы, поставить клинический диагноз, определить дифференцированный диагноз, назначить инструментально-лабораторное обследование, определить направления терапии.

Ситуационные задачи (клинические наблюдения).

7.3.5. Список вопросов к зачету.

- Роль определения уровня прокальцитонина и пресепсина в крови для оценки степени воспалительной реакции и диагностики сепсиса.
- Возможные причины увеличения уровня прокальцитонина в крови у пациентов без клинических проявлений сепсиса.
- Диагностическая специфичность увеличения уровня прокальцитонина в крови у пациентов для диагностики сепсиса
- Роль увеличения уровня высокочувствительного СРБ в оценке сердечно-сосудистого риска.
- Диагностическая специфичность увеличения уровня высокочувствительного СРБ в крови для диагностики активности атеросклеротического процесса.
- Роль изменения уровня альфа₂ макроглобулина в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени.
- Роль изменения уровня гаптоглобина в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени и при гемолизе.
- Роль изменения уровня фибриногена в крови у пациентов с воспалительной реакцией, с нарушениями функции печени и при нарушениях гемостаза.
- Лейкимоидная реакция и методы дифференциальной диагностики с онкогематологическими заболеваниями.
- Показатели автоматического гематологического анализатора: средний объем эритроцита, среднее содержание гемоглобина в эритроците, средняя концентрация гемоглобина в эритроците, средний объем тромбоцита, тромбокрит: возможности для интерпретации результатов теста.
- Показатели количественных и качественных изменений показателей автоматического гематологического анализа у пациентов при реактивных состояниях.
- Показатели количественных и качественных изменений показателей автоматического гематологического анализа у пациентов при гематологических заболеваниях.
- Роль увеличения уровня ферритина крови у пациентов с воспалительной реакцией.
- Диагностическая чувствительность увеличения уровня ферритина крови у пациентов с анемиями хронических заболеваний.
- Причины невосполнительного повышения СОЭ.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с железодефицитной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с мегалобластной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с гемолитической анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с серповидно-клеточной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с анемией хронического заболевания при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Изменения уровней количественных и качественных показателей гемоглобина, эритроцитов у пациентов с почечной анемией при использовании автоматических гематологических анализаторов.
- Микроальбуминурия при патологии почек и при сердечно-сосудистых

- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и гипертонической болезнью. и сахарным диабетом 2 типа.
- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.
- Подходы к терапии и мониторингу применения антигипертензивных препаратов у коморбидного пациента с цереброваскулярной патологией (перенесенный инсульт, хроническая ишемия мозга) и сахарным диабетом 2 типа.
- Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта.
- Роль поражения белого вещества головного мозга при цереброваскулярной болезни, особенно на фоне артериальной гипертензии, васкулита и сахарного диабета.
- Пациент с болезнью Фабри: как заподозрить болезнь, маршрутизация пациента.
- Поздние наследственные лейкоэнцефалопатии.
- Факторы, приводящие к возникновению хронической мигрени, меры профилактики.
- Таргетная терапия при лечении первичных головных болей.
- Дифференциальный диагноз и лечение цервикокраниалгий.
- Дифференциальный диагноз и лечение орофациальных болей.
- Выбор тактики терапии мигрени у коморбидного пациента с гипертонической болезнью, лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии мигрени у коморбидного пациента с ожирением и ИБС; лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии цервикокраниалгий у коморбидного пациента с гипертонической болезнью; лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Выбор тактики терапии цервикокраниалгий у коморбидного пациента с ожирением и ИБС; лабораторный контроль за проводимым лечением.
- Методики составления грамотного резюме.
- Технологии прохождения эффективного собеседования.
- Понятие и структурные блоки резюме: содержательное наполнение основных разделов резюме, особенности оформления документа.
- Собеседование: основные этапы прохождения собеседования.
- Основы эффективного поведения на собеседовании.
- Типичные вопросы для выяснения потребности работодателя.
- Невербальные сигналы на собеседовании.
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением лобной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением лобной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением теменной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением теменной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением височной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением височной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением затылочной доли доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением затылочной доли не доминантного полушария?
- Какие изменения высших мозговых функций могут наблюдаться у пациентов с поражением зон «перекрытия» корковых концов анализаторов: область теменно-височно-

затылочного стыка, премоторная и префронтальная области?

- Основные причины возникновения синдрома паркинсонизма.
- Болезнь Паркинсона: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Мультисистемная атрофия: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Прогрессирующий надъядерный паралич: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Сосудистый паркинсонизм: критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Болезнь Ниманна-Пика типа С : критерии диагностики, подходы к терапии, мониторинг лечения, прогноз.
- Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.
- Значение преаналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.
- Значение аналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.
- Значение постаналитического этапа лабораторного исследования в обеспечении качества выполнения лабораторных тестов.

- Основные особенности преаналитического этапа для биохимического исследования крови.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования иммунологического крови.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на уровень пролактина.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на уровень АКТГ.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на липидный спектр.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования крови на клинический анализ.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования утренней мочи.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования суточной мочи.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования слюны.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования фекалий.
- Основные особенности преаналитического этапа для исследования фекального кальпротектина.
- Показатели для скринингового исследования гемостаза.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на ДВС-синдром.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на АФС-синдром.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на тромбофилию.
- Показатели для развернутого исследования гемостаза при подозрении на гемофилию.
- Схемы лечения тромбоза глубоких вен, тромбоэмболических осложнений.
- Формирование алгоритмов лабораторной диагностики и мониторинга системы гемостаза при кровотечении.
- Формирование алгоритмов лабораторной диагностики и мониторинга системы гемостаза при тромбозе.

7.3.6. Пример билета для практикоориентированной части зачета.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины Кафедра неврологии и мануальной медицины ФПО					
Специальность: <u>31.05.01 Лечебное дело</u>			Дисциплина «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»		
			Семестр 12		
Билет № 3					
<p>Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается.</p> <p>Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.</p> <p>Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.</p>					
Результаты исследований					
Клинический анализ крови					
Эритроциты	3,3	10*12/л	(4,0-5,1)		
Гемоглобин	105	г/л	(132-164)		
Цветовой показатель	0,95		(0,85-1,05)		
Гематокрит	33,5	%	(40,0-48,0)		
Средний объем эритроцита	101,8	фл	(85,0-105,0)		
Среднее содержание Hb в эритроц.	31,8	пг	(24,0-33,0)		
Средняя концентрация Hb в эритроц.	312	г/л	(300-380)		
Индекс распределения по объему эритр.	13,2	%	(11,5-15,5)		
Тромбоциты	130	10*9/л	(150-400)		
Средний объем тромбоцита	9,8	фл	(7,4-10,4)		
Лейкоциты	8,2	10*9/л	(4,0-8,8)		
	Относительные		Абсолютные		
Нейтрофилы	83,4	%	(46,0-72,0)	3,49	10*9/л
4,80					
Лимфоциты	10,4	%	(18,0-40,0)	2,3	10*9/л
Моноциты	5,9	%	(3,0-11,0)	0,50	10*9/л
0,60					
Базофилы	0,1	%	(0,0-1,0)	0,039	10*9/л
0,065					
Эозинофилы	0,3	%	(0,0-5,0)	0,130	10*9/л
0,300					
СОЭ	27	мм/час	(1-10)		

КДЛ1 – Лейкоцитарная формула (микроскопия)				
С/я нейтрофилы	74,0	%	(45,0-70,0)	Анизоцитоз+
П/я нейтрофилы	10,0	%	(1,0-6,0)	Макроцитоз+
Лимфоциты	13,0	%	(18,0-40,0)	
Моноциты	3,0	%	(0,0-9,0)	Гипохромия+
				Пойкилоцитоз+
Биохимические исследования				
АСТ:	35	Е/л	(10-42)	
АЛТ:	13	Е/л	(10-40)	
Амилаза:	39	Е/л	(28-100)	
Общий белок:	74	г/л	(65-85)	
Калий:	4,6	ммоль/л	(3,5-5,1)	
Натрий	142,4	ммоль/л	(135,0-148,0)	
Билирубин и его фракции:				
Билирубин общий:	8,9	мкмоль/л	(3,4-20,5)	
Билирубин прямой:	1,7	мкмоль/л	(0,0-3,4)	
Билирубин непрямой:	7,2	мкмоль/л		
Глюкоза натощак:	6,7	ммоль/л	(3,9-6,1)	
Креатинин	0,105	ммоль/л	(0,053-0,097)	
Холестерин общий	5,14	ммоль/л	(3,10-5,20)	
Коагулологические исследования				
Коагулограмма-скрининг (ПТИ, АПТВ, Фибриноген, ТВ)				
АПТВ	37,0	сек.	(27,0-37,0)	
Протромбированное время	10,50	сек	(10,00-14,00)	
МНО	1,00		(0.80-1.20)	
Протромбиновый индекс	100.00	%	(93,0-107,0)	
Фибриноген	4,72	г/л	(1,80-3,50)	
Тромбиновое время	16,90	сек.	(12.00-22.00)	
На серии МР томограмм, взвешенных по T1 и T2 в трёх проекциях, визуализированы суб- и супратенториальные структуры.				
Боковые желудочки мозга не расширены, умеренно асимметричны (D>S). III-й желудочек до 0,25 см. IV-й желудочек не изменен, базальные цистерны не расширены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал.				
Субарахноидальное коэкстиальное пространство локально неравномерно расширено, преимущественно в области лобных и теменных долей. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия.				
Отмечается умеренно выраженное расширение периваскулярных ликворных пространств Вирхова-Робина, преимущественно в области базальных ядер с обеих сторон.				
В веществе головного мозга изменений очагового и диффузного характера не визуализировано.				
На серии МР-ангиограмм, выполненных в режиме TOF, в аксиальной проекции визуализированы внутренние сонные, основная, интракраниальные сегменты позвоночных артерий и их разветвления.				
Виллизиев круг в виде отсутствия кровотока по левой задней соединительной артерии. Преобладание кровотока в правой задней мозговой артерии из бассейна правой внутренней сонной артерии.				
Определяется умеренная асимметрия (~до 50%) просвета и кровотока по интракраниальному отделу позвоночных артерий (D>S)				
Просветы остальных сосудов равномерные, кровоток симметричный, участков с патологическим кровотоком не выявлено.				
Заключение: МР картина арахноидальных изменений ликворокистозного характера.				

Вариант развития Виллизиева круга. Асимметрия кровотока по ПА (D>S).

Утверждаю

Зав. кафедрой _____

В.Л.Эмануэль

Зав. кафедрой _____

Е.Р.Баранцевич

(подпись)

«__» _____ 20__ года

7.4. Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированной оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Формирование части компетенций осуществляется в ходе всех видов занятий, практики, а контроль их сформированности на этапе текущей, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации.

Форма промежуточной аттестации – **ЗАЧЕТ**

7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам.
6. Положение о распределении рейтинговых баллов оценки результатов обучения дисциплинам на кафедре неврологии и мануальной медицины ФПО, кафедре клинической лабораторной диагностики и молекулярной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова (Приложение 1).

8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины

Электронные базы данных:

<https://cyberleninka.ru/>

<http://www.labinfo.ru/>

<http://www.medline.ru/>

<http://medbook.medicina.ru/>

<https://www.rmj.ru/articles/>

<https://www.neurology.ru/nauka/zhurnaly>

<https://elibrary.ru/defaultx.asp>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

9.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

9.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в решении ситуационных клинических задач, направленных как на изучение новых лабораторных технологий, так и на использование их в различных клинических случаях, у коморбидных пациентов неврологического профиля. В этой связи обучающиеся должны иметь в виду, что на практических занятиях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные вопросы осваиваются обучающимися в ходе самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы электива представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала.

9.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (по учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой Проработка вопросов для собеседования по темам	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений)

Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка докладов (рефератов), кейс-заданий на заданные темы	Проверка кейс-заданий
Работа с тестами и вопросами для подготовки к зачету	Тестирование Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений)
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений) Проверка кейс-заданий.

9.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Изучение дисциплины «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ.

ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ» предусматривает освоение четырех разделов (модулей).

ТЕМА 1. Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления у пациентов амбулаторного звена. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий у пациентов амбулаторного звена.
Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии.

Алгоритмы лабораторной диагностики воспаления.

Учебная цель: Формирование алгоритмов лабораторной диагностики воспалительных процессов при острых и хронических заболеваниях; при бактериальной и вирусной инфекции, при травмах.

Вопросы, подлежащие изучению.

Современные лабораторные тесты в оценке воспалительной реакции: прокальцитонин, высокочувствительный СРБ, альфа2 макроглобулин, пресепсин, гаптоглобин, фибриноген. Оценка диагностической чувствительности и специфичности при разных клинических ситуациях. Роль высокочувствительного СРБ при сердечно-сосудистых заболеваниях, в частности при атеросклерозе. Роль гаптоглобина, как маркера синтетической функции печени.

Лейкимоидная реакция и методы дифференциальной диагностики с онкогематологическими заболеваниями. Автоматический гематологический анализ, показатели количественных и качественных изменений при реактивных состояниях и гематологических заболеваниях.

Ферритин, как белок острой фазы воспаления и его динамика при анемиях хронических заболеваний.

1.2. Алгоритмы лабораторной диагностики анемий.

Учебная цель: Формирование алгоритмов лабораторного обследования при разных формах анемий с использованием возможностей современных гематологических анализаторов с использованием гистограмм.

Вопросы, подлежащие изучению: Невоспалительные причины повышения СОЭ, анализаторы клеток крови. Лабораторные методы оценки морфологии клеток крови и

костного мозга. Автоматический гематологический анализ, показатели количественных и качественных изменений качества и количества гемоглобина, эритроцитов при различных видах анемий: железо-дефицитной, мегалобластной, гемолитической, серповидно-клеточной, апластической, хронического заболевания, почечной. Гистограммы и их клиническое значение. Интерпретация дополнительных лабораторных тестов (ферритин, трансферин, растворимые рецепторы к трансферину, гаптоглобин, билирубин и др.)

Основная литература:

Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента).

Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик NT).

ТЕМА 2. Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований. Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.

Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи; учебные таблицы и схемы; фотографии.

1.1. Преаналитический и аналитический этапы лабораторных исследований.

Учебная цель: Изучить основные правила и возможности доаналитического этапа лабораторной диагностики, его зависимость от используемого в лаборатории аналитического метода.

Вопросы, подлежащие изучению: Преаналитический, аналитический этапы лабораторного исследования, их значение в обеспечении качества лабораторных исследований. Особенности преаналитического этапа для разных видов исследования и разных биоматериалов, правила сбора, хранения и транспортировки биологического материала в зависимости от конкретной клинической ситуации и аналитического метода.

Исследование гемостаза у пациентов амбулаторного звена.

Учебная цель: Формирование алгоритмов лабораторной диагностики и мониторинга системы гемостаза.

Вопросы, подлежащие изучению: Скрининг и развернутое исследование гемостаза. Схемы лечения тромбоза глубоких вен, тромбозомболических осложнений. Лабораторные подходы к мониторингу антитромботической терапии, диагностике ДВС-синдрома.

Основная литература:

Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента).

ТЕМА 3. Теория и практика развития когнитивных функций. Методики составления грамотного резюме; прохождения эффективного собеседования.

Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с паркинсонизмом, гипертонической болезнью и метаболическим синдромом - современные подходы в диагностике и лечению.

Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии

3.1.1. Методики составления грамотного резюме; прохождения эффективного собеседования.

Учебная цель. Сформировать знания и навыки, необходимые для эффективного

трудоустройства.

Вопросы, подлежащие изучению. Методики составления грамотного резюме; технологии прохождения эффективного собеседования.

Понятие и структурные блоки резюме: содержательное наполнение основных разделов резюме, особенности оформления документа.

Собеседование: основные этапы прохождения собеседования, основы эффективного поведения на собеседовании, разработка вопросов для выяснения потребности работодателя и для аргументации, невербальные сигналы на собеседовании.

3.1.2. Теория и практика развития когнитивных функций.

Учебная цель. Сформировать понимание и изучить механизм развития когнитивных функций.

Вопросы, подлежащие изучению. Теория и практика развития когнитивных функций, методы работы с информацией.

Доли головного мозга и корковые концы анализаторов, кинестетического, зрительного, слухового, обонятельного. Зоны «перекрытия» корковых концов анализаторов: область теменно-височно-затылочного стыка, премоторная и префронтальная области. Их функциональное значение. Функциональная асимметрия полушарий.

Творческое мышление: понятие творческого мышления, основные критерии творчества, направления и методы развития творческого мышления.

Основные составляющие высших мозговых функций (праксис, гнозис, память, речь, внимание, мышление) и методы их развития: метод инцидента, ТРИЗ, метод фокальных объектов, матрица морфологического анализа и др.); понятие и приемы мнемотехники, ключевые принципы запоминания последовательностей, методы структурирования большого объема материала, преобразование информации в интеллект-карты

3.2. Разбор клинических наблюдений

«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с паркинсонизмом - современные подходы в диагностике и лечении болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма.

Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у пациентов с нарушениями экстрапирамидной системы в амбулаторной практике.

Вопросы, подлежащие изучению. Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом болезнь Паркинсона, мультисистемная атрофия, прогрессирующий надъядерный паралич, сосудистый паркинсонизм. Подходы к терапии в зависимости от поставленного диагноза, возраста пациента и стадии заболевания. Пациент с болезнью Ниманна-Пика типа С: как заподозрить болезнь, маршрутизация пациента.

Основная литература:

Никифоров А.С., Гусев Е.И. «Общая неврология»: ГЭОТАР-Медиа, 2013, (консультант студента).

Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с: ил. (консультант студента).

Дополнительная литература:

Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс-информ 2004, 551с.:ил., таб. — 104 экз.

Борисова Е.О., ЛЕЧЕНИЕ ПАРКИНСОНИЗМА И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА [Электронный ресурс] / Е.О. Борисова, П.Н. Власов, Н.Б. Сидоренкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

Болезнь Ниманна-Пика тип С : методическое пособие. - 2-е изд., испр. и доп. / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 48 с (консультант студента).

Эмануэль Ю.В., Эмануэль Т.С. Под ред. Волосниковой Т.В. и Потапчук А.А. «РазБег –

РАЗВИТИЕ БЕЗ ГРАНИЦ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ». Пособие - СПб.: Коста, 2014. - 88 с. – 22 экз.

Тема 4 Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа - вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.

Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии

4.1. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа - вопросы диагностики, лечения, вторичной и первичной профилактики.

Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у коморбидных пациентов с сосудистыми заболеваниями нервной системы в амбулаторной практике.

Вопросы, подлежащие изучению. Коморбидный пациент с цереброваскулярной патологией (инсульт, хроническая ишемия мозга), гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа: лабораторный контроль за антигипертензивной, антитромбоцитарной, липидснижающей и гипогликемической терапией. Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта. Роль поражения белого вещества головного мозга при цереброваскулярной болезни, особенно на фоне артериальной гипертензии, васкулита и сахарного диабета. Пациент с болезнью Фабри: как заподозрить болезнь, маршрутизация пациента. Поздние наследственные лейкоэнцефалопатии.

4.2. Разбор клинических наблюдений

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с головной болью и ожирением, гипертонической болезнью, ИБС - вопросы диагностики и выбора тактики терапии.

Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у коморбидных пациентов с головной болью в амбулаторной практике.

Вопросы, подлежащие изучению. Факторы хронизации мигрени, таргетная терапия при лечении первичных головных болей, дифференциальный диагноз и лечение цервикокраниалгий; орофациальных болей. Выбор тактики терапии с учетом наличия у пациента гипертонической болезни, ожирения, ИБС; лабораторный контроль за проводимым лечением.

Основная литература:

Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик NT).

Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга : руководство для врачей / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 344 с. : ил. (консультант студента).

Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с: ил. (консультант студента).

Дополнительная литература:

Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс–информ 2004, 551с.:ил., таб. — 104 экз.

Гипергомоцистеинемия в клинической практике: руководство / В. С. Ефимов, Л. А. Озолина, А. З. Кашежева, О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 80 с (консультант студента).

Хронические сосудистые заболевания головного мозга : дисциркуляторная энцефалопатия: руководство для врачей / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шапаронова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 272 с. : ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). (консультант студента).

Церебральный инсульт. Нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения: атлас исследований. Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. 2012. - 152 с.: ил. (консультант студента).

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях: компьютерные обучающие программы; тренинговые и тестирующие программы.

Электронные базы данных:

<https://cyberleninka.ru/> <http://www.labinfo.ru/> <http://www.medline.ru/>
<http://medbook.medicina.ru/> <https://www.rmj.ru/articles/> <https://www.neurology.ru/nauka/>
[zhurnaly https://elibrary.ru/defaultx.asp](https://elibrary.ru/defaultx.asp)

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Наименование аудиторий и	Перечень оборудования	Примечание
	Фактическое наличие	
1	2	3
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Большой конференц-зал №331(ПИБ 312)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Доска для письма маркером – 1шт. - Кресла 70 шт. - Столы – 3 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Малый конференц-зал №343 (ПИБ 326)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Столы – 6 шт. - Стулья – 15 шт. - Доска для письма маркером – 1шт. - Муляжи - кушетка – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса

197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Учебная комната №342 (ПИБ 325)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Столы – 8 шт. - Стулья – 15 шт. - Доска для письма маркером – 2шт. - Муляжи	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Учебный класс № 334 (ПИБ 314) (выход в интернет)	- Столы – 3 шт. - Стулья – 12 шт. - Муляжи	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 1 (ПИБ 92)	Стол – 2 шт., Компьютерный стол – 1 шт. Стулья - 12 шт. Проектор – 1 шт. Ноутбук – 2 шт. Шкаф – 4 шт. Кресло – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 конференц-зал (ПИБ 98)	Стол - 2 шт, Стулья - 30 шт. Проектор мультимедийный – 1 шт. Экран проекционный – 1 шт. Компьютер – 1 шт. Монитор – 1шт. Клавиатура -1шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 15 (ПИБ 102)	Стол - 6 шт, Стулья - 12 шт. Компьютер – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 20 (ПИБ 107)	Стол - 10 шт, Стулья - 12 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса

Разработчики:

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО,
д.м.н., профессор Баранцевич Е.Р.

Доцент кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО,
к.м.н., Эмануэль Ю.В.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной
медицины, д.м.н., профессор Эмануэль В.Л.

Доцент кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины, к.м.н., доцент Лобачевская Т.В.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой клинической биохимии и лабораторной диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И.Евдокимова, член-корреспондент РАН, лауреат Государственной премии, д.м.н., профессор Кушлинский Н.Е.

Профессор кафедры неврологии имени академика С.Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова», д.м.н., доцент, член Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга Г.И. Шварцман

**Бально-рейтинговая система
к РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ**

дисциплины по выбору:

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ.
ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ
ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ»

для специальности 31.05.01 Лечебное дело Факультет лечебный

Кафедра Неврологии и мануальной медицины ФПО.

Кафедра Клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины

Схема итоговой аттестации студентов по дисциплине		
Вид деятельности		Баллы
Экзамен\зачет по Учебному плану		от 25 до 40
Баллы за практико-ориентированную часть зачета (промежуточная аттестация, проводимая устно). Ситуационная задача		До 10 баллов
Баллов за промежуточную аттестацию: компьютерное тестирование (промежуточная аттестация, проводимая письменно). Три теста с 0 до 10 баллов каждый		До 30 баллов
Оценка деятельности студента при изучении дисциплины.	Практические умения, предусмотренные учебной программой: кейс-задание, решение ситуационной задачи (клинического случая) оценивается преподавателем). Одно задание 0-10 баллов.	От 25 до 40 баллов
	Теоретическая подготовка (текущий контроль, активность в процессе обучения). Собеседование 0-5 балла за один вопрос.	От 12 до 20 баллов
Итоговая аттестация	0-60 баллов	неудовлетворительно
	61-73 балла	удовлетворительно
	74-84 балла	хорошо
	85-100 баллов	отлично

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО

д.м.н., профессор _____ Баранцевич Е.Р.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной
медицины

д.м.н., профессор _____ Эмануэль В.Л.

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией по терапии
«05» марта 2018 г., протокол № 110.

Председатель цикловой методической комиссии

д.м.н., профессор _____ В.И.Трофимов