


**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С.П.Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
А.В. Шабунин
« 31 » *МАРТА* 2021 г.



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
выпускников основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре по специальности
31.08.49 Терапия**

**Блок 3
«Государственная итоговая аттестация»**

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

Сычев Дмитрий Алексеевич, заведующий кафедры клинической фармакологии и терапии имени академика Б.Е. Вотчала, д.м.н. профессор, член-корр. РАН

Содержание

- I. Общие положения
- II. Требования к государственной итоговой аттестации
- III. Государственная итоговая аттестация
- IV. Критерии оценки ответа выпускника
- V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия разработана на основании:

– Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1092 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия»;

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава ГБУЗ ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ;

– локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-терапевт.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и соответствия

их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;
- принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-терапевта в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается документ об образовании и о квалификации, подтверждающий получение высшего образования по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень

которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются государственные экзаменационные комиссии, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе - комиссии) действуют в течение календарного года.

ГКБ им. С.П. Боткина самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

ГКБ им. С.П. Боткина утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГКБ им. С.П. Боткина, и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель

организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, – на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами - представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее – специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в состав государственных экзаменационных комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц,

входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГКБ им. С.П. Боткина утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной

форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-терапевт.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными** компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными** компетенциями:

профилактическая деятельность:

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

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с **Международной статистической классификацией** болезней и проблем,

связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным оценочным материалам, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.49 Терапия и размещенным на сайте ГБУЗ ГKB Им. С.П.Боткина ДЗМ. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется на базе Учебно-аккредитационного центра – Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

Инструкция: выберите один правильный ответ:

К симптомам присутствия плеврального выпота относятся:

- А. отставание дыхательной экскурсии грудной клетки на стороне поражения;
- Б. усиление дыхательных шумов над зоной притупления;
- В. смещение органов средостения в сторону выпота;
- Г. при левостороннем выпоте сохраняется пространство Траубе;
- Д. при значительном выпоте отсутствует набухание шейных вен и цианоз.

Ответ А.

К большим критериям ревматизма относятся:

- А. артралгии;
- Б. полиартрит;
- В. лихорадка;
- Г. удлинение интервала Р-Q;
- Д. признаки митральной или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ.

Ответ Б.

Инструкция: Выберите правильный ответ по схеме:

- А. если правильные ответы 1, 2, 3;
- Б. если правильные ответы 1 и 3;
- В. если правильные ответы 2 и 4;
- Г. если правильный ответ 4;
- Д. если правильные ответы 1,2,3,4

К основным признакам нарушения всасывания в кишечнике (болезни Уиппла) относятся:

- 1. лимфаденопатия
- 2. понос
- 3. обильный стул со стеатореей
- 4. полиартралгии

Ответ Д

К критериям синдрома недостаточности переваривания в тонкой кишке относятся:

- 1. жидкий желтый кал щелочной реакции
- 2. большое количество мышечных волокон, небольшое количество соединительной ткани, нейтрального жира и йодофильной микрофлоры,

3. значительное количество жирных кислот и мыл
4. очень большое содержание крахмала и перевариваемой клетчатки

Ответ Д

К клинико-лабораторным синдромам хронического гепатита относятся:

1. цитолитический синдром
2. иммуновоспалительный синдром
3. холестатический синдром
4. диспептический синдром

Ответ Д

К осложнениям хронического холецистита относятся:

1. холангит
2. водянка
3. эмпиема желчного пузыря
4. перихолецистит

Ответ Д

К основным типам кровоточивости, характерным для геморрагических диатезов, относятся:

1. гематомный
2. пятнисто-петехиальный
3. васкулитно-пурпурный
4. ангиоматозный

Ответ Д

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем:

Заболевание	Симптомы
А. Полимиозит Б. Системная красная волчанка В. Системная склеродермия	1. Полисерозит 2. Проксимальная мышечная слабость 3. Признак Готтрона 4. Склеродактилия

	5. Двусторонний базальный легочный фиброз
--	---

Ответ А-2, 3; Б-1; В-4, 5.

Заболевание	Симптомы
А. Ревматоидный артрит	1. Остеофиты
Б. Артрозы	2. Наличие тофусов
В. Подагра	3. Околосуставной остеопороз
Г. Анкилозирующий спондилит	4. Деформация пальца в виде «пуговичной петли»
	5. Двусторонний сакроилеит

Ответ А-3, 4; Б-1; В-2; Г-5.

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.
2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.
3. Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:

1. Организация терапевтической помощи населению, особенности стационарной и амбулаторной помощи. Порядок и стандарты оказания медицинской помощи по специальности «Внутренние болезни»
2. Использование современных технологий в разработке новых диагностических и лечебных методов.
3. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза. Тактика проведения обследования пациента, обоснование тактика

обследования, вклад физикальных, лабораторных, функциональных, инструментальных методов обследования в установление правильного диагноза в терапии. Понятие о чувствительности, специфичности, диагностической значимости метода или теста.

4. Исследование функции внешнего дыхания. Понятие и исследование диффузионной способности легких

5. Кислотно-щелочное состояние: нормальные параметры, трактовка изменений, коррекция нарушений.

6. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.

7. Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Определение понятия. Этиология, патогенез, патоморфология. Нозологические формы. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести.

8. Лечение ХОБЛ стабильного течения. Лечение обострений ХОБЛ. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).

9. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Определение степени тяжести бронхиальной астмы. Стандарты терапии бронхиальной астмы. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

10. Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация. Клиническая картина и критерии диагноза. Диагностика. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

11. Пневмонии. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения. Инфекционно-токсический шок. Сепсис. Современные подходы к лечению пневмоний. Критерии эффективности лечения.

12. Нагноительные заболевания легких. Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика, лечение. Тактика ведения пациентов.

13. Синдром трахеобронхиальной дискинезии. Классификация дискинезий и дисплазий бронхов. Вторичные бронхоэктазы и бронхоэктатическая болезнь. Вклад наследственной патологии. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

14. Диффузные интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология,

патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению.

15. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.

16. Синдром легочной диссеминации. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.

17. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.

18. Синдром легочной гипертензии. Классификация. Этиология. Генетика. Патогенез. Диагностика. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение.

19. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

20. Дыхательная недостаточность. Виды: острая, хроническая. Обструктивный и рестриктивный типы. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.

21. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: острый респираторный дистресс-синдром, причины, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: астматический статус, принципы диагностики и лечения.

22. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Первичные и вторичные дислипидемии: классификация, профилактика первичная и вторичная. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

23. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальный диагноз. Понятие о предгестовой вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии.

24. Аспекты лечения пациента с установленной ИБС. Общие принципы лечения. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.

25. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, патогенез и прогноз, диагностика и ведение пациентов. Безболевая

ишемия миокарда: диагностика, тактика ведения пациентов.

26. Острые формы ИБС. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и

«Инфаркт миокарда». Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.

27. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Течение и исходы ОКС.

28. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.

29. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, патоморфология. Коронарное кровоснабжение. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Варианты гемодинамических изменений при остром ИМ. Методы визуализации при инфаркте миокарда.

30. Инфаркт миокарда. Современная тактика ведения пациентов. Восстановление коронарного кровотока. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Диагностика и лечение ранних и поздних осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.

31. Постинфарктный кардиосклероз: варианты клиники и течения. Аневризма левого желудочка: клиника, диагностика, лечение. Ишемические синдромы. Ишемическая кардиомиопатия: этапы развития, диагностика, лечение.

32. Гипертоническая болезнь. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Группы риска. Диагностика, дифференциальная диагностика. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.

33. Симптоматические артериальные гипертонии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

34. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Формы. Молекулярные дефекты. Воспалительная кардиомиопатия. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

35. Гипертрофическая кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Морфологические типы. Патогенез и патоморфология. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию. Прогноз ГКМП. Алгоритм ведения пациентов.

36. Рестриктивная кардиомиопатия. Определение. Эпидемиология, этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз.

37. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Осложнения. Тактика ведения больных.

38. Митральная недостаточность. Этиология острой и хронической митральной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.

39. Стеноз аортального клапана. Виды стеноза аортального клапана. Этиология. Пороки развития аортального клапана. Изменения гемодинамики при аортальном стенозе. Диагностика и определение тяжести порока. Дифференциальный диагноз. Лечение.

40. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.

41. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация.

42. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

43. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.

44. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, ЭКГ, ЧПЭС, ЭФИ.

45. Тахикардии с узкими и широкими комплексами QRS – дифференциальный диагноз. Классы антиаритмических препаратов. Показания

к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения

46. Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции. Профилактика нарушений ритма и проводимости.

47. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации острой и хронической сердечной недостаточности. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.

48. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.

49. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.

50. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика.

51. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Системные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Тактика ведения пациентов ревматоидным артритом. Генно-инженерная терапия. Реабилитация. Диспансеризация, МСЭ.

52. Серонегативные спондилоартропатии. Определение группы. Характерные черты. Заболевания. Критерии. Реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

53. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.

54. Реактивные артропатии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.

55. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика.

Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.

56. Остеоартроз. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.

57. Микрористаллические артропатии. Этиология, патогенез, классификация, патоморфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.

58. Остеопороз. Классификация, диагностика, осложнения, современные подходы к ведению пациентов.

59. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология.

60. Критерии и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений.

61. Системная склеродермия. Понятие о болезнях склеродермической группы. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

62. Воспалительные миопатии. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные миопатии. Классификация, клиника, варианты течения, критерии, лабораторная диагностика, лечение.

63. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика, лечение.

64. Этиология и патогенез системных васкулитов. Патоморфология. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза. Общие принципы ведения пациентов. Прогноз.

65. Васкулиты с поражением преимущественно артерий крупного калибра: артериит Такаясу, болезнь Хортона. Ревматическая полимиалгия. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз

66. Васкулиты с поражением преимущественно артерий среднего калибра: узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

67. Синдром дисфагии. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.

68. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пищевод Баррета. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.

69. Общие вопросы. Клинико-лабораторные синдромы в гепатологии. Роль морфологических методов исследования в диагностике заболеваний печени. Строение сосудистой системы печени, синдром портальной гипертензии.

70. Гепатиты острые и хронические: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, современные подходы к эффективной терапии.

71. Циррозы печени: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания.

72. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность (печеночная энцефалопатия, желтуха, кома), портальная гипертензия. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Принципы лечения циррозов печени.

73. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

74. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Идиопатический гемохроматоз и гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

75. Болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

76. Стеатогепатиты. Поражение печени при алкогольной болезни и неалкогольном стеатогепатите. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

77. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Тромбозы системы воротной вены. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

78. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

79. Острый гастрит. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.

80. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности

эрадикационной терапии.

81. Постгастрорезекционные расстройства. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

82. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

83. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

84. Острые и хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика. Осложнения острого панкреатита. Синдром панкреатической недостаточности. Функциональные нарушения секреции и транспорта панкреатического сока.

85. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дисбиоз кишечника.

86. Энтеропатии: целиакия, болезнь Гордона, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение.

87. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит и болезнь Крона. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.

88. Микроскопический, лимфоцитарный, недифференцированный колиты. Дивертикулез толстого кишечника. Клиническая картина. Критерии диагноза. Тактика ведения.

89. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.

90. Основные синдромы и понятия в нефрологии: нефритический, нефротический, мочевого, острое почечное повреждение, хроническая болезнь почки. Определение. Роль клинического, лабораторного, инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы. Морфологическое исследование почечного биоптата.

91. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

92. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.

Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

93. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.

94. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

95. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

96. Виды, показания, техника проведения, осложнения и тактика ведения пациентов на заместительной почечной терапии.

97. Нормальное кроветворение: схема, регуляция. Современные представления о патогенезе гемобластозов. Типичные мутации. Тактика обследования гематологического больного. Техника проведения и интерпретация результатов пункции костного мозга. Техника проведения и интерпретация результатов трепанобиопсии костного мозга.

98. Дифференциальный диагноз анемий. Классификация анемий. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов железodefицитной, В-12-дефицитной, фолиево-дефицитной анемиями.

99. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Тактика ведения пациентов. Прогноз.

100. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.

101. Хронические миелопролиферативные заболевания. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.

102. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.

103. Болезнь Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.

104. Парапротеинемические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Синдром гипервязкости. Принципы терапии. Прогноз.

105. Миелодиспластические синдромы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.

106. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.

107. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.

108. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.

109. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

110. Воспалительные заболевания щитовидной железы. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика.

111. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

112. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

113. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз.

Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение, прогноз.

114. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.

115. Болезнь Иценко-Кушинга. Акромегалия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация.

116. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз.

117. Алгоритм сердечно-легочной реанимации. Принципы интенсивной терапии острой сердечной недостаточности.

118. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Диагностика, интенсивная терапия астматического статуса.

119. Интенсивная терапия легочного кровотечения. 119. Интенсивная терапия спонтанного пневмоторакса.

120. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология,

патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

121. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.

122. Тромбоз мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.

123. Печеночная кома: интенсивная терапия. Лечение и профилактика кровотечений при портальной гипертензии.

124. Комы при сахарном диабете: патогенез, дифференциальный диагноз. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.

125. Гипертиреозный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия. Гипотиреозная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.

126. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы интенсивной терапии.

127. Анафилактический шок и анафилактоидные реакции. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. 128. Ангioneвротический тек. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.

129. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.

130. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению территориального врачебного участка. Прием в поликлинике, посещения больных на дому (по вызову, активные), организация терапевтического стационара на дому. Организация и проведение диспансеризации больных и здоровых, профилактические осмотры.

131. Принципы реабилитации больных и инвалидов. Санаторно-курортный отбор. Санитарно-просветительная работа. Работа с участковой медицинской сестрой. Планирование работы, заполнение и ведение учетной и отчетной медицинской документации.

132. Принципы работы и задачи МСЭ. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Выдача листов нетрудоспособности при заболеваниях, травмах и по уходу за больными. Причины инвалидности. Критерии установления инвалидности.

133. Этиология и патогенез хронического легочного сердца.

134. Классификация бронхиальной астмы по тяжести течения.

135. Классификация кардиомиопатий.

136. Клиника синдрома Бругада.
137. Сравнительная характеристика типов гипертонических кризов.
138. Клиническая картина болезни Крона.
139. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита.
140. Клинические варианты хронического гломерулонефрита
141. Мотивирование к здоровому образу жизни в работе врача.
142. Коммуникативные ресурсы врача.
143. Приемы и техники эффективного общения.
144. Основы бесконфликтного поведения.
145. Категории и понятия педагогики как науки.
146. Современные теории обучения.
147. Педагогические способности врача.
148. Педагогические ситуации в работе врача.
149. Цели педагогической деятельности врача.
150. В каких случаях оказывается скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь гражданам Российской Федерации?
151. Основные мероприятия по организации подготовки органов управления, медицинских формирований и учреждений службы медицины катастроф к действиям в ЧС (в соответствии с Организационно-методическими указаниями Минздрава России).
152. Порядок оценки эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.
153. Задачи и основы деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ТЦМК.
154. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге землетрясения.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:

1. Перечислите клинико-лабораторные критерии активности ревматоидного артрита.
2. Перечислите принципы лечения подагры.
3. Приведите синдромы при В12-дефицитной анемии.
4. Приведите примеры гемолитических анемий.
5. Перечислите причины отечного синдрома при остром гломерулонефрите.
6. Перечислите синдромы хронической почечной недостаточности.

7. Перечислите клинические признаки при гипертоническом и гипотоническом типах дискинезии желчного пузыря.

8. Приведите мероприятия по борьбе с осложнениями декомпенсированного цирроза печени.

9. Приведите принципы лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

10. Приведите абсолютные и относительные противопоказания к проведению системного тромболитика.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Задача 1

Больной 52 лет, поступил по поводу лихорадки с ознобами до 38,5°, слабости, одышки при ходьбе.

Болен в течение одного месяца, после перенесенной ангины. В возрасте 12 лет перенес острый полиартрит. С 36 лет находили компенсированный порок сердца.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. В легких в задне-нижних отделах, влажные не звонкие мелкопузырчатые хрипы. Выраженная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок в V—VI межреберьях, разлитой усиленный. Во II-м межреберье справа диастолический шум убывающего характера, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией на шею. Пульс 86/мин, ритмичный, высокий, быстрый. АД 150/40 мм рт. ст. Селезенка прощупывается у края реберной дуги.

Осмотр ЛОР: декомпенсированный хронический тонзиллит.

Вопросы

1. Приведите аргументы в пользу диагноза подострого бактериального эндокардита?
2. Вероятный возбудитель?
3. Исследования для прямого подтверждения диагноза бактериального эндокардита?
4. Посев крови дал рост зеленеющего стрептококка. Ваша тактика лечения?
5. Критерии эффективности лечения?
6. Продолжительность лечения?

Задача 2

Больная С, 28 лет поступила по поводу инфицированного аборта.

После произведенного выскабливания матки отмечено: повышение температуры до 38,5° с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В прошлом ничем не болела.

Объективно: бледность кожи, и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на предплечьях. При аускультации мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в 5-й точке аускультации. АД 140/60 мм рт. ст. Пальпируется край селезенки.

ЭКГ и рентгенограмма грудной клетки без патологии. СОЭ 40 мм/час. Посевы крови — четырехкратно, отрицательные. В ан. мочи — микрогематурия. Другие исследования — без особенностей.

Назначено лечение пенициллином 10 млн. ед/сут температура на 10-й день снизилась до 37,5°.

На 5-й день внезапно появились боли в правой поясничной области и макрогематурия. Эти признаки исчезли через 3 дня.

Начато лечение антикоагулянтами.

На 30-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. При аускультации диастолический шум стал интенсивным, грубым. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, быстрый и высокий пульс. АД= 140/40 мм рт. ст. На ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка. При рентгенографии — увеличение размера левого желудочка. Вечером у больной появились клинические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом.

Вопросы

- 1.Какая форма бактериального эндокардита?
- 2.Какое осложнение возникло на 5-й день?
- 3.То же - на 30-й день?
- 4.Возможная причина комы и смерти?
- 5.Дайте оценку антибактериальной терапии?
- 6.То же лечения антикоагулянтами?
- 7.Имелись ли показания к оперативному лечению?

Задача 3

Больная 32 лет, госпитализирована по поводу эритематозной сыпи на голенях.

Заболела остро, 2 дня назад, когда одновременно появилась лихорадка до 38° без озноба и боли в коленных и голеностопных суставах.

В детстве перенесла тонзиллэктомию и аппендэктомию. 3 недели назад был понос в течение суток.

Объективно: на передней поверхности голеней красные, горячие и болезненные при пальпации пятна с плотным основанием, до 3 см в диаметре, всего 3. Суставы не изменены. Лимфоузлы не увеличены. Температура 38,2°, пульс 90/мин, АД 130/70 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Ан. крови: Нв 140 г/л, лейкоц. 11-10⁹/л, тромбоциты 350-10⁹/л, СОЭ 47 мм/час.

Вопросы

- 1.Вероятный диагноз?
- 2.Какие наиболее частые причины данного синдрома?
- 3.Какой минимум дополнительных исследований необходим при уточнении диагноза?
- 4.Какая этиология наиболее вероятна?
- 5.Какое лечение требуется?

Задача 4

У больного 35 лет, через 2 нед. после лихорадочного заболевания невыясненного

происхождения появились отеки на лице, артериальная гипертензия до 170/100 мм рт.ст., изменения в моче. Поставлен диагноз острого гломерулонефрита.

Вопросы

1. Какая инфекция может привести к острому гломерулонефриту

- 1) стрептококковая инфекция глотки,
- 2) стрептококковая инфекция кожи,
- 3) пневмококковая пневмония,
- 4) вирусная инфекция,
- 5) сальмонеллез глотки.

2. Какие изменения в моче могут ожидать?

- 1) протеинурия 6 г/сут,
- 2) протеинурия 2,5 г/сут,
- 3) лейкоцитурия,
- 4) свежие эритроциты,
- 5) выщелоченные эритроциты,
- 6) относительная плотность 1008. .

3. Каков патогенез артериальной гипертензии?

- 1) повышение периферического сопротивления,
- 2) задержка воды и натрия,
- 3) увеличение активности ренина,
- 4) увеличение выделения альдостерона,
- 5) увеличение продукции кортизола.

4. Какое лечение больного правильное?

- 1) сердечные гликозиды,
- 2) ограничение белка в диете,
- 3) стероидные гормоны,
- 4) пенициллин,
- 5) фуросемид.

Задача 5

Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошнота, похудание.

10 лет назад перенес острый гломерулонефрит, в последующем отмечалась артериальная гипертензия. Ухудшение состояния 3 мес. В анамнезе бронхиальная астма (с 10-летнего возраста), периодически депрессивные состояния, аппендицит, осложненный перитонитом в 22 г.

Объективно: масса тела 60 кг, рост 180 см. Кожа сухая, тургор снижен. Отеков нет. Пульс 80/мин. АД 185/100 мм рт.ст. Диурез 2,2 л.

На ЭКГ—гипертрофия левого желудочка.

Мочевина, крови 55 ммоль/л, креатинин 600 мкмоль/л, натрий 140 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, HCO_3^- 16 ммоль/л, белок 74 г/л, кальций 2 мкмоль/л, фосфор 2,3 ммоль/л.

Вопросы

1. Диагноз основного заболевания?

2. Диета (белки, жиры, углеводы, калории, соль, вода, прочее)?
3. Какое гипотензивное лечение?
4. Какие другие мероприятия?
5. Что делать при развитии терминальной почечной недостаточности?

Задача 6

У больного 49 лет, страдающего хроническим гломерулонефритом, появилась нарастающая общая слабость, головные боли, анорексия, похудание.

При обследовании: кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Пульс 100/мин. Натрий в крови 128 ммоль/л. калий — 4,4 ммоль/л, креатинин -350 мкмоль/л, рН- 7,25. Диурез 600 мл/сут. Ан.крови: Нв, 78 г/л, гематокрит 27%, лейкоцитов 5,1-10⁹/л , СОЭ 45 мм/час.

Вопросы

1. Какая стадия почечной недостаточности?
2. Оцените состояние водно-солевого обмена. Какое имеется противоречие?
3. С чего начать лечение?
 - 1) в/в введение физиологического раствора,
 - 2) в/в введение бикарбоната натрия,
 - 3) готовить к пересадке почек,
 - 4) в/в введение больших доз фуросемида,
 - 5) гемодиализ.
4. Какие причины анемии у данного больного?
 - 1) уменьшение продукции эритропоэтинов и уменьшение продолжительности жизни эритроцитов
 - 2) нарушение всасывания железа и фолиевой кислоты,
 - 3) дефицит витамина В6,
 - 4) антитела к эритроцитам,
 - 5) гиперазотемия.
6. Через 1 год больной переведён на хронический гемодиализ. Требуются все мероприятия, кроме одного:
 - 1) ограничение белка до 50—60 г/сут,
 - 2) назначение фолиевой кислоты,
 - 3) назначение альмагеля,
 - 4) потребление натрия 5-10 г/сут,
 - 5) приём препаратов железа.

Задача 7

У больного 45 лет, страдающего хроническим остеомиелитом правой голени, обнаружили изменения в моче: белок 3 г/л (4,5 г/сут), лейкоциты 5—10 в п/зр, эритроциты един, в п/зр, цилиндры гиалиновые 5—10 в препарате.

Вопросы

1. О каком заболевании можно думать?
 - 1) люпус-нефрит,

- 2) метастатический абсцесс,
- 3) амилоидоз,
- 4) гломерулонефрит,
- 5) пиелонефрит.

2. Какие методы подтверждения диагноза?

3. Учитывая суточную протеинурию, какой синдром можно предполагать?

4. Какие изменения могут быть обнаружены при биохимическом исследовании крови?

5. Какие осложнения могут быть у данного больного?

- 1) бактериальный эндокардит,
- 2) гипотиреоз,
- 3) анемия,
- 4) тромбоз почечной вены,
- 5) пиелонефрит.

Задача 8

Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноты, похудание.

10 лет — периодические приступы почечной колики, рези и боли при мочеиспускании. 5 лет — артериальная гипертензия. Ухудшение в течение 2 мес.

С детского возраста — бронхиальная астма, периодически мигрень, депрессивные состояния. 7 лет назад — аппендицит, осложнившийся перитонитом.

Объективно: масса тела 60 кг, рост 180 см. Кожа сухая, бледная, тургор снижен. АД 140/100 мм рт. ст. Пульс 80/мин. В легких рассеянные сухие хрипы на выдохе.

Мочевина крови 95 ммоль/л, креатинин 420 мкмоль/л, белок 78 г/л, натрий 145 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, кальций 2 мкмоль/л. Диурез 1200 мл.

Вопросы

1. Какая стадия и возможная причина хронической почечной недостаточности?
2. Оценить состояние водно-электролитного обмена?
3. Назначить и обосновать диету данному больному.
4. В анализе мочи — лейкоциты покрывают поля зрения. Повторно при посеве — рост кишечной палочки.
5. Нужно ли и какое именно гипотензивное лечение? Какое антибактериальное лечение показано?
6. Какие другие мероприятия показаны больному?
7. Какие мероприятия нужны при развитии терминальной почечной недостаточности?

Задача 9

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле.

До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет/сут. Аллергия к пенициллину.

При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82/мин, АД 120/75 мм рт. ст. Температура 37,8°.

Вопросы

1. Какой возможный возбудитель пневмонии?
2. Требуется ли бактериологическое исследование?
3. Обязательна ли госпитализация?
4. С чего начать лечение (немедикаментозные и медикаментозные назначения)?
5. Какие могут быть побочные явления от лечения и что делать?
6. При посещении на дому через 3 дня температура нормальная, но кашель и хрипы в легких сохраняются. Тактика лечения?
7. Требуется ли и когда рентгенологический контроль?
8. Что делать при отсутствии эффекта лечения через 3 дня?

Задача 10

Мужчина 45 лет госпитализирован по поводу острой пневмонии с температурой 40°C. Заболел накануне. В прошлом реакций на медикаменты не было.

При поступлении начато лечение ампициллином в/м. Через 10 мин. после введения появилась резкая слабость, чувство давления в груди, цианоз лица, профузный пот, потеря сознания. Больной срочно переведен в БИТ.

Объективно: распространенная крапивница, акроцианоз, похолодание и мраморность конечностей, запавшие глазные яблоки. Пульс нитевидный, не сосчитывается. АД не определяется. Тоны сердца глухие. Дыхание 35/мин, поверхностное.

Вопросы

1. Что произошло?
2. Тактика неотложной помощи?
3. Тактика лечения пневмонии?

Задача 11

Больной 62 лет, поступил по поводу нарастающей одышки экспираторного типа. Много лет курит по 1,5-2 пачки сигарет/сут. Несколько лет отмечает кашель с трудно отхаркиваемой вязкой мокротой, отделение которой ухудшилось за последний месяц. Температура не повышалась. Принимал бета-2 агонисты и теофиллин без эффекта.

Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, сухие протяжные хрипы на выдохе. АД = 180/105 мм рт. ст. Пульс 90/мин.

При рентгенографии: усиленный легочный рисунок, эмфизема легких.

Спирография: ФЖЕЛ1 1200 мл, проба Тиффно 55%.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
2. Признаки и главная причина бронхиальной обструкции?
3. Возможные причины артериальной гипертензии?
4. Какое лечение следует назначить больному?
 - 1) отхаркивающие (йодид калия, термопсис, ацетилцистеин),
 - 2) ингаляции бета-стимуляторов,
 - 3) антибиотики,

- 4) прекратить курение, обильное питьё,
- 5) бронхоскопический дренаж.

Задача 12

Больной 52 лет предъявляет жалобы на одышку в покое, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость.

Много лет курит, постоянный кашель с периодическим усилением связи с простудой. В течение 3 –х лет отмечает постепенно усиливающуюся одышку. В последние месяцы появились отеки на голенях.

Объективно: пониженного питания. Цианоз губ, акроцианоз. Небольшие отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежащем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс-92/мин. Печень на 5 см ниже края реберной дуги.

На основании приведенных данных поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, легочное сердце. Дыхательная недостаточность III, сердечная недостаточность II стадии.

Вопросы

1. Признаки бронхиальной обструкции, какие дополнительные исследования необходимы для уточнения ее наличия и степени выраженности?
2. Механизм бронхиальной обструкции
3. Основной механизм развития дыхательной недостаточности
4. Доказательства наличия легочного сердца
5. Основные направления лечения

Задача 13

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки инспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, - небольшой кашель, боли, в правом боку при глубоком вдохе и кашле.

Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг.

Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливающиеся при глубоком дыхании. Частота дыхания 28/мин. Пульс 88/мин. Печень у края реберной дуги.

Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени и понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

Вопросы

1. Определите тип и степень дыхательной недостаточности.
2. О каких заболеваниях можно думать?
 - 1) хронический бронхит,

- 2) саркоидоз легких,
 - 3) фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммена-Рича),
 - 4) силикоз.
3. Какие следует ожидать изменения показателей внешнего дыхания?
- 1) уменьшение ЖЕЛ, общей емкости легких (ОЕЛ),
 - 2) уменьшение ФЖЕЛ1 и пробы Тиффно,
 - 3) ФЖЕЛГ и пробы Тиффно не снижены,
 - 4) МВЛ снижена,
 - 5) диффузионная способность легких снижена.
4. Какие методы определения активности процесса?
- 1) анализ крови,
 - 3) биопсия лёгких,
 - 4) циркулирующие иммунные комплексы,
 - 5) сцинтиграфия лёгких.
5. Какие ожидаются показатели газов крови?
- 1) гипоксемия,
 - 2) гиперкапния,
 - 3) нормакапния,
 - 4) ацидоз,
 - 5) алкалоз.
6. Какие методы лечения можно рекомендовать?
- 1) антибиотики,
 - 2) кортикостероиды,
 - 3) азатиоприн,
 - 4) сердечные гликозиды,
 - 5) бронхолитики.

Задача 14

Больной 46 лет в течение многих лет кашляет, в последние 3-4 года с выделением до 50-100 мл гнойной мокроты. Отмечает слабость, утомляемость, субфебрильную температуру, одышку при ходьбе.

Курит по 1-1,5 пачки в день в течение 20 лет, в детстве перенес пневмонию.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие грубые хрипы под правой лопаткой, жесткое дыхание.

На основании обследования устанавливается диагноз хронического гнойного бронхита, эмфиземы легких, ДН1. В развитии бронхита имеет значение длительное и интенсивное курение.

Вопросы

1. Назовите несоответствие данных объективного статуса клиническому диагнозу
2. При рентгенографии обнаружено затемнение в области правого корня и высокое стояние купола диафрагмы. Ваше предположение о диагнозе
3. Назовите исследования для подтверждения диагноза
4. Лечение бронхита.

Задача 15

Больной 30 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с выделением обильной мокроты с запахом, лихорадка до 39—40°С с ознобом и потом.

Заболел остро 3 дня назад. 6 мес назад перенес вирусный гепатит. Злоупотребляет алкоголем и курением. Не работает в течение года.

Объективно: масса тела 53 кг, рост 170 см. В легких справа под лопаткой притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе. Пульс 110/мин. АД 110/80 мм рт. ст. На правом предплечье и левом плече — следы инъекций и лимфангиита. Ан. крови: НВ—106 г/л Л — 20- 10/л, нейтр. 85, лимф. 10, м. 5% СОЭ 48 мм/час.

При рентгенографии грудной клетки: справа внизу выпот, выше — два округлых затемнения с уровнем жидкости. ЭКГ — норма

Вопросы

1. Диагноз заболевания легких
2. Какие дополнительные факторы риска
3. Вероятный возбудитель
4. Какое антибактериальное лечение показано?
5. На фоне проводимого лечения температура снизилась, мокрота уменьшилась, но через 5 дней вновь состояние ухудшилось - появилась одышка, боли в левом боку, температура до 40°. При рентгенографии - диссеминированные тени слева. Возможные причины возобновления лихорадки?
6. При обследовании дополнительно обнаружены спленомегалия, снижение гемоглобина до 96 г/л, в моче — белок, микрогематурия. Посев крови — золотистый стафилококк.

Задача 16

Больная 37 лет, доставлена в стационар по скорой помощи по поводу внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами.

Объективно: одышка в покое 32/мин, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура 36,8°. В легких дыхание жесткое, с удлинённым выдохом, хрипов нет. Пульс 50/мин. АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки. Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ-ритм синусовый, правограмма, S1 Q3, высокие и остроконечные PII,III, aVF, отрицательные T в V1-3.

Назначенное лечение: гепарин, коргликон в/в.

Состояние улучшилось, но на 4-й день возникло умеренное легочное кровотечение. Время свертывания крови было в 2 раза больше исходного, антикоагулянты отменили.

На 6-й день возобновилась одышка, боли в левом боку. Отмечено набухание шейных вен и увеличение печени. Возобновлено лечение гепарином и сердечными гликозидами. На 15-й день чувствует себя хорошо, все патологические признаки исчезли.

Вопросы

1. Диагноз при поступлении? Причина заболевания?
2. Что произошло на 4-й день? Оцените тактику лечения.
3. Как оценить клиническую картину на 6-й день?
4. Какое одно противоречие имеется в описании исходных клинических данных?

Задача 17

Больной 65 лет. Жалобы на головные боли, шум в голове, одышку и боли в икроножных мышцах при подъеме на 1 этаж; сухость во рту, запоры, сонливость.

Артериальная гипертензия 15 лет. Принимает каптозид по 1 табл. в сутки. Курил с 30 лет по 10 сигарет в день, 3 года не курит. Объективно: масса тела 65 кг, рост 168 см. В легких немного влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов в задне-нижних отделах. Дыхание 20/мин. Сердце: акцент II тона, и грубый систолический шум на аорте. АД 180/105, мм рт. ст. Пульс 88/мин. Пульсация на артериях стопы отсутствует.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Глюкоза крови 4,5 ммоль/л, мочевиная кислота 280 мкмоль/л, белок 65 г/л, креатинин 70 мкмоль/л.

Вопросы

1. Поставьте диагноз в соответствии с имеющимися данными. Как объяснить шум на аорте?
2. Оцените проводимое лечение.
3. Как изменить лечение (диета, медикаменты)?
4. Какие гипотензивные препараты противопоказаны данному больному и почему?
5. Какие методы контроля за назначенным лечением?

Задача 18

Вызов к больному 66 лет. 1 час назад начался приступ инспираторного удушья с ощущением kloкотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты.

В течение 15 лет артериальная гипертензия до 210/110 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Получает капотен по 25 мг 3 р в сутки.

Объективно: Цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Ортопноэ, дыхание 36/мин. В легких повсюду влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Пульс 110/мин, ритмичный, напряженный. АД=230/140 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

На дому начато лечение: дибазол с папаверином в/в, фуросемид 80 мг внутрь, дигоксин 0,05% — 0,5 мл в/в, кровопускание 200 мл, кислород из подушки.

Состояние не улучшается. АД 210/130 мм рт. ст. Пульс 130/мин.

Вопросы

1. Полный диагноз
2. Оценить проведенное лечение.
3. Что делать дальше
4. До какого уровня снижать АД

Задача 19

Больная 38 лет, поступила по поводу недавно выявленной нелеченой артериальной гипертензии. Жалобы на головную боль, мышечную слабость, парестезии в конечностях, повышенную жажду.

В анамнезе хронические запоры, острый пиелонефрит 4 года назад.

Объективно: Масса тела 58 кг, рост 168 см. АД — 165/105. Пульс 84/мин, редкие экстрасистолы. Диурез 3 л. Анализ крови и мочи без особенностей. Натрий крови 166 ммоль/л, калий 2,7 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевая кислота 230 ммоль/л, белок 69 г/л. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, высокие зубцы U

Назначено лечение: метопролол по 50 мг 1 раз, гипотиазид 50 мг/сут.

Вопросы

1. Какие возможные причины артериальной гипертензии (рено-васкулярная, хронический пиелонефрит, адгостерома, феохромоцитома, гипертоническая болезнь)? Доказательства.

2. Какие дополнительные исследования показаны для уточнения диагноза? .

3. Какие показатели активности ренина/плазмы и экскреции альдостерона ожидаются (снижение, норма, увеличения)?

4. Оцените назначенное лечение?

5. Ваши рекомендации по лечению.

Задача 20

Мужчина 30 лет, обратился по поводу постоянной головной боли.

Болен 5 месяцев. 2 года назад перенес травму с повреждением селезенки и левого легкого.

Объективно: рост 175 см, масса тела 95 кг. АД=210/100 мм рт-ст. Пульс 80/мин, ритмичный. Слева в околопупочной области выслушивается систолический шум.

Вопросы

1. Ваша тактика при наличии высокой гипертензии:

- 1) начать лечение бета-блокаторами,
- 2) назначить гипокалорийную диету,
- 3) начать лечение комбинацией двух медикаментов,
- 4) провести обследование для выяснения причины артериальной гипертензии,
- 5) провести обследование органов мишеней.

2. Какие исследования нужны в первую очередь?

- 1) электролиты крови и мочи.
- 2) ЭКГ,
- 3) УЗИ почек,
- 4) радиоизотопная ренография,
- 5) рентгенография грудной клетки.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

- 1) активность ренина плазмы,
- 2) катехоламины крови,

- 3) определение альдостерона,
- 4) ангиография почечных артерий,
- 5) содержание кортизола в крови.

4. Тактика лечения:

- 1) бета-блокаторы,
- 2) диета,
- 3) тиазидные диуретики,
- 4) антагонисты кальция,
- 5) каптоприл.

Задача 21

Больная 75 лет госпитализирована по поводу спутанного сознания.

Много лет страдает артериальной гипертензией. Последние 3 мес соблюдала малосолевою диету, принимала фуросемид по 40 мг/сут. 2 недели назад появилась нарастающая общая слабость, 3 дня - тошнота, рвота, отвращение к воде и спутанное сознание. Похудела на 5 кг.

Объективно: Сухость слизистых и кожи, ожженный тургор кожи (собирается в складки). АД=105/75 мм рт. ст. Пульс 88/мин.

Натрий крови 115 ммоль/л, калий—3,1 ммоль/л, общий белок 75 г/л, глюкоза 5 ммоль/л, мочевины 9,5 ммоль/л.

Вопросы

1. О каком осложнении идет речь? Оцените данные лабораторных исследований.
2. Причины гипотензии и азотемии?
3. Дайте назначения на сутки.
4. Какие методы наблюдения за больной?
5. Дайте оценку предшествующего лечения больной.

Задача 22

Больной 55 лет, инженер, жалобы на давящие боли за грудиной, при быстрой ходьбе и подъеме по лестнице до 2-го этажа. Боли заставляют больного останавливаться, проходят в покое или через 1 мин после приема нитроглицерина.

Болен 3 мес. К врачам не обращался. Курит в течение 30 лет по 20 сигарет в день.

Объективно: масса тела 90 кг, рост 166, см. В' легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. АД 165/105 мм. рт. ст Пульс 88/мин .В оста льном без особенностей.

Вопросы

1. Можно ли поставить диагноз ИБС и установить ее форму на основании приведенных выше данных?
2. Какие дополнительные исследования и для какой цели требуются данному больному в условиях поликлиники?
3. Как должны быть сделаны рекомендации по режиму и диете?
4. Медикаментозное лечение? Какие препараты не показаны?
5. Какие критерии эффективности лечения?

6. Через 2 мес. эффекта нет. Приступы стенокардии остаются 2—3 раза в неделю. Сделана коронарография, обнаружен стеноз основного ствола коронарной артерии. Ваша тактика.

Задача 23

Больной 47 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноты, плохой аппетит и частые поносы.

В течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В течение 2 лет сахарный диабет, принимает букарбан. 6 мес — поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.

Объективно: масса тела 60 кг, рост 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотная.

Вопросы

1. Какой диагноз наиболее вероятен: хронический энтероколит, рак желудка, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы?

2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?

3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?

4. Что можно ожидать при анализе кала, как объяснить эти изменения?

5. Что можно ожидать при анализе периферической крови?

6. Как объяснить изменения печени?

7. Глюкоза крови у данного больного 6,2 ммоль/л, в моче сахара нет, ацетон -/-. Как объяснить ацетонурию?

8. Назначено лечение: стол 5, панкреатин 0,5х3, контрикал 15000 ЕД в/в/сут, атропин п/к. Оцените адекватность этого лечения.

Задача 24

Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы, Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер. 5 дней назад появились головные боли, тошнота, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом. 3,5 мес. назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в приемном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и больной был направлен в терапевтическое отделение. Анамнез, жизни без особенностей.

Объективно: выраженная желтушность кожи и склер. Температура нормальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупывается. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин 54,3 ммоль/л, АСТ 210 ед, АЛТ 295 ед. Щелочная фосфатаза 826 ед.

Назначено лечение: стол 5, преднизолон 30 мг/сут, эссенциале 5,0 в/в, аллохол 1 тх 3 раза, глюкоза 40%—40,0 в/в, пенициллин 500 тыс. ед х 6 раз в/м.

Вопросы

1. На каком основании в инфекционной больнице отвергнут диагноз вирусного гепатита?

2. Какое значение имел эпиданамнез?
3. Вероятный диагноз?
4. Какие биохимические синдромы были выявлены?
5. Каков характер желтухи?
6. Оцените назначенное лечение?

Задача 25

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе.

В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 мес назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, Живот увеличен в объеме, пупок сглажен. Определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез 700 мл.

Билирубин крови 30 ммоль/л, АСТ — 0,8 ммоль/мл, АЛТ — 1,2 ммоль/мл, протромбиновое время 50%. Натрий крови 135 ммоль/л, креатинин — 80 мкмоль/л, белок 42 г/л.

Вопросы

1. Полный диагноз?
2. Сделайте назначения на первую неделю.
3. Какие показатели следует наблюдать?
4. Какое лечение следует назначить при отсутствии аффекта от 2?
5. Какие методы контроля лечения?
6. Какие возможные побочные явления?
7. Какие показания для пункции асцита и заменителей плазмы?

Задача 26.

Больной К., 48 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при небольших физических нагрузках, кровохарканье и боли в правом боку при дыхании. Боли в боку и кровохарканье появились неделю назад. Одышку стал ощущать в течение приблизительно последних 2-х лет. На протяжении этого времени кровохарканье и боли в правом боку повторялись трижды. С момента появления одышки почти одновременно опухли ноги.

При осмотре: отеки ног, небольшие отеки на пояснице, вздутые шейные вены, небольшая иктеричность склер. В нижних отделах легких – влажные хрипы, справа по аксиллярной линии – непостоянный шум трения плевры. Сердце значительно увеличено во все стороны, верхушечный толчок разлитой.

При рентгеноскопии отмечается значительное увеличение сердца, дуги сглажены, легкие полнокровные, участок пневмонической инфильтрации справа.

При аускультации тоны глухие, аритмичные 100 в минуту, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область и к мечевидному отростку.

АД – 100/70 мм. рт. ст. Печень выступает из-под реберного края на 10 см, умеренно плотная, болезненная при пальпации. Контрастированный пищевод отклонен кзади.

На ЭКГ – мерцательная аритмия, блокада правой ножки пучка Гиса, политопная желудочковая экстрасистолия.

Моча без особенностей.

Биохимия: билирубин 18 мкмоль/л, непрямой 8 мкмоль/л, прямой 10

мкмоль/л, АСАТ 125,
Протромбин 80.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
3. Назначьте лечение.

Задача 27.

При подборе лечения пациент резко отказывается от одного из необходимых препаратов, ссылаясь на дороговизну и непереносимость побочных эффектов.

Вопросы:

1. Какие аргументы будут самыми эффективными?
2. Какая стратегия выхода из конфликта будет наилучшей?

Ответ.

Эффективные аргументы опираются на представления самого пациента о полезности лечения и должны учитывать его личностные особенности. Пять стратегий выхода из конфликта: избегание, соперничество, сотрудничество, компромисс и приспособление (каждая из которых может быть использована в этой ситуации). Наилучшая стратегия – сотрудничество – позволяет добиться максимального результата для обеих сторон.

Задача 28.

Больная 38 лет, поступила с жалобами на ноющие боли в подложечной и околопупочной области без определенной периодичности, вздутие живота, тошнота, иногда рвота, чередование поносов и запоров. Больна в течение 10 лет, но к врачам никогда не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 66 кг. Язык со сглаженными сосочками, имеется ангулярный стоматит, утолщение и слоистость ногтей, бледность кожи и слизистых. Живот несколько вздут, разлитая нерезкая болезненность в подложечной области. Менструации нерегулярные, продолжительные.

Ан. крови: Нв 95 г/л. Эр- 3,1.1012/л, цв. показ. 0,75. Желудочный сок: кислотность 0-0-15, не изменяется после введения гистамина.

На основании полученных данных поставлен диагноз: хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

Вопросы

1. Какие аргументы в пользу диагноза хронического гастрита?
2. Какие признаки секреторной недостаточности?
3. Какие признаки дефицита железа? Как его подтвердить?
4. Какова причина анемий?
5. Что ожидается при эзофагогастроскопии?
6. Лечение анемии?
7. Какие методы лечения секреторной недостаточности?

Задача 29.

Больной 51 г. поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели за три до поступления

появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне.

На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска» натошак ниже уровня пупка. АД 95/70 мм рт. ст.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
3. Для какой цели нужна эзофагогастроскопия?
4. Причина похудения?
5. Какие ожидаются изменения электролитного состава крови?
6. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?
7. Тактика лечения?
8. Методы коррекции водно-электролитного обмена.

Задача 30.

Больная 71 г. обратилась к врачу по поводу общей слабости, запоров.

Объективно: бледность кожи и слизистых. Рост 165 см, вес 55 кг. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на верхушке. Пульс 80/мин. АД 110/80 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Ан. крови: Нв 90 г/л, Эр. 3,1.1012/л, цв. пок. 0,75, Железо сыворотки крови 5 мкмоль/л, общая железо связывающая способность сыворотки 75% , коэффициент насыщения 5%.

При ЭГДС обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и единичные геморрагии на слизистой оболочке.

Вопросы

1. Характеристика анемии? Как объяснить симптомы со стороны сердца?
2. Вероятная причина? Какое исследование для подтверждения диагноза?
3. В течение 3 недель проведено лечение препаратами железа. Эффекта нет. При ирригоскопии обнаружено несколько дивертикулов в нисходящей кишке и дефект наполнения в слепой кишке. Вероятный диагноз?
4. Что необходимо для подтверждения диагноза?
5. Тактика лечения?

Задача 31.

Девушка 18 лет, поступила по поводу отеков на голенях и общей слабости.

3 года назад были поносы, находили анемию, назначенное лечение (диета) соблюдала нерегулярно. Отеки появились 3 недели назад.

Объективно: пониженного питания (рост 165 см, масса тела 46 кг), бледная. Отеки голеней и стоп мягкие, болезненные, без признаков воспаления. Пульс 100/мин, на верхушке систолический шум без иррадиации. АД 100/75 мм рт. ст.

Ан. крови: Нв 90 г/л, железо 6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л, натрий 144 ммоль/л, калий/2,8 ммоль/л, кальций 1,6 ммоль/л. Ан. мочи: норма. ЭКГ: диффузное уплощение зубцов Т.

Рентгенография грудной клетки без особенностей.

Вопросы

1. Возможная причина отеков?
2. Какая возможная причина гипопропротеинемии?
3. Как объединить все симптомы? О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные исследования требуются?
5. Ваши назначения по лечению?

Задача 32.

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет.

Оправляется с трудом 1 раз в 3—4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови. В течение 2 месяцев принимает слабительные (сеннаде).

Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография, колоноскопия - без патологических изменений.

Вопросы

1. Вероятный диагноз?
2. Ваше мнение о приеме слабительных?
3. Обоснуйте это мнение?
4. Ваши рекомендации по медикаментозному лечению и их обоснование?
5. Ваши советы по диете?
6. Какие другие рекомендации?

Задача 33.

Больной 45 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, частые поносы.

В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение года сахарный диабет, принимал манинил; 6 месяцев беспокоят поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 10 кг.

Объективно: масса тела 55 кг, рост 170 см. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная.

Диастаза мочи 256 ед. Глюкоза крови. 15,5 ммоль/л, в моче ацетон.

В ан, кала — много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки.

Вопросы

1. Полный диагноз?
2. Назначить и обосновать диету?
3. Заместительная терапия?
4. Лечение сахарного диабета?
5. Показано ли стационарное лечение?

Задача 34.

Больной 47 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноты, плохой аппетит и частые поносы.

В течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В течение 2 лет сахарный диабет,

принимает букарбан. 6 мес — поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.

Объективно: масса тела 60 кг, рост 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. ст. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, безболезненная, плотная.

Вопросы

1. Какой диагноз наиболее вероятен: хронический энтероколит, рак желудка, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы?

2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного?

3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается?

4. Что можно ожидать при анализе кала, как объяснить эти изменения?

5. Что можно ожидать при анализе периферической крови?

6. Как объяснить изменения печени?

7. Глюкоза крови у данного больного 6,2 ммоль/л, в моче сахара нет, ацетон -|. Как объяснить ацетонурию?

8. Назначено лечение: стол 5, панкреатин 0,5х3, контрикал 15000 ЕД в/в/сут, атропин п/к. Оцените адекватность этого лечения.

Задача 35.

Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы, Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер. 5 дней назад появились головные боли, тошнота, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом. 3,5 мес. назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в приемном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и больной был направлен в терапевтическое отделение. Анамнез, жизни без особенностей.

Объективно: выраженная желтушность кожи и склер. Температура нормальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупывается. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин 54,3 ммоль/л, АСТ 210 ед, АЛТ 295 ед. Щелочная фосфатаза 826 ед.

Назначено лечение: стол 5, преднизолон 30 мг/сут, эссенциале 5,0 в/в, аллохол 1 тх 3 раза, глюкоза 40%—40,0 в/в, пенициллин 500 тыс. ед х 6 раз в/м.

Вопросы

1. На каком основании в инфекционной больнице отвергнут диагноз вирусного гепатита?

2. Какое значение имел эпиданамнез?

3. Вероятный диагноз?

4. Какие биохимические синдромы были выявлены?

5. Каков характер желтухи?

6. Оцените назначенное лечение?

Задача 36.

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе.

В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 мес назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, Живот увеличен в объеме, пупок сглажен. Определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез 700 мл.

Билирубин крови 30 ммоль/л, АСТ — 0,8 ммоль/мл, АЛТ — 1,2 ммоль/мл., протромбиновое время 50%. Натрий крови 135 ммоль/л, креатинин — 80 мкмоль/л, белок 42 г/л.

Вопросы

1. Полный диагноз?
2. Сделайте назначения на первую неделю.
3. Какие показатели следует наблюдать?
4. Какое лечение следует назначить при отсутствии аффекта от 2?
5. Какие методы контроля лечения?
6. Какие возможные побочные явления?
7. Какие показания для пункции асцита и заменителей плазмы?

Задача 37.

Больная К, 48 лет, поступила с жалобами на увеличение живота, тошноты, плохой аппетит.

Больна в течение 2 недель. 5 лет назад перенесла вирусный гепатит. Интоксикации отрицает.

Объективно: кожа и слизистые обычной окраски. Не большие отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, выражена подкожная венозная сеть. Умеренный асцит, границы которого не смещаются. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, плотная, с неровной поверхностью и острым краем. Пальпируется край селезенки. АД = 100/60 мм рт. ст. В остальном безособенностей.

Общий белок крови 65 г/л, альбумины 35 г/л, билирубин 15 мкмоль/л, холестерин — 4,9 ммоль/л, тимоловая проба — 12,1 ЕД, сулемовая — 0,65 мл, протромбин — 85%, АЛТ — 0,65, г, АСТ — 0,80 ммоль/мл. ч., щелочная фосфатаза 350 ед.

При парацентезе получена жидкость светло-желтого цвета, белок 20 г/л, относит, плотность 1012, проба Ривальта (+), в осадке единичные лимфоциты и клетки эндотелия.

При лапароскопии: печень красновато-коричневого цвета, крупнобугристая. Биопсия: обширные поля рубцового склероза, дезорганизация структуры долек.

Начато лечение: бессолевая диета с ограничением белков, преднизолон 25 мг/сут, лазикс 80 мг в/в, глюкоза 40% — 40,0 в/в.

Вопросы

1. Какая этиология и клинико-морфологическая форма, стадия, фаза цирроза печени? Почему?
2. Какие два противоречия диагнозу допущены в тексте?
3. Укажите нелогичные лечебные назначения.

Задача 38.

Задача 1. Больная 70 лет госпитализирована в хирургическое отделение через неделю после появления болей в животе. При осмотре выявлены признаки острого аппендицита, больная оперирована. По вскрытии брюшной полости хирург обнаружил плотный

инфильтрат.

Вопросы:

1. Чем обусловлен воспалительный инфильтрат в брюшной полости?
2. С помощью какого метода можно выявить наличие воспалительного инфильтрата в брюшной полости?
3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Когда показано выполнение аппендэктомии?
5. Какое исследование показано выполнить перед плановой аппендэктомией?

Задача 39.

У больного имеется стойкая, прогрессирующая форма дисфагии. Худеет, отказывается от приема сухой и плотной пищи.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования позволяют поставить правильный диагноз?
3. С какой целью выполняют УЗИ органов брюшной полости?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какая операция показана больному по экстренным показаниям?

Задача 40.

В течение 3-х недель у больного высокая температура до 39 градусов боли в левой половине грудной клетки снизу. Кашель со скудной мокротой. Накануне появился кашель с обильным выделением зловонной мокроты. При аускультации в области нижней доли левого легкого выслушивается "амфорическое" дыхание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
3. Какие методы исследования показаны больному?
4. Тактика лечения?
5. Показана ли пункция и дренирование полости абсцесса или оперативное лечение?

Задача 41.

Больной 27 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул, высокую температуру.

Боли возникли внезапно, около 12 часов до поступления в больницу. Рвоты не было. Температура тела 37,6. Объективно: живот вздут, резко болезненный во всех отделах, больше справа, здесь же определяется выраженная "мышечная защита" положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение данного заболевания возникло?
3. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
4. Какое исследование может подтвердить диагноз?
5. Ваша тактика?

Задача 42.

Больной 23 года 3 часа назад получил удар в живот ногой. Жалуется на боли в животе, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/60 мм рт. ст. пульс 110 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Язык сухой обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный во всех отделах. Перкуторно определяется тимпанит, печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы единичные, слабые.

Вопросы:

1. О каком осложнении свидетельствует наличие симптома Щеткина – Блюмберга?
2. О каком осложнении свидетельствует отсутствие печёночной тупости?
3. Ваш диагноз?
4. Ваши действия?
5. Показана ли больному экстренная операция?

Задача 43.

Девочка 12 лет. Заболела остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания высоко лихорадила, температура снижалась после приема терапевтической дозы парацетамола.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привита по возрасту. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени.

При осмотре на вторые сутки от начала болезни: девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, в зеве - выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается "жесткое" дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После кашля хрипы практически не выслушиваются. Частота дыхания 22 в 1 минуту. Перкуторно определяется ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание в норме. В клиническом анализе крови эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 115, лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 21%, эозинофилы 5%, лимфоциты 63%, моноциты 6%, базофилы 3%, СОЭ 14.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования ребенка.
3. Необходимы ли рентгенологические методы исследования?
4. Перечислите показания к проведению пробы Манту.
5. Назначьте лечение.
6. Разработайте план противоэпидемических мероприятий.
7. Предложите методы профилактики этого заболевания.

Задача 44.

Мальчик 3 лет. Поступил в отделение для обследования и лечения. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей до срока 7 месяцев, когда женщина перенесла грипп с высокой температурой. После этого у плода стали выслушиваться нарушения ритма. Ребенок родился в срок, роды физиологические, вес плода при рождении 3 400. Ранее развитие без особенностей. С рождения у ребенка выявлено нарушение сердечного ритма, однако, до настоящего времени мальчик лечения не получал, т.к. самочувствие оставалось удовлетворительным, ребенок рос и развивался по возрасту. Направлен для обследования.

При поступлении: состояние расценено как среднетяжелое (из-за имеющегося нарушения сердечного ритма). Ребенок активен, жалоб практически не предъявляет. Кожные покровы бледно-розовые. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной тупости сердца: левая - по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - по третьему ребру. Тоны сердца громкие, аритмия по типу *delirium cordis*, определяется дефицит пульса. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не увеличены.

ЭКГ прилагается.

Задание:

1. Какой диагноз Вы можете поставить данному больному?
2. Когда возникло заболевание?
3. Каков характер нарушения на электрокардиограмме?
4. Какие лечебные мероприятия Вы предлагаете?
5. Ваше мнение о целесообразности назначения кортикостероидов?
6. Какие еще нарушения ритма могут быть выявлены на ЭКГ при подобных аускультативных признаках?
7. Какие дополнительные обследования следует провести?
8. Какие антиаритмические препараты Вы предложили бы в данной ситуации?

Задача 45.

Ребенку 2 года 8 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39, 4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1. Врач для уточнения диагноза назначил клинический анализ крови, рентгенограмму грудной клетки,

исследование газового состава крови.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови -число лейкоцитов $16,2 \times 10^9 /л$, из них юных форм нейтрофилов 2%, палочкоядерных нейтрофилов 8%, сегментоядерных нейтрофилов 64%, лимфоцитов 24 %, моноцитов 2 %, СОЭ 22 мм/ч. При исследовании газового состава крови насыщение крови кислородом снижено до 80% ($P_{O_2} = 8,1$ кПа). На рентгенограмме грудной клетки выявляется инфильтративная тень, занимающая большую часть нижней доли правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева. При исследовании функций внешнего дыхания МОД увеличен, ЖЕЛ снижена на 30%, ОД до 50% от нормы.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного ?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. Какова информативность методов исследования, которые могут использоваться для выявления этиологического фактора заболевания.
4. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5. В каких случаях рентгенологический контроль за динамикой процесса не проводится?
6. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появление характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
7. С чего следует начать патогенетическую терапию у данного пациента?
8. Какие факторы следует учитывать при назначении этиотропного лечения

Задача 46.

Ребенку 9 месяцев. Из анамнеза известно, что девочка больна в течение семи дней. Неделию назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до $37,5^{\circ}C$. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние девочки улучшилось. Однако, на шестой день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до $38,6^{\circ}C$. Девочка стала более вялой, отказывалась от еды, перестала проявлять интерес к игрушкам, спала беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача. При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован в стационар.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови -число лейкоцитов $10,8 \times 10^9 /л$, из них палочкоядерных нейтрофилов 4%, сегментоядерных нейтрофилов 52 %, лимфоцитов 36 %, эозинофилов 1 %, моноцитов 7 %, СОЭ 17 мм/ч. При исследовании газового состава крови умеренно снижено насыщение крови кислородом ($P_{O_2} = 9$ кПа), напряжение углекислого газа в крови в пределах нормы ($P_{CO_2} = 5,2$ кПа). На рентгенограмме грудной клетки отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние

диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, располагающимися в области проекции правого легкого.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данной больной ?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии внебольничных форм заболевания?
4. Назовите три основные линии патогенеза, которые можно выделить при развитии данной патологии.
5. В каких клинических ситуациях проведение рентгенологического контроля за динамикой процесса обязательно?
6. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
7. Перечислите основные направления в лечении данного пациента.
8. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?

Задача 47.

Больная 10 лет. Поступила в отделение 11 ноября. Из анамнеза известно, что в конце августа перенесла скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получала антибактериальную терапию. В конце сентября выписана в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, девочка стала хуже учиться, получала дома и в школе замечания за неусидчивость. Появилась плаксивость. 5-10 октября мама стала отмечать у ребенка подергивания лицевой мускулатуры, неточность выполнения движений при одевании, во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, изменений не выявлено, после чего был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получала амоксицилин в течение 7 дней, без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления "гримасничанья", девочка не могла самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при кормлении, сохранялась плаксивость, раздражительность. Ребенок поступил в стационар.

При поступлении состояние расценено как тяжелое. Девочка плаксива, раздражительна, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, "гримасничанье". Со стороны внутренних органов: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - по 3 межреберью. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается не грубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка - не увеличены.

Анализ крови: Нв - 120г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $4,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 46%, лимфоциты - 48%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ 10 мм/час. Анализ мочи - без особенностей. ВОПРОСЫ:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?

3. Какие еще обследования следует провести ребенку для уточнения диагноза и уточнения характера сердечных изменений?

4. Перечислите координационные пробы.

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Составьте план лечения данного больного.

Задача 48.

Девочка 1 года 6 месяцев поступила в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2-х месяцев.

Из анамнеза известно, что девочка от 1 беременности и родов, протекавших физиологически. Развитие до 1 года 2 месяцев - по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавляла хорошо. Всегда была подвижна, активна. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5 С в течение 2-х дней.

С этого времени девочка стала вялой, периодически отмечалась рвота, по ночам (преимущественно) - приступы беспокойства, влажного кашля. Стала уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: Нв - 100г/л, лейкоциты - 6.4×10^9 /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные 43%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 40%, СОЭ 11 мм/час. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние девочки резко ухудшилось: была крайне беспокойна, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до 7 см из-под края реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует, Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД = 60 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС = 160 в 1 мин. Печень +7 см по правой среднеключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: Нв - 100г/л, лейкоциты - 6.3×10^9 /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные 43%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 40%, СОЭ 10 м/ час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты 1-2 в п/зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ прилагается.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?

2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?

3. Какие изменения на ЭКГ подтверждают Ваш диагноз?

4. Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?

5. Назначте лечение данному ребенку с конкретным указанием доз.

6. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

7. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?

Задача 49.

Больной 22 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением увеличенных лимфатических узлов на шее. О давности этого заболевания сообщить не может.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Увеличены затылочные, передне- и заднешейные лимфоузлы до 1,0 см, подмышечные – до 1,5 см, при пальпации безболезненные, плотно-эластической консистенции, подвижные. На руках множественные следы инъекций. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Вопросы и задания:

1. Какое заболевание можно предполагать?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план обследования.
4. Что необходимо выяснить у больного?
5. Какие вопросы нужно обсудить с больным?

Задача 50.

Больной Б. 18 лет, обратился в студенческую поликлинику за освобождением от занятий 20.09. Болен 2-й день. Жалуется на слабость, быструю утомляемость на занятиях, небольшую головную боль в течение 7 дней. Сегодня появился небольшой кашель и насморк, неприятные ощущения в животе, тошнота. Поставлен диагноз «ОРЗ», назначены аспирин и этазол, которые принимал в течение 2х дней. Однако самочувствие больного продолжало ухудшаться, появилась тяжесть правом подреберье, исчез аппетит, температура тела повысилась до 38,00С, была однократная рвота после приема этазола. Сосед по комнате в общежитии вызвал СМП, врач которой направил больного в инфекционную больницу с диагнозом «Пищевая токсикоинфекция».

При осмотре: состояние на 9-й день болезни - удовлетворительное, небольшая желтушность кожи, склер, уздечки языка. Сыпи нет. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 52 уд. в мин. Живот мягкий немного вздут. Край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, мягко-эластической консистенции, слегка болезненный. Пальпируется селезенка. Моча темная. Стул был 2 дня назад, обычной окраски.

Эпидемиологический анамнез: в общежитии, где живет больной, подобные симптомы заболевания отмечены ещё у 2 человек.

Вопросы и задания:

1. Согласны ли вы с диагнозом врача СМП?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Мероприятия в очаге.

Задача 51.

Больная С., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу медсанчасти с жалобами на мучительную боль в горле с иррадиацией в ухо, высокую температуру. Заболела 4 дня тому

назад с появления небольшой боли в горле и повышения температуры до 37,8°C. Страдает хроническим тонзиллитом. Пила эритромицин по 4 табл. в день. Самочувствие через три дня улучшилось, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной, не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Была госпитализирована с диагнозом «Токсическая дифтерия».

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,0°C. Голова наклонена влево, лицо гиперемировано. Осмотр ротоглотки затруднен из-за болей при открывании рта. При фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и небной миндалины слева. Так же отмечен отек клетчатки подчелюстной области, увеличение и болезненность шейных лимфоузлов также слева. Пульс-100 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Со стороны других органов - без патологии.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Требуется ли больной консультация специалиста? Если требуется, то, какого?
3. Составьте план обследования.
4. Нуждается ли больная в госпитализации в инфекционный стационар?
5. Проведите дифференциальный диагноз.

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет:

1. Перечислите основные симптомы анемии.
2. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита?

3. Ситуационная задача.

К врачу-терапевту поликлиники обратилась пациентка В., 48 лет, с жалобами на отеки лица, конечностей, недомогание, повышенную утомляемость, сонливость, повышенное выпадение волос, одышку при подъеме по лестнице. Отмечает немотивированную прибавку массы тела на 10 кг. Вышеуказанные жалобы около 1 года

В анамнезе ОРВИ, желчнокаменная болезнь, периодическое «ситуационное» повышение АД до 150 и 100 мм.рт.ст. Никаких лекарств регулярно не принимает. Курит 5-6 сигарет в день, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц, около 250 мл сухого вина.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 161 см. Вес – 79.6 кг. Несколько заторможена, речь замедлена, голос хриплый, сухость кожи, одутловатость лица, отечность периорбитальной области, нижней трети голеней, лодыжек. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС и пульс 50 уд/мин. АД – 158/106 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край плотный, закруглен, б/б при пальпации. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологическое опорожнение: стул – запоры.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3,4 * 10¹²/л, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: холестерин 7.2 ммоль/л, ЛПНП – 4.1 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 4.27

ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 6,5%.

ТТГ – 14.2 МЕ/л.

ЭКГ – синусовая брадикардия (ЧСС 48 в мин), вольтаж снижен, зубец Т в грудных отведениях сглажен. ЭХО-КГ – размеры сердца в пределах нормы, сократительная способность миокарда не нарушена. ТЗСЛЖ 1,2 см, ТМЖП 1,3 см. В трансмитральном потоке $E < A$. В полости перикарда определяется небольшое количество жидкости (80 мл).

Выделите ведущие синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте тактику дообследования.

Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно – правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно – правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному	Отлично

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	Хорошо
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки</p>	Удовлетворительно
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>	Неудовлетворительно

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междисциплинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

5.1. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы

Нормативные правовые акты

1. «Конституция Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении

Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438);

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696). <https://rg.ru/2009/06/10/specialisty-nomenklatura-dok.html>;

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304). <https://rg.ru/2013/11/13/ucheba-dok.html>;

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950). <https://rg.ru/2013/10/07/nomenklatura-dok.html>;

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237). <https://rg.ru/2011/05/13/spravochnik-dok.html>;

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247). <https://rg.ru/2010/09/27/spravochnik-dok.html>;

Основная литература:

1. Внутренние болезни [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. / [Р. А. Абдулхаков, Д. Т. Абдурахманов, В. Г. Авдеев и др.] ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. Т. 1. - Москва

: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

2. Внутренние болезни [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. / [Р. А. Абдулхаков, Д. Т. Абдурахманов, В. Г. Авдеев и др.] ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. Т. 2. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

3. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 765 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

4. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1232 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

5. Руководство по неишемической кардиологии / Абельдяев Д. В. и др. ; под ред. Н. А. Шостак. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

6. Гастроэнтерология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Д. Ю. Богданов и др. ; под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

7. Госпитальная терапия [Электронный ресурс] : курс лекций : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / [Люсов В. А. и др.] ; под ред. В. А. Люсова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 471 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

8. Аллергология и иммунология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Г. П. Бондарева и др. ; гл. ред. : Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Е. Н. Медуницына и др.] ; под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – Крат. изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 634 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

10. Интенсивная терапия [Текст] : нац. рук. : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству ; гл. ред. : Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Т. 1. - 2011.

11. Интенсивная терапия [Текст] : нац. рук. : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству ; гл. ред. : Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Т. 2. - 2011.

12. Интенсивная терапия [Электронный ресурс] : нац. рук. : / под ред. : Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

13. Руксин, В. В. Неотложная кардиология : рук. для врачей / В. В. Руксин. - 6-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Невский Диалект, 2007 ; Москва :

БИНОМ. Лаб. знаний ; ГЭОТАР-Медиа, 2007.

14. Нефрология [Электронный ресурс] / под ред. Е. М. Шилова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 696 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

15. Нефрология : учеб. пособие для послевуз. образования / И. М. Балкаров и др. ; под ред. Е. М. Шилова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

16. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Н. А. Мухин ; отв. ред. В. В. Фомин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

17. Диагностика и лечение болезней почек : руководство для врачей / Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов, Л. В. Козловская. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. -383с.

18. Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия [Текст] : [учебник для высшего профессионального образования] / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 636 с. : табл. + CD.

19. Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 636 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

20. Ревматология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; З. С. Алекберова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

21. Ревматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алекберова З. С. и др.] ; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 718 с. : ил. -URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

22. Военно-полевая терапия [Электронный ресурс] : нац. рук. / [И. Ю. Быков и др.] ; гл. ред. : И. Ю. Быков и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 416 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

23. Бочков, Н. П. Клиническая генетика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирнихина ; под ред. Н. П. Бочкова. – 4-е изд., доп. и перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 582 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

24. Мутовин, Г. Р. Клиническая генетика : геномика и протеомика наследственной патологии : [учеб. пособие для вузов] / Г. Р. Мутовин. - 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

25. Мутовин, Г. Р. Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

26. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Дополнительная литература:

– Общая врачебная практика [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. : / [П. Н. Олейников и др.] ; гл. ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 892 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : тесты и ситуац. задачи : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 294 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

2. Наточин, Ю. В. Введение в нефрологию / Ю. В. Наточин, Н. А. Мухин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 149 с. - (Библиотека непрерывного медицинского образования).

3. Ахмад Сугейл. Клинический диализ [Электронный ресурс] : руководство / пер. с англ. под ред. Е. А. Стецюка. – Москва : Логосфера, 2011. – 304 с. – URL : <http://books-up.ru>.

4. Томилов, А. Ф. Атлас клинической медицины [Электронный ресурс] : внеш. признаки болезней / А. Ф. Томилов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с. : ил. - URL: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

5. Дедов, И. И. Эндокринология : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

6. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 1 : Основы геронтологии; Общая гериатрия / [С. Г. Абрамович, Г. П. Арутюнов, А. И. Арчаков и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

7. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 2 : Введение в клиническую гериатрию / [М. Х. Абулов, Н. А. Агаджанян, О. В. Александров и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

8. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 3 : Клиническая гериатрия / [С. Н. Авдеев, В. В. Аникин, В. Н. Анохин и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

9. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 4 : Клиническая гериатрия / [В. М. Аксенов, В. Ф. Антонив, Б. Я. Барт и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

10. Ибатов, А. Д. Основы реабилитологии : учеб. пособие для студентов

мед. вузов/ А. Д. Ибатов, С. В. Пушкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

11. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 191 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

12. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

13. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для вузов / [А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. - 3-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 658 с.

14. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие для мед. вузов / В. З. Кучеренко и др. ; под ред. В. З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 245 с.

Программное обеспечение:

- Windows ОС (Windows 10 Pro)
- LibreOffice
- MS Office 2013
- 1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2
- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека
- КИС ЕМИАС
- МИС Медиалог
- ПО «Интеллект»
- Kaspersky Anti-Virus Suite

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Система менеджмента центра Learning Space, интерактивный LCD монитор.