

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31. 08. 54 Общая врачебная практика(семейная медицина)**

Год начала обучения **2021 год**

Всего ЗЕТ - 3
Всего часов - 108

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 г., № 1097

- Приказом Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 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.

- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры»;

1. Цель проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности **31.08.54Общая врачебная практика(семейная медицина)**.

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования.

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.54Общая врачебная практика(семейная медицина) проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.54Общая врачебная практика(семейная медицина) и определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3з.е., проводится на 2 курсе.

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности по специальности 31.08.54Общая врачебная практика(семейная медицина):

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющие содержание Госэкзамена

Этап проведения Госэкзамена	Перечень дисциплин
1. Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков	Общая врачебная практика
2. Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры	Общая врачебная практика, инфекционные болезни, общественное здоровье и здравоохранение, клиническая фармакология, дерматовенерология, медицина катастроф, иммунология, педагогика, патологическая анатомия, патологическая физиология
Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач	Общая врачебная практика

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом 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.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Первый этап:

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.54.Общая врачебная практика (семейная медицина). Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных отделениях ЛПУ г. Ставрополя и учебных аудиториях кафедры, где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного с использованием медицинской аппаратуры, формулирует клинический диагноз с учетом представленных результатов дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования и назначает необходимое лечение.

Форма проведения – устно.

Второй этап: цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс или учебная аудитория (при бланочном тестировании)

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется в компьютерном классе или в письменной форме (на бланках).

Третий этап: цель – оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование по ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене (1 и 3 этапы) выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются

бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

Ординаторы должны быть ознакомлены с графиками проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена (1 и 3 этапы) ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении ГИА;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами ГЭК);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся

имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии 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 ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК 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 порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

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

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

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

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания 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 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1. Оценка практических навыков	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
2. Тестовый контроль	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,
3. Решение ситуационных (клинических задач)	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8

5.2. Показатели и критерии оценки компетенций, шкалы оценивания

Критерии оценки	Код(ы) оцениваемой компетенции	Этап проведения экзамена
Знания		
Описывает закономерности функционирования здорового организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем	УК-1	1,3 этапы
Перечисляет сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, которые широко используются в практической медицине	УК-1	1,3 этапы
Описывает основные положения законодательных актов, регламентирующих реформы управления и финансирования здравоохранения, введение медицинского страхования граждан и реформы организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)	УК-1	1,3 этапы
Перечисляет принципы организации работы врача общей практики (семейного врача) по оказанию лечебно-профилактической помощи детям и подросткам.	УК-2	1,2,3 этапы
Описывает квалификационные требования к врачу общей практики (семейному врачу), его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях.	УК-2	1,2,3 этапы
Раскрывает суть основных положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».	УК-2	3 этап
Перечисляет требования охраны труда и пожарной безопасности	УК-2	3 этап
Проводит обследования пациентов с целью установления диагноза	ПК-1	2,3 этапы

Проводит лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности	ПК-2	2,3 этапы
Осуществляет проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ПК-3	2,3 этапы
Организовывает проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	ПК-4	2,3 этапы
Определяет у пациентов наличие патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПК-5	3 этап
Готов к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи	ПК-6	2 этап
Готов к оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях и проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-7	1,2,3 этапы
Готов к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-8	1,2,3 этапы
Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям	ПК-9	1,2,3 этапы
Умения		
Осуществляет анализ жалоб, анамнез болезни и жизни пациента с терапевтическими заболеваниями	УК-1	1,2,3 этапы
Интерпретирует результаты физикального обследования, лабораторно-инструментальных методов исследования пациента	УК-1	1,2,3 этапы
Организует работу кабинета врача общей практики	УК-2	1,3 этап

<p>Проводит диагностические процедуры, медицинские вмешательства/манипуляция и интерпретирует их результаты у пациентов в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. N 543н, клиническими рекомендациями в соответствии с Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденной приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при хирургических заболеваниях; - при заболеваниях органов зрения; - при болезнях уха, горла, носа; - в акушерстве и гинекологии; - при внутренних болезнях; - при заболеваниях кожи и болезнях, передающихся половым путем: диаскопия; - при исследовании нервной системы; - при инфекционных заболеваниях и туберкулезе; - при исследовании пациентов, имеющих психические расстройства и расстройства поведения; - при исследовании состоянии зубов, слизистой полости рта и языка <p>При оказании помощи пациентам пожилого и старческого возраста выявлять пациентов со старческой астенией при их самостоятельном обращении; составлять план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра; выявлять гериатрические синдромы в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-гериатр», утвержденным приказом Минтруда и социальной защиты России от 17 июня 2019 г. № 413н</p> <p>Наблюдать пациентов со старческой астенией, включая осмотр на дому; при необходимости организовывать консультации врача гериатра на дому</p>	ПК-1	1,3 этап
--	------	----------

Определять медицинские показания к оказанию медицинской помощи в условиях стационара, организовывать ее в соответствии с состоянием пациента

Проводить пациентам лечебные мероприятия, процедуры, манипуляции независимо от пола и типа проблем со здоровьем, с учетом возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями:

- при хирургических заболеваниях и травмах: местную инфильтрационную анестезию; оперативное лечение (хирургическую обработку ран и инфицированной ткани; удаление поверхностно расположенного инородного тела; снятие швов, обработку ожоговой поверхности, наложение повязок; переливание крови и кровезаменителей; все виды инъекций; капельное и струйное введение лекарств и кровезаменителей, сывороток; определение индивидуальной и биологической совместимости крови; остановка наружного кровотечения; катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером; промывание желудка через орогастральный и назогастральный зонд; промывание кишечника; постановка лечебных клизм; транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;
- при заболеваниях органов зрения: подбор очковой коррекции зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии; местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней; удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу;
- при заболеваниях уха, горла, носа: передняя тампонада носа; промывание лакун миндалин; введение лекарственных средств в ухо и нос; туалет уха; удаление ушной серы; уход за трехеостомой и трахеостомической трубкой; удаление инородного тела из наружного слухового прохода и носа; первичная хирургическая обработка ран лица, носа и ушной раковины;
- в акушерстве и гинекологии: назначение лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения;
- при внутренних заболеваниях: применение ингаляторов, спейсеров и небулайзеров;
- при кожных болезнях и болезнях, передающихся половым путем: применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней, удаление клеща;
- при заболеваниях нервной системы: назначение лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения

Назначать лекарственные средства, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания

Предотвращать и устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных средств и (или) медицинских изделий, лечебного питания

Проводить мониторинг эффективности лечебных мероприятий, их коррекцию в зависимости от особенностей течения заболевания

Назначать немедикаментозное лечение пациентам с заболеваниями/ состояниями с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

Для достижения приверженности лечению и повышения результативности лечения пациентов применять навыки эффективного общения с пациентом

ПК-2

1,3
этапы

<p>Выполнение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, дистанционно или на дому, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>Направление пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н</p> <p>Оценка эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 788н</p> <p>Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмболии и другие) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями</p>	ПК-3	1,2,3 этапы
<p>Организация и контроль проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>Проведение диспансеризации и скрининга взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных и других заболеваний, основных факторов риска их развития в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н</p> <p>Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и другими заболеваниями, и состояниями согласно Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденному Минздравом России от 19 марта 2019 г. №173н</p> <p>Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н</p> <p>Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных болезней</p> <p>Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания</p> <p>Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных инфекционных заболеваний</p>	ПК-4	1,3 этапы
<p>Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка кровообращения и(или)</p>	ПК-5	1,3 этапы

<p>дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти</p> <p>Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах</p>		
<p>Уметь распознавать признаки заболевания, свидетельствующие о необходимости оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Оценивать интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли</p> <p>Разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, получающих паллиативную помощь</p> <p>Предусматривать возможные осложнения и осуществлять их профилактику</p> <p>Проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь</p> <p>Консультировать родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь</p> <p>Оказывать помощь в решении этических и юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти</p> <p>Оказывать родственникам психологическую поддержку в период переживания горя и утраты</p>	ПК-6	1,2,3 этапы
<p>Осуществлять сбор клинико-анамнестических данных с целью выявления беременности, осложнений беременности, родов и послеродового периода; выявлять противопоказания к беременности и родам; определять показания к госпитализации, организовать госпитализацию; выявлять факторы риска развития акушерской и гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики</p> <p>Проводить процедуры и манипуляции при оказании акушерской и гинекологической помощи женщинам в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России от 20 октября 2020 года N 1130н</p> <p>Проводить диагностику и ведение нормально протекающей беременности, при необходимости привлекая специалистов врачей акушеров-гинекологов</p> <p>Проводить диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, лечение заболеваний/ состояний в антенатальном, интранатальном и постнатальном периоде, по показаниям, направляя пациенток на консультацию к врачам-специалистам и на госпитализацию в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	ПК-7	1,3 этапы

<p>Проводить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, лечение часто встречающихся заболеваний репродуктивной сферы; своевременно направлять на консультацию к врачу-специалисту и госпитализацию, в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Осуществлять мероприятия по диспансеризации, реабилитации и экспертизе трудоспособности беременных и пациентов с гинекологическими заболеваниями</p> <p>Проводить консультации по вопросам планирования семьи и контрацепции</p> <p>Оказывать медицинскую помощь беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими заболеваниями при неотложных состояниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Осуществлять мероприятия, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний репродуктивной сферы, наиболее часто встречающиеся у женщин</p>		
<p>Организовывать профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную работу, наблюдение за течением беременности в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому</p> <p>Проводить экспертизу временной нетрудоспособности и оформлять листок нетрудоспособности</p> <p>Выявлять признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами и оформлять направительные документы для проведения медико-социальной экспертизы</p> <p>Использовать эффективные приемы общения с пациентами, в том числе с пациентами, имеющими когнитивный дефицит и с пациентами, страдающими психическими заболеваниями</p> <p>Вести учет и отчетность деятельности, согласно утвержденным статистическим формам</p> <p>Организовывать работу врача общей практики (семейного врача): составление плана работы врача общей практики (семейного врача); составление плана работы по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому; оценка эффективности профилактических мероприятий; оценка эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности</p> <p>Определять медицинские показания к трудоустройству. Проводить медико-социальную экспертизу</p> <p>Проводить анализ и оценку качества работы врача общей практики (семейного врача): анализ качества оказания медицинской помощи; анализ качества и эффективности ведения медицинской документации; анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения обслуживаемой территории; анализ эффективности диспансеризации; экспертная оценка качества медицинской помощи; клинический аудит в общей врачебной практике</p> <p>Применять методы медицинской информатики в общей врачебной практике (семейной медицине): работа на персональном компьютере, с пакетом прикладных медицинских программ; создание и ведение базы данных пациентов и их семей; внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, или</p>	ПК-8	1,2,3 этапы

<p>государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, или медицинскую информационную систему, или информационные системы, регламентированные нормативными документами в сфере здравоохранения Российской Федерации</p> <p>Проводить консультации пациентов или их законных представителей медицинским работником с применением телемедицинских технологий</p> <p>Применять мобильные телемедицинские комплексы для дистанционного биомониторинга пациентов</p> <p>Проводить поиск доказательств в медицинских базах данных для принятия решений в конкретной клинической ситуации и организации работы врача общей практики (семейного врача) на основе доказательной медицины</p> <p>-Работать с персональными данными пациента и сведениями, составляющими врачебную тайну</p> <p>Контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, контролировать качество ведения медицинской документации.</p>		
<p>Проводить диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями</p> <p>Наблюдать за здоровым ребенком. Исследовать и интерпретировать состояние здоровья детей в разные возрастные периоды: проводить оценку физического развития; оценку полового созревания; оценку психомоторного развития; комплексную оценку состояния здоровья детей; выделение групп здоровья</p> <p>Проводить сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, в том числе информации о перенесенных заболеваниях перенесенных заболеваниях и профилактических прививках у ребенка или его законного представителя</p> <p>Проводить объективное клиническое обследование детей разных возрастных периодов по системам и органам</p> <p>Проводить диагностику, дифференциальную диагностику основных синдромов и заболеваний у детей разных возрастных периодов</p> <p>Направлять детей на консультацию к врачам-специалистам и госпитализацию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Применять медицинские изделия, лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования для диагностики и дифференциальной диагностики симптомов/синдромов/заболеваний у детей в разные возрастные периоды с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка диагноза и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Назначать немедикаментозную терапию, включая диетотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж с учетом возраста</p>	ПК-9	1,3 этапы

<p>ребенка, диагноза и клинической картины заболевания Оказывать паллиативную помощь детям в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденным приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 193н клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи амбулаторно</p> <p>Осуществлять реабилитацию и абилитацию детей-инвалидов амбулаторно, в дневном стационаре, на дому, в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденный приказом Минздрава России от 23 октября 2019 г. № 878н</p> <p>Осуществлять помощь при психосоциальных проблемах у детей и подростков с привлечением специалистов-психологов, социальных работников при выявлении: жестокого обращения с детьми; проблем общения со сверстниками; проблем в семье, в учреждения дошкольного и школьного образования</p> <p>Давать профилактические рекомендации членам семьи: по уходу за новорожденным; естественному и искусственному вскармливанию; образу жизни; иммунизации; воспитанию в семье</p> <p>Осуществлять медицинскую помощь детям разного возраста при экстренных и неотложных состояниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>Проводить экспертизу временной нетрудоспособности детей и направлять на медико-социальную экспертизу. Определять медицинские показания к посещению учреждений дошкольного и школьного образования, занятиям физической культурой и спортом, трудоустройству</p>		
--	--	--

Шкалы оценки Госэкзамена

Этап проведения госэкзамена	Шкала оценки		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических навыков	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) не изложен и не продемонстрирован на манекене,	2	Неудовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с нарушениями последовательности выполнения.	3	Удовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с небольшими ошибками.	4	Хорошо
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован правильно.	5	Отлично
Тестовый контроль	71 и более %	-	Зачтено
	71 и менее %	-	Незачтено
Собеседование по	экзаменуемый не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера.	2	Неудовлетворительно

клиническим задачам	экзаменующийся усвоил только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает не последовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя.	3	Удовлетворительно
	экзаменующийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	4	Хорошо
	теоретическое содержание специальных дисциплин экзаменующимся освоено полностью, строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

5.3.1. Типовые задания для оценки уровня освоения практических (мануальных) навыков

№ п/п	Формулировка задания
1	Обобщение и анализ результатов осмотра пациентов, формулировка предварительного диагноза
2	Визуальный осмотр пациента. Физикальное обследование (пальпация, перкуссия, аускультация).
3	Измерение давления. Анализ сердечного пульса. Анализ состояния яремных вен. Пальпация и аускультация периферических артерий. Измерение лодыжечно-плечевого индекса, артериального давления.
4	Оценка состояния венозной системы. Оценка наличия гипоперфузии или задержки жидкости в органах и тканях организма человека
5	Выявление состояний, заболеваний и факторов риска развития терапевтических заболеваний
6	Оценка тяжести состояния пациента
7	Выявление у пациентов основных клинических проявлений заболеваний и патологических состояний со стороны нервной, иммунной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, в том числе инфекционных и онкологических, способных вызвать тяжелые осложнения или угрожающие жизни осложнения
8	Разработка плана лечения пациентов с учетом диагноза, возраста, клинической картины.
9	Определение медицинских показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству. Проведение профилактики и лечение послеоперационных

	осложнений
10	Оценка тяжести состояния пациента с терапевтической патологией при чрезвычайной ситуации.
11	Владение навыком выполнения мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации с использованием дефибриллятора
12	Определение медицинских показаний для проведения медреабилитации. Составление плана мероприятий по медреабилитации при терапевтических заболеваниях
13	Назначение необходимых средств и услуг для медреабилитации пациентов с терапевтическими заболеваниями
14	Организация мероприятия по медреабилитации. Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медреабилитации
15	Регистрация электрокардиограммы и ее интерпретация
16	Интерпретация результатов эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ и АД.
17	Интерпретация результатов эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ и АД.
18	Определение медицинских показаний для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара.
19	Составление плана дополнительных методов исследования у пациентов с основными терапевтическими заболеваниями.
20	Определение признаков внезапного прекращения кровообращения и(или) дыхания
21	Оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: обморок; коллапс; гипертонический криз; фибрилляция желудочков; асистолия желудочков
22	Назначение профилактических мероприятий с учетом факторов риска возникновения социально-значимых заболеваний.
23	Проведение консультирования населения по вопросам профилактики социально-значимых заболеваний
24	Анализ данных основных медико-статистических показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, летальности) населения обслуживаемой территории.
25	Самостоятельное заполнение медицинской документации в соответствии с требованиями к работе с конфиденциальной информацией и сведениями, представляющими врачебную тайну

5.3.2 Типовые задания для оценки уровня теоретической подготовки по программе ординатуры

Полный комплект тестовых заданий размещен в электронной информационно-образовательной среде университета.

1. Информация о состоянии здоровья предоставляется гражданину:

- а) только по его желанию,
- б) на усмотрение врача,
- в) с согласия родственников,
- г) с разрешения администрации,

д) в любом случае

2. В случае неблагоприятного прогноза информация деликатным способом сообщается:

- а) гражданину,
- б) гражданину и членам его семьи,
- в) гражданину и членам семьи с его согласия

3. Врачебную тайну составляет информация:

- а) о диагнозе и лечении,
- б) об обращении и заболевании,
- в) о прогнозе и исходах болезни,
- г) вся, содержащаяся в медицинской документации гражданина

4. Информированное добровольное согласие человека для любого медицинского вмешательства:

- а) обязательно,
- б) желательно,
- в) необязательно,

5. Понятие «медицинское вмешательство» включает:

- а) освидетельствование,
- б) освидетельствование и наблюдение,
- в) освидетельствование, наблюдение и госпитализацию,
- г) освидетельствование, наблюдение, госпитализацию и изоляцию

6. Для любого медицинского вмешательства требуется согласие:

- а) только самого пациента,
- б) пациента и консилиума врачей,
- в) родственников,
- г) пациента или родственников,
- д) пациента, родственников или врача

7. Когда состояние гражданина не позволяет выразить свою волю на неотложное обследование и наблюдение, решение в его интересах принимает:

- а) близкий родственник
- б) дежурный (лечащий) врач или родственник
- в) консилиум или дежурный (лечащий) врач

8. При заболеваниях, опасных для окружающих, медицинское вмешательство без согласия гражданина или его представителя:

- а) допускается
- б) запрещается

9. Без согласия гражданина или его представителя медицинское вмешательство допускается при заболеваниях:

- а) опасных для окружающих,
- б) тяжелых психических,
- в) любых

10. Действия или средства для удовлетворения просьбы пациента об ускорении его смерти - это:

- а) эвтаназия,
- б) биоэтика,

в) танатология

11. Медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию:

- а) разрешается по просьбе больного,
- б) допускается в исключительных случаях,
- в) запрещается законом

12. Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской

помощи законом:

- а) гарантируется,
- б) не гарантируется

13. Заниматься медицинской деятельностью имеет право лицо с высшим или средним медицинским образованием, имеющее:

- а) диплом,
- б) диплом и сертификат специалиста,
- в) диплом, сертификат и лицензию

14. Прогулом считается отсутствие на работе без уважительной причины в течение рабочего дня более:

- а) 1 часа,
- б) 2 часов,
- в) 4 часов,
- г) 6 часов,
- д) рабочей смены

15. В течение срока действия дисциплинарного взыскания поощрения к работнику:

- а) применяются,
- б) не применяются

16. Количество дисциплинарных взысканий за каждое нарушение трудовой дисциплины:

- а) одно,
- б) два,
- в) три,
- г) по усмотрению администрации,
- д) по усмотрению профсоюзного органа

17. Дисциплинарное взыскание со дня его вынесения может быть снято через:

- а) один месяц,
- б) шесть месяцев,
- в) десять месяцев,
- г) один год,
- д) два года

18. Приказ об увольнении объявляется сотруднику:

- а) в устной форме,
- б) под расписку,
- в) вывешивается на доску

19. До издания приказа об увольнении за нарушение трудовой дисциплины работника необходимо затребовать:

- а) рапорт,

- б) заявление,
- в) письменное объяснение

20. Увольнение за нарушение трудовой дисциплины возможно со дня нарушения проступка в течение:

- а) 3 дней,
- б) 10 дней,
- в) 1 месяца,
- г) 6 месяцев,
- д) 1 года

21. Увольнение за прогул без уважительной причины возможно, если со дня его совершения прошло, не более:

- а) 3 дней,
- б) 10 дней,
- в) 1 месяца,
- г) 6 месяцев,
- д) 1 года

22. Перед увольнением работника по несоответствию занимаемой должности необходимо:

- а) согласие профкома,
- б) согласие коллектива,
- в) провести аттестацию работника,
- г) согласие вышестоящего начальника,
- д) предложить увольнение по собственному желанию

23. В случае увольнения работника администрация обязана выдать трудовую книжку не позднее, чем:

- а) в день увольнения,
- б) через 2 дня,
- в) через 3 дня,
- г) в течение 1 недели,
- д) в течение 1 месяца

24. При задержке выдачи трудовой книжки по вине работодателя работнику выплачивается средний заработок:

- а) не более, чем за один месяц,
- б) не более, чем за три месяца,
- в) не более, чем за шесть месяцев,
- г) за все время вынужденного прогула

25. Ограниченная материальная ответственность возлагается на:

- а) любого работника,
- б) старшую медсестру,
- в) заведующего отделением

26. Полная материальная ответственность возлагается на работника:

- а) достигшего 18 лет письменным договором,
- б) не достигшего 21 года без договора,
- в) любого возраста с его согласия

27. Работник, причинивший ущерб в нетрезвом виде, ответственность:
- а) несет,
 - б) не несет
28. За ущерб, причиненный работнику повреждением его здоровья, организация материальную ответственность:
- а) не несет,
 - б) несет в любом случае,
 - в) несет, если ущерб связан с исполнением трудовых обязанностей
29. К преступлениям против жизни и здоровья относятся:
- а) оставление в опасности,
 - б) должностной подлог,
 - в) превышение власти
30. Неоказание медицинской помощи без уважительной причины пациенту, нуждающемуся в ней, это:
- а) преступление,
 - б) должностной подлог,
 - в) взяточничество,
 - г) злоупотребление служебным положением
31. В настоящее время в Российской Федерации принята модель здравоохранения:
- а) государственная (бюджетная),
 - б) бюджетно-страховая,
 - в) частная,
 - г) смешанная,
32. Основной законодательный акт, регламентирующий страховую деятельность в России:
- а) закон РФ «о страховании»,
 - б) закон СССР «о кооперации»,
 - в) положение о страховой компании,
 - г) закон «о медицинском страховании РФ»,
33. Медицинское страхование гарантирует гражданам получение:
- а) социальных пособий,
 - б) медицинской помощи,
 - в) прибавок к зарплате,
 - г) санаторно-курортного лечения
34. Совершенствование медицинской помощи населению РФ на современном этапе связано с развитием:
- а) стационарной помощи,
 - б) медицинской науки,
 - в) сельского здравоохранения,
 - г) первичной медико-санитарной помощи
35. Медицинское страхование, гарантирующее определенный объем и условия медицинской помощи, является:
- а) добровольным,
 - б) обязательным
36. Бесплатное получение медицинской помощи гарантируется при страховании:
- а) возвратном,

- б) социальном,
- в) индивидуальном,
- г) обязательном медицинском,
- д) добровольном медицинском

37. Дополнительные медицинские и другие услуги гражданам обеспечиваются программами медицинского страхования:

- а) обязательного,
- б) добровольного,
- в) любого

38. Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с программами:

- а) базовыми,
- б) территориальными,
- в) базовыми и территориальными

39. Объектом медицинского страхования является:

- а) предприятие,
- б) учреждение,
- в) население,
- г) страховая компания,
- д) денежные вклады

40. Функции листка нетрудоспособности:

- а) статистическая,
- б) статистическая и финансовая,
- в) финансовая, статистическая, юридическая

41. Самыми частыми первичными возбудителями острого бронхита являются:

- а) бактерии,
- б) микоплазмы,
- в) вирусы

42. Острым бронхитом с затяжным течением считается заболевание продолжительностью:

- а) более 2 недель,
- б) более 1 месяца,
- в) более 2 месяцев

43. Ведущей первоначальной жалобой пациентов с острым бронхитом является:

- а) кашель с мокротой,
- б) сухой кашель,
- в) боли в грудной клетке

44. Ведущим клиническим признаком бронхиолита является:

- а) кашель,
- б) боли в грудной клетке,
- в) одышка

45. При аускультации легких у пациентов с острым бронхитом чаще всего встречается:

- а) шум трения плевры,
- б) влажные хрипы,
- в) сухие хрипы,
- г) крепитация

46. Влажные хрипы при хроническом бронхите:

- а) не встречаются,
- б) являются признаком бронхиальной гиперсекреции,
- в) указывают на наличие диффузного перибронхиального склероза

47. Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является:

- а) спирография,
- б) рентгенография грудной клетки,
- в) фибробронхоскопия,
- г) бронхография

48. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля:

- а) не менее 6 месяцев в году в течение 2 лет подряд,
- б) более 4 месяцев в данном году,
- в) не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд,
- г) не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд

49. Кашель более выражен:

- а) при дистальном бронхите,
- б) при проксимальном бронхите

50. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками:

- а) в осенне-зимний период,
- б) если мокрота слизистая,
- в) в периоды выделения гнойной мокроты

51. При хронической обструктивной болезни легких возможны осложнения:

- а) правожелудочковая недостаточность
- б) эритроцитоз
- в) дыхательная недостаточность
- г) все перечисленное

52. Укажите, что не является компонентом бронхиальной обструкции:

- а) задержка мокроты
- б) ларингоспазм
- в) воспаления бронхов
- г) бронхоспазм
- д) отек слизистой оболочки

53. Какова величина ОФВ₁ при ХОБЛ легкой степени тяжести:

- а) $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ от должного
- б) $\text{ОФВ}_1 < 30\%$ от должного
- в) $30\% \leq \text{ОФВ}_1 < 50\%$ от должного
- г) $\text{ОФВ}_1 > 80\%$ от должного

54. Какова величина ОФВ₁ при ХОБЛ тяжелого течения:

- а) $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ от должного
- б) $\text{ОФВ}_1 < 30\%$ от должного

- в) $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должного
- г) $\text{ОФВ1} > 80\%$ от должного

55. Наиболее эффективным приемом при массаже грудной клетки у пациента хроническим бронхитом является:

- а) поглаживание,
- б) растирание,
- в) разминание,
- г) вибрация

56. Мокрота при бронхоэктатической болезни чаще:

- а) слизистая,
- б) гнойная,
- в) гнилостная,
- г) отсутствует

57. Наиболее информативным объективным клиническим признаком для диагностики локализованной формы бронхоэктатической болезни является:

- а) укорочение перкуторного тона,
- б) жесткое дыхание,
- в) сухие хрипы,
- г) мелкопузырчатые влажные хрипы,
- д) локализованные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы,
- е) усиление голосового дрожания

58. Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при бронхоэктатической болезни является:

- а) пероральный,
- б) ингаляционный,
- в) внутримышечный,
- г) эндобронхиальный

59. Пациенты бронхоэктатической болезнью:

- а) чаще лечатся оперативно,
- б) чаще лечатся консервативно,
- в) во всех случаях подвергаются оперативному лечению,
- г) всегда лечатся консервативно

60. Из перечисленных лечебных процедур наиболее важной для пациентов бронхоэктатической болезнью является:

- а) массаж грудной клетки,
- б) дыхательная гимнастика,
- в) постуральный дренаж,
- г) оксигенотерапия

61. Из перечисленных кортикостероидов ингаляционно применяется:

- а) дексазон,
- б) бекломет,
- в) кеналог-40

62. О бронхиальной астме следует думать при наличии у пациентов:

- а) приступов экспираторного удушья
- б) приступообразной одышки

- в) свистящего дыхания
- г) приступообразного кашля
- д) любого из указанных симптомов

63. Для лечения бронхиальной астмы применяют следующие препараты:

- а) антилейкотриеновые препараты
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) бета2-адреностимуляторы
- г) метилксантины
- д) все перечисленное

64. Что определяется как «астма под контролем»:

- а) постоянный контроль за состоянием самим пациентом
- б) постоянный контроль за состоянием пациента врачом
- в) достижения полного контроля над симптомами бронхиальной астмы в результате подбора терапии

65. В стадии "прилива" крупозной пневмонии перкуторно определяется:

- а) легочный звук,
- б) коробочный звук,
- в) притупление перкуторного звука

66. Характерным признаком крупозной пневмонии в стадии "прилива" является:

- а) бронхиальное дыхание,
- б) жесткое дыхание,
- в) крепитация,
- г) звучные влажные хрипы

67. Срок для определения возбудителя пневмонии при посеве мокроты составляет:

- а) 5-6 часов,
- б) 1 сутки,
- в) 3 дня,
- г) 5 дней,
- д) 1 неделю

68. Затяжной считается пневмония, если клинико-рентгенологическая симптоматика сохраняется:

- а) более 3 недель,
- б) более 4 недель,
- в) более 2 недель

69. В гнойном очаге воспаления активность антибиотика:

- а) повышается,
- б) понижается,
- в) не изменяется

70. В диагнозе при пневмонии должно быть отражено:

- а) вариант пневмонии
- б) этиология
- в) локализация процесса
- г) наличие осложнений

д) все перечисленное

71. Что такое ступенчатая терапия пневмонии:

- а) увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
- б) уменьшение дозы антибиотика
- в) переход с парентерального введения антибиотика на прием перорально
- г) смена антибиотиков в процессе лечения

72. Назовите критерии госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией:

- а) наличие болей в грудной клетке
- б) наличие цианоза
- в) выраженный лейкоцитоз
- г) все перечисленное

73. Эффективность назначенного при острой пневмонии антибиотика оценивается клинически:

- а) через 1 сутки,
- б) через 2-3 дня,
- в) через 4-5 дней,
- г) через 6-7 дней

74. Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является

- а) нормализация температуры:
- б) срок в 3-4 дня после нормализации температуры,
- в) срок в 8-10 дней после нормализации температуры,
- г) рассасывание пневмонической инфильтрации,
- д) нормализация показателей периферической крови

75. При легионеллезной пневмонии применяется:

- а) пенициллин,
- б) ампициллин,
- в) эритромицин,
- г) гентамицин

76. При абсцедирующей пневмонии у алкоголиков прорыв гнойника в бронх по сравнению с общей популяцией больных наблюдается:

- а) раньше,
- б) позже,
- в) примерно в те же сроки

77. Пациенту с пневмонией перед назначением антибиотикотерапии в первую очередь целесообразно произвести:

- а) клинический анализ крови,
- б) бактериоскопию мокроты,
- в) исследование мокроты на ВК,
- г) биохимическое исследование крови

78. Самым частым возбудителем легочного нагноения является:

- а) пневмококк,
- б) стафилококк,
- в) клебсиелла,
- г) микоплазма

79. Основным методом лечения хронических абсцессов легких является:

- а) консервативный,
- б) оперативный

80. Рак легкого чаще метастазирует:

- а) в заднешейные периферические лимфоузлы,
- б) в подмышечные периферические лимфоузлы,
- в) в надключичные периферические лимфоузлы,
- г) в подчелюстные периферические лимфоузлы

81. При каких состояниях может появиться плевральный выпот:

- а) деструктивный панкреатит
- б) цирроз печени с портальной гипертензией
- в) поддиафрагмальный абсцесс
- г) опухоль яичников
- д) все перечисленное

82. Самой частой причиной хронического легочного сердца является:

- а) рак легкого,
- б) деформация грудной клетки,
- в) первичная легочная гипертензия,
- г) обструктивная болезнь легких,
- д) рецидивирующая эмболия ветвей легочной артерии

83. Боли при сухом плеврите:

- а) усиливаются при наклоне в больную сторону,
- б) усиливаются при наклоне в здоровую сторону,
- в) в одинаковой степени усиливаются при наклоне, как в больную, так и в здоровую сторону,
- г) не зависят от наклонов туловища

84. Плевральная пункция проводится:

- а) по нижнему краю вышележащего ребра,
- б) по верхнему краю нижележащего ребра

85. При опухолевых метастатических выпотах плевральная жидкость чаще представляет собой:

- а) транссудат,
- б) экссудат,
- в) хилоторакс,
- г) гемоторакс

86. Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком:

- а) хронической недостаточности кровообращения,
- б) мезотелиомы (рака) плевры,
- в) аденокарциномы бронха,
- г) туберкулеза легких,
- д) системной красной волчанки

87. Основным методом лечения эмпиемы плевры является:
- а) введение антибиотиков внутривенно,
 - б) иммунотерапия,
 - в) эвакуация экссудата
88. Средостение при спонтанном пневмотораксе:
- а) смещается в большую сторону,
 - б) смещается в здоровую сторону
89. Диффузный пневмосклероз может развиваться у пациентов:
- а) абсцессом легких,
 - б) бронхоэктатической болезнью,
 - в) острой пневмонией,
 - г) хронической обструктивной болезнью легких
90. Наиболее информативным методом выявления пневмосклероза является:
- а) физикальное обследование,
 - б) рентгенография,
 - в) ультразвуковое исследование
91. Повышенное артериальное давление на руках и пониженное на ногах характерно:
- а) для болезни Такаясу,
 - б) для коарктации аорты,
 - в) для синдрома Кона,
 - г) для болезни Иценко-Кушинга
92. Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной гипертензии является:
- а) внутривенная пиелография,
 - б) определение ренина плазмы крови,
 - в) изотопная ренография,
 - г) почечная ангиография
93. Кризовое течение артериальной гипертензии часто наблюдается:
- а) при врожденном адреногенитальном синдроме,
 - б) при синдроме Иценко-Кушинга,
 - в) при первичном гиперальдостеронизме,
 - г) при гипертиреозе,
 - д) при феохромоцитоме
94. Разность артериального давления на правой и левой руке свыше 20 мм рт. ст. характерна:
- а) для болезни Такаясу,
 - б) для коарктации аорты,
 - в) для злокачественной формы гипертонической болезни,
 - г) для артериальной гипертензии при стенозе почечной артерии
95. Решающее значение для диагностики поликистоза почек имеет:
- а) пальпация увеличенной почки,
 - б) указание на отягощенную наследственность по поликистозу,
 - в) изотопная ренография,
 - г) ультразвуковое исследование почек

96. Показанием к комбинированной терапии АГ является:

- а) АД выше 140/90 мм рт.ст.
- б) наличие гипертрофии миокарда левого желудочка
- в) высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск

97. Наиболее частой причиной развития вторичной артериальной гипертензии является:

- а) заболевания почек,
- б) заболевания эндокринной системы,
- в) врожденные пороки сердца,
- г) коллагенозы,
- д) прием медикаментов

98. Реже всего поражаются атеросклерозом:

- а) мозговые сосуды,
- б) коронарные сосуды,
- в) сосуды верхних конечностей,
- г) сосуды нижних конечностей,
- д) аорта

99. Среди эндокринных заболеваний к развитию атеросклероза предрасполагает:

- а) болезнь Аддисона,
- б) тиреотоксикоз,
- в) сахарный диабет,
- г) гипотиреоз

100. Диагноз стенокардии может быть с уверенностью исключен:

- а) если боль локализуется в правой половине грудной клетки,
- б) если боль локализуется в эпигастрии,
- в) если боль провоцируется приемом пищи,
- г) если отсутствует эффект нитроглицерина,
- д) ни в одном из перечисленных случаев

5.3.3 Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

№ п/п	Формулировка задания
1	Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отстаивание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение

	<p>перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100-110 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. В анализах крови: эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 11,6 г%, Нсг - 46%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 18,6 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты - 2%), СОЭ - 46 мм/ч, СРБ - ++++. В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Грамму обнаружены грамположительные диплококки. В анализах мочи: удельный вес - 1018, следы белка, лейкоциты - 4-6-8 в поле зрения.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Назначьте лечение и обоснуйте его.
2	<p>Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, одышку при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних семи лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики, с положительным эффектом. В течение последних двух лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних трех дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5°C. При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в минуту. Пульс - 80 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. В общем анализе крови: эритроциты - 4,5 млн, гемоглобин - 145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - 10 тыс. (п/я - 5%, с/я - 57%), лимфоциты - 27%, моноциты - 8%, эозинофилы - 3%, СОЭ - 23 мм/ч. В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в поле зрения, макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ, - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%.</p> <p><u>Вопросы</u></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 2. Назначьте лечение и обоснуйте его.
3	<p>Пациентка К., 33 года, учительница начальной школы. Жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,1-37,2°C, слабость, потливость. Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в минуту. ЧСС - 70 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эритроциты - 3,8 млн, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 8,8 тыс. (п/я - 3%, с/я - 43%), лимфоциты - 45%, моноциты - 7%, эозинофилы - 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 20-30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны. ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 82%, МОС 25 - 94%, МОС 50 - 82%, МОС 75 - 86%.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 3. Назначьте лечение.
4	<p>Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты:</p>

	<p>характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ1 - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
5	<p>Пациент В., 32 года, обратился в приемное отделение клиники с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле. Заболел остро семь дней назад, когда температура тела внезапно повысилась до 39,0°C, появились головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие (аспирин, парацетамол), без существенного эффекта. На третий день заболевания появились насморк, небольшие боли при глотании. Через пять дней болезни температура снизилась до 38,5°C, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле. При осмотре состояние средней тяжести. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого выслушивается интенсивный скребущий шум на вдохе и выдохе. АД - 110/70 мм рт. ст. ЧСС - 120 в минуту, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: лейкоциты - $13,5 \times 10^9/\text{л}$ (п/я - 1%, с/я - 28%), лимфоциты - 53%, СОЭ - 28 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки свежие очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
6	<p>Пациент С, 48 лет, доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии после купирования ангинозного приступа с жалобами на нестерпимые боли за грудиной, возникшие два часа назад, резкую общую слабость. Из анамнеза известно, что за три недели до поступления у пациента стали возникать боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо при ходьбе, а в последнее время и в покое. К врачу не обращался. В день поступления возникли нестерпимые боли за грудиной, сопровождающиеся холодным потом, страхом смерти. Приступ болей купирован врачом СМП введением наркотических анальгетиков, больной</p>

	<p>доставлен в клинику. По данным ЭКГ, ферментного анализа крови диагностирован инфаркт миокарда. Подострый период болезни протекал без осложнений, однако на третьей неделе пребывания в клинике возникли подъем температуры до 38,0°C, общее недомогание, боли в грудной клетке при глубоком вдохе, ноющие боли в перикардиальной области. При аускультации выявлен шум трения плевры, а также шум в зоне абсолютной сердечной тупости. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 90 в минуту, ритмичный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: лейкоциты - 12,3 x 10⁹/л, эозинофилы -10%, СОЭ-50 мм/ч.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
7	<p>Пациентка П., 15 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр (максимально до 37,4°C), изменение походки, нарушение почерка, появление непроизвольных движений лица и рук, лабильность настроения. Из анамнеза известно, что в детстве росла и развивалась нормально. Родители и младший брат здоровы. Учится в 9-м классе средней школы. В детстве перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит. Месяц назад перенесла ангину. Лечилась дома. После возобновления обучения в школе преподаватели отметили ухудшение почерка, повышенную лабильность настроения. В дальнейшем присоединились нарушение походки, подергивание руками и головой, иногда - непроизвольное высовывание языка. В вечернее время отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Обращают на себя внимание повышенная эмоциональная лабильность, непроизвольные движения пальцев рук, высовывание языка. Выполнение почерковых и пальценосовой проб затруднено. В позе Ромберга неустойчива. Кожные покровы не изменены. Отеков нет. Суставы визуально не изменены, при пальпации и выполнении движений безболезненны. В легких хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС - 100 в минуту, шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: лейкоциты -11 x 10⁹/л (п/я - 4%, с/я -78%), гемоглобин -120 мг/дл, эритроциты - 4,5 x 10¹²/л. СОЭ -18 мм/ч.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
8	<p>Пациентка С, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1-2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в</p>

	<p>дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет беспокоят приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС, с некоторым эффектом. Месяц назад развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, которые бригаде СМП не удалось купировать новокаинамидом. Было рекомендовано заменить аллапинин на дигоксин в сочетании с обзиданом, в остальном лечение продолжить. Одышка заметно увеличилась, по ночам появился влажный кашель. При осмотре состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. ЧД - 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца - по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой среднеключичной линии. Пальпируется пульсация в III-IV межреберье слева от грудины. ЧСС - 76 в минуту, ритм неправильный, дефицита пульса нет. Первый тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. На верхушке выслушивается шум после второго тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 13,5 г%, эритроциты - 4,1 млн, лейкоциты - 4,9 тыс., лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 195 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 7,8 г%, альбумин - 4,1 г%, глюкоза - 101 мг%, креатинин - 1,2 мг%, общий билирубин - 1,0 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%, СРБ +, латекс-тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед.</p> <p>На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены вторая и третья дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие)? 2. Какую информацию вы ожидаете получить от этих исследований? 3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
9	<p>Пациент М., 53 года, предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках или без четкой связи с нагрузками, иррадиирующие в левую руку, длящиеся от нескольких до 20-25 минут, постепенно купирующиеся в покое, на головокружения, эпизоды потери сознания после приема двух таблеток нитроглицерина под язык, одышку при подъеме по лестнице на два этажа, перебои в работе сердца, эпизоды повышения температуры тела до 37,2-37,3°C. В анамнезе - тонзиллэктомия в 17 лет. Длительное время физические нагрузки переносил хорошо. В течение последних трех лет беспокоят приступы загрудинных болей, преимущественно при нагрузках, частота и интенсивность которых постепенно нарастают. Для купирования приступов принимал нитраты, с хорошим эффектом, однако в течение последнего полугодия несколько раз отмечал эпизоды кратковременной потери сознания сразу после приема нитроглицерина, в связи с чем от дальнейшего использования нитратов отказался. Регулярно принимал тромбо-АСС, эпизодически (при</p>

	<p>возникновении перебоев в работе сердца) - анаприлин. Два года назад отмечался длительный (около месяца) период субфебрилитета, к врачу не обращался. В течение последних месяцев отметил нарастание одышки, которая ранее возникала лишь при значительных нагрузках. Амбулаторно было рекомендовано проведение коронароангиографии. В клинику госпитализирован для обследования. При осмотре состояние средней тяжести. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Первый тон на верхушке ослаблен, выслушивается негрубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Во II межреберье справа от грудины второй тон резко ослаблен, выслушивается грубый шум, который начинается вскоре после первого тона и хорошо проводится на сонные артерии, а также мягкий шум после второго тона с эпицентром в точке Боткина. Над почечными артериями шумов нет, пульсация на тыльных артериях стоп сохранена, симметрична. ЧСС - 71 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 120/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 14,7 г%, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 5,6 тыс., нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, тромбоциты - 212 тыс., СОЭ - 24 мм/ч, общий белок - 7,1 г%, альбумин - 3,9 г%, СРБ++, триглицерид - 138 мг/дл, общий холестерин - 234 мг/дл, ЛНП - 112 мг/дл, глюкоза - 102 мг%, креатинин - 1,2 мг%, общий билирубин - 1,1 мг%, RW отрицательная. На рентгенограммах органов грудной клетки увеличены третья и четвертая дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие)? 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
10	<p>Пациент В., 75 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, головные боли, периодическую потливость по ночам, эпизоды повышения температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренных физических нагрузках, приступы сжимающих болей за грудиной без четкой связи с нагрузками, интенсивную боль в правой поясничной области, возникшую около двух часов назад, потемнение мочи. Более 40 лет курит около 20 сигарет в день. В течение последних 20 лет беспокоят приступы загрудинных болей, которые расценивались как стенокардия. Проводилась терапия нитратами и аспирином, с некоторым эффектом. Около семи лет назад стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе, которые значительно возросли в течение последнего полугодия, в связи с чем два месяца назад произведена операция аортобедренного шунтирования. После операции отмечался длительный период субфебрильной температуры, которая постепенно нормализовалась на фоне терапии клафораном. Однако эпизоды повышения температуры периодически возобновлялись, значительно нарастала общая слабость, стали беспокоить выраженные головокружения. При осмотре состояние тяжелое. Конституция гиперстеническая. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. Акроцианоз. Отеков нет. ЧД - 22 в</p>

	<p>минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, в базальных отделах с обеих сторон - единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердце: левая граница - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, второй тон во II межреберье справа от грудины резко ослаблен, после первого тона выслушиваются грубый шум, проводящийся на сонные артерии, и шум после второго тона с эпицентром в точке Боткина. ЧСС - 72 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 110/45 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. В анализах крови: гемоглобин - 8,7 г%, эритроциты - 3,1 млн, лейкоциты - 8,6 тыс. (п/я - 2%, нейтрофилы - 44%, лимфоциты - 39%), тромбоциты - 144 тыс., СОЭ - 43 мм/ч, общий белок - 6,8 г%, СРБ ++, IgG - 1400 мг%, креатинин - 2,4 мг%, азот мочевины - 40 мг%, общий билирубин - 1,3 мг%. В анализе мочи: рН - 5, удельный вес - 1012, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты - 20-30 в поле зрения. На рентгенограммах органов грудной клетки: значительно увеличены третья и четвертая дуги по левому контуру сердца, плевральные синусы свободны.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
11	<p>Пациент Н., 64 года, обратился за медицинской помощью в связи с увеличением частоты и продолжительности эпизодов загрудинной боли, иррадиирующей в левую руку. Восемь лет назад у пациента диагностирована стенокардия напряжения ИФК. Постоянно принимает атенолол 50 мг/сут, аспирин 100 мг/сут. На фоне терапии приступы стенокардии не возникали. Около четырех месяцев назад вновь отметил возникновение ангинозных приступов, для купирования которых стал применять изосорбидадинитрат (10-20 мг сублингвально), с эффектом. Изменение терапии дало положительный эффект, однако в течение последнего месяца пациент отмечает увеличение частоты и продолжительности приступов стенокардии, которые стали возникать при меньшем пороге нагрузки (ходьба в умеренном темпе до 150-200 м, подъем на один лестничный пролет), возросла потребность в дополнительном приеме нитропрепаратов. Курил по 20 сигарет в день в течение 35 лет, последние восемь лет не курит. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 66 лет от онкологического заболевания, мать страдала артериальной гипертонией, ИБС, умерла в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°C, кожные покровы бледные, нормальной влажности. Пациент тревожен. ЧД - 24 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 90 в минуту. АД - 158/84 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. В общем анализе</p>

	<p>крови: гемоглобин - 11,2 г/л, эритроциты -3,9 млн, гематокрит - 34%, лейкоциты - 12,4 тыс. (п/я - 2%, с/я - 78%), лимфоциты - 24%, эозинофилы - 4%, моноциты - 2%, СОЭ -22 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 130 мг/дл, креатинин - 1,3 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -269 мг/дл, триглицериды - 376 мг/дл.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
12	<p>Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м². Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 15,2 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%, лейкоциты -11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты -18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ -12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 130 мг/дл, креатинин - 1,2 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл. На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
13	<p>Пациентка А., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 200/120 мм рт. ст. Из</p>

	<p>анамнеза известно, что матери пациентки 77 лет, страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда. Больная имеет высшее образование, работает топменеджером в крупной компании. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела 30,9 кг/м². Головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось повышение АД до 160-170/ 90-95 мм рт. ст. Не обследовалась, по совету знакомых нерегулярно принимала коринфар (нифедипин), каптоприл (капотен). Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев в связи со значительным эмоциональным перенапряжением. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. ЧД - 14 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД - 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 112 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В общем анализе крови: гемоглобин - 110,3 г/л, СОЭ - 12 мм/ч, лейкоциты - 5,5 тыс., формула не изменена. В биохимическом анализе крови: общий белок - 6,9 г/дл, альбумин - 4,2 г/дл, креатинин - 1,2 мг/дл, глюкоза - 112 мг/дл, мочевая кислота - 5,4 мг/дл, общий билирубин - 0,7 мг/дл, натрий -137,1 мэкв/л, калий - 5,1 мэкв/л, триглицериды - 180 мг/дл, общий холестерин - 320 мг/дл. В общем анализе мочи: рН - 5,0, удельный вес - 1014, белок, сахар, ацетон - нет. Лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты -0-0-1 в поле зрения, цилиндры - нет. Слизь, бактерии - немного. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 100 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Высокие зубцы R в отведениях V5 и V6, глубокие зубцы S в отведениях VI и V2. Признаков нарушения ритма и проводимости нет.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
14	<p>Пациентка П., 54 года, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли загрудинной локализации с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на четыре лестничных пролета), сопровождающихся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет, последние восемь лет не курит. В течение последних 15 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Пациентка повышенного питания, ИМТ - 32,6 кг/м². ЧД -20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 82 в минуту. АД -164/92 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 13,4 г/л, эритроциты - 4,2</p>

	<p>млн, гематокрит - 42%, лейкоциты - 6,2 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 118 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин - 274 мг/дл, триглицериды - 336 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 78 в минуту, нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка. Проба с физической нагрузкой на тредмиле: выполнена нагрузка 5 МЕТ. Общее время нагрузки - 4 минуты 16 секунд. ЧСС - от 86 до 120 в минуту. АД - от 152/86 до 190/100 мм рт. ст. Проба прекращена из-за усталости больной. Ишемические изменения ST не зарегистрированы. Реакция на нагрузку по гипертоническому типу. Заключение: проба не доведена до диагностических критериев ишемии. Толерантность к физической нагрузке средняя.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Назначьте лечение и обоснуйте его.
15	<p>Пациент Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1,5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, переходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин, без существенного эффекта. Данное состояние сохранялось в течение суток, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида, без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. Через пять дней госпитализирован в клинику. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧДД - 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 136 в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +0,5 см по правой среднеключичной линии. В анализах крови: гемоглобин - 14,2 г%, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 5,5 тыс., п/я - 1%, нейтрофилы - 54%, лимфоциты - 29%, тромбоциты - 214 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,3 г%, альбумин - 4,0 г%, креатинин - 1,1 мг%, азот мочевины - 16 мг%, общий билирубин - 1,1 мг%,</p>

	<p>ГГТ - 16 ед/л, глюкоза - 98 мг%, общий холестерин - 198 мг/дл, триглицериды - 134 мг/дл. В анализе мочи: рН - 5,5, удельный вес - 1019, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты и лейкоциты - единичные в поле зрения. ЭхоКГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, клапаны и аорта не изменены.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова причина внезапного ухудшения состояния больного? 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 3. Какова была главная терапевтическая ошибка на догоспитальном этапе? 4. Охарактеризуйте этиологию диагностированного заболевания. 5. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения? 6. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?
16	<p>Пациентка М., 52 года, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часа и заканчиваются спонтанно (также внезапно). Подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, при ЭхоКГ отклонения от нормы не выявлены. Медикаментозную терапию не получала. Последний приступ возник три дня назад, на фоне глубокого вдоха не купировался, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80/60 мм рт. ст.), через 40 минут закончился спонтанно. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница - на 1 смкнутри от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС - 74 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги. В анализах крови: гемоглобин - 12,7 г%, эритроциты - 3,9 млн, лейкоциты - 5,6 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,8 г%, креатинин - 1,0 мг%, азот мочевины - 15 мг%, общий билирубин - 1,0 мг%, глюкоза - 102 мг%. В анализе мочи: рН - 5, удельный вес - 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. ЭхоКГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зоны гипокинеза не выявлены. Определяется</p>

	<p>прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта уплотнена.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова наиболее вероятная природа описанных больной приступов? 2. Чем обусловлена клиническая симптоматика во время приступа? 3. Спланируйте дальнейшее обследование и обоснуйте необходимость проведения каждого из запланированных исследований. 4. Чем обусловлен врожденный вариант данного заболевания? 5. Какова должна быть лечебная тактика во время приступа и в межприступный период? 6. Каков прогноз заболевания у данной больной?
17	<p>Пациент Д., 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и тяжесть в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, иногда тухлым, неустойчивый стул (до трех раз в сутки), вздутие живота, слабость, недомогание, похудание на 3 кг за последние два месяца. Болен в течение 10 лет, когда впервые появились чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул. Дискомфорт в верхней половине живота, неустойчивый стул возникали периодически, чаще были связаны с нарушением диеты (жирная, жареная пища, прием алкоголя) и проходили через некоторое время самостоятельно. К врачам не обращался, не лечился. В последние пять лет диспептические расстройства стали беспокоить чаще. В поликлинике по месту жительства при исследовании желудочного содержимого, со слов пациента, были выявлены признаки снижения секреторной функции желудка. ЭГДС не проводилась. Лечился но-шпой, ферментными препаратами, с кратковременным положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение последних двух месяцев, когда стали нарастать диспептические явления, похудел на 3 кг. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, атрофия и сглаженность сосочков языка, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, ангулярный стоматит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс - 68 в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации разлитая болезненность в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эритроциты - 5,3 млн, гемоглобин - 11,5 гр%, лейкоциты - 6, 2 тыс., цветной показатель - 0,98, формула крови без особенностей, СОЭ - 12 мм/ч. Гастродуоденоскопия: пищевод не изменен, в желудке небольшое количество жидкости, складки слизистой сглажены, слизистая желудка бледная, атрофичная. Взята биопсия слизистой из тела желудка (атрофия железистого эпителия, признаки кишечной метаплазии, минимальные признаки воспаления, <i>Helicobacter pylori</i> и антитела к <i>Helicobacter pylori</i> не обнаружены).</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.

	<p>3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.</p> <p>4. Назначьте лечение и обоснуйте его.</p>
18	<p>Пациентка Н., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся натощак, ощущение тяжести в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита и потерю веса около 4 кг за последние 1,5-2 месяца. Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в подложечной области, тошнота, позывы к рвоте, периодически изжога после погрешностей в диете. Боли несколько облегчались после приема соды или щелочной минеральной воды. В поликлинике по месту жительства проведено рентгенологическое исследование желудка, при котором было выявлено следующее: натощак значительное количество жидкости, утолщение складок, живая перистальтика, луковица 12-перстной кишки не изменена. Лечилась амбулаторно гастропептином, но-шпой, с кратковременным эффектом. В дальнейшем боли возобновлялись после нарушения диеты, четкой сезонности обострений не было. Настоящее обострение около двух месяцев, когда после нарушения диеты возобновились боли в подложечной области, появились изжога, отрыжка кислым, присоединились тошнота, позывы к рвоте, исчез аппетит, потеряла в весе за время обострения около 4 кг. Прием но-шпы не принес облегчения. Поступила в клинику для обследования и лечения. При осмотре состояние удовлетворительное. Питание несколько снижено. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 68 в минуту. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и пилорoduodenальной областях, печень, селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эритроциты - 4,3 млн, гемоглобин - 12,7 гр%, лейкоциты - 6,7 тыс., формула крови без особенностей, СОЭ - 11 мм/ч. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. При ЭГДС: пищевод без изменений, кардия смыкается полностью. Слизистая желудка гиперемирована, в желудке натощак много прозрачной жидкости и слизи. Складки слизистой резко утолщены, извиты, в антральном отделе подслизистые кровоизлияния и плоские эрозии. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Взята биопсия из антрального отдела желудка: гиперплазия слизистой, базальная мембрана не изменена, местами имеются скопления лимфоидных элементов, а также очаги кишечной гиперплазии. Множество <i>Helicobacter pylori</i> на поверхности и в глубине ямок.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <p>1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.</p> <p>2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.</p> <p>3. Назначьте лечение и обоснуйте его.</p>
19	<p>Пациент К., 25 лет, обратился в приемный покой больницы с жалобами на тошноту, общую слабость, сердцебиение, повышенное потоотделение, частый, плохо оформленный стул черного цвета. Ранее считал себя здоровым, хотя иногда беспокоили ночные, голодные боли, изжога. К врачам не обращался, периодически принимал соду. Накануне вечером появилась тошнота, рвоты не</p>

	<p>было, развились резкая слабость, ощущение озноба. Ночью почти не спал. В течение ночи 5-6 раз наблюдался стул черного цвета, неоформленный. Утром слабость усилилась, появились сердцебиение, головокружение.</p> <p>Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы по месту жительства. При осмотре состояние средней тяжести. Кожа бледная, влажная, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, пульс - 112 в минуту, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
20	<p>Пациент Б., 52 года, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью три года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30-40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, боли прежнего характера, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Поступил в клинику для уточнения диагноза и лечения. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, АД - 140/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эритроциты - 3,7 млн, гемоглобин - 10,7 гр%, цветной показатель - 0,9, СОЭ - 15 мм/ч. При ЭГДС: пищевод не изменен, кардия смыкается полностью. Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно измененными краями, размерами 6x8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы. Гистологическое исследование: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия. Край язвы, попавший в срез, с признаками хронического воспаления. <i>Helicobacter pylori</i> выявлен в небольшом количестве. рН-метрию не проводили в связи с характером локализации язвы.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план обследования. 2. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

21	<p>Пациентка Б., 58 лет, предъявляет жалобы на частые ноющие боли в правом подреберье, не всегда связанные с приемом пищи, физической нагрузкой, переменной положением тела. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала язвенной болезнью желудка, умерла в возрасте 72 лет от инфаркта миокарда, отец страдал хронической обструктивной болезнью легких, умер в возрасте 68 лет от рака предстательной железы. У больной в возрасте 40 лет был диагностирован хронический гастрит с частыми обострениями, последнее обострение около года назад. Описанные боли эпизодически отмечала в течение последних 15 лет, связывала их с гастритом. По этому поводу не обследовалась, принимала мезим-форте, альмагель, без существенного эффекта. Соблюдает диету с ограничением жирной, острой пищи. Настоящее ухудшение в течение последних двух месяцев, когда после поездки в дом отдыха и приема там непривычно острой пищи стали появляться описанные боли. За это время изменения стула не отмечала. Эпизодически беспокоила тошнота, не всегда одновременно с болями. В последние дни приступы болей участились, в связи с чем обратилась к врачу. Пациентка пониженного питания, температура тела 36,7°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Селезенка не пальпируется. В анализах крови: лейкоциты - 7100/мкл, формула без особенностей, эритроциты - 4500 млн/мкл, гемоглобин - 125 г/л, тромбоциты - 195 тыс., СОЭ - 18 мм/ч. Билирубин общий - 1,0 мг/дл, прямой - 0,3 мг/дл, холестерин общий - 200 мг/дл, фибриноген - 4,22 г/л, общий белок - 82 г/л, АЛТ - 25 МЕ, АСТ - 24 МЕ, ГГТ - 36 МЕ. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патология не выявлена. При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки атрофического гастрита с очаговой гиперемией в антральном отделе. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
22	<p>Пациентка К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела. Из семейного анамнеза известно, что мать, 72 лет, перенесла операцию холецистэктомии, отец страдал мочекаменной болезнью, умер в возрасте 68</p>

	<p>лет от инсульта. С 25 лет отмечает повышенный вес, варикозное расширение вен нижних конечностей. Пациентка повышенного питания. В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. При поступлении в стационар температура тела 36,6°С, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягкоэластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Ортнера. Селезенка не пальпируется. В анализах крови: лейкоциты - 9100/мкл, формула без особенностей, эритроциты - 4,5 млн, гемоглобин - 135 г/л, тромбоциты - 250 тыс., СОЭ - 22 мм/ч. Билирубин общий - 1,0 мг/дл, прямой - 0,3 мг/дл, холестерин общий - 222 мг/дл, фибриноген - 4,82 г/л, общий белок - 82 г/л, АЛТ - 25 МЕ, АСТ - 24 МЕ, ГГТ - 36 МЕ. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном без патологии. При эзофагогастродуоденоскопии выявлены признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из 12-перстной кишки в желудок. При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхогенных структур размерами до 2,5 см. Ductuscholedochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 2. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии. 3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
23	<p>Пациентка С., 28 лет, во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (НСV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. В клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности АлАТ до 420 ед./л, АсАТ до 395 ед./л. Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение альфа-интерфероном и рибавирином. Через две недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение</p>

	<p>самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для госпитализации. При осмотре обращает на себя внимание субиктеричность слизистых. Печень незначительно увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены. При повторном обследовании: панцитопения (эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $3,25 \times 10^9/л$, тромбоциты - $79 \times 10^9/л$), СОЭ - 55 мм/ч. АлАТ - 1554 ед/л, АсАТ - 1480 ед./л; гамма-глобулины - 37%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:320. При биопсии печени определяются гистологические признаки высокоактивного гепатита, фибротические изменения отсутствуют.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
24	<p>Пациент М., 52 года, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Отеков ног нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена - 160 x 100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. В анализах крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,5 млн, лейкоциты - 3,8 тыс., тромбоциты - 126 тыс., СОЭ - 15 мм/ч. АСТ - 86 ед/л, АЛТ - 58 ед/л, ГГТ - 92 ед/л, ЩФ - 280 ед/л, ХЭ - 4533 ед/л, общий билирубин - 2,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные. При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 2. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение
25	<p>Пациент Р., 42 года, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастриальной области, возникающие после приема любой пищи, особенно после жирной и острой. Боли стихают при голодании, а также при приеме омепразола и анальгина. Беспокоят тошнота, рвота на высоте болей, не</p>

	<p>приносящая облегчения. После еды - сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса. Злоупотребляет алкоголем. Три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, температура повысилась до 42°C, пожелтел. Лечился в хирургическом стационаре. Выписался через две недели, жалоб не было в течение четырех месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера. Лечился амбулаторно, голодал четыре дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь начал употреблять спиртные напитки. Боли возникали еще трижды после злоупотребления алкоголем и обильной еды. Лечился амбулаторно. Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью начались нестерпимые боли, рвота. Вызванная бригада скорой медицинской помощи осуществила сифонное промывание желудка, сделала инъекции атропина, анальгина, реланиума. От госпитализации отказался. В течение трех дней голодал, получал перорально атропин и соду. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар. При осмотре состояние средней тяжести. Пациент пониженного питания. Температура тела 37,9°C. Склеры субиктеричны. На коже груди и живота мелкие «красные капельки». Над легким дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс - 104 в минуту, ритмичный. АД - 105/60 мм рт. ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Печень по среднеключичной линии выходит на 5 см, край мягкий, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена. Определяется резкая болезненность при пальпации. Болезненна также пальпация над пупком, в точке Мейо-Робсона, определяется положительный симптом поворота и положительный симптом натяжения брыжейки. Толстая кишка спазмирована, чувствительна при пальпации. В анализах крови: гемоглобин - 10 г/мл, эритроциты - 3,8 млн, лейкоциты - 9700, юные - 2%, п/я - 12%, с/я - 58%, лимфоциты - 24%, эозинофилы - 4%, СОЭ - 28 мм/ч, билирубин общий - 2,1 мг%, билирубин прямой - 1,2 мг%, холестерин - 180 мг%, общий белок - 9,4 мг/дл. АЛТ - 95 ед/мл, АСТ - 108 ед/мл, амилаза в крови - 79 мг/мл/ч, глюкоза - 100 мг%. ГТП - 164 ед/мл. В анализе мочи: амилаза - 180 мг/мл/ч. При УЗИ: печень повышенной эхогенности, увеличена в размерах. Поджелудочная железа увеличена на 8 мм в области хвоста и на 12 мм в области головки за счет отека. Главный панкреатический проток расширен, паренхима в области хвоста пониженной эхогенности, в области головки - повышенной.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 2. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
26	<p>Пациентка К., 28 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо. Боли возникают после приема жирной, острой пищи, бульона, сопровождаются горечью во рту, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно</p>

возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину, и боли в левом подреберье. Боли снимают инъекции атропина, но-шпы, анальгин. Стихают при голодании. Больная, по профессии швея-мотористка, ведет малоподвижный образ жизни. Не курит, алкоголь не употребляет. Любит и ест в большом объеме сладкое и мучное. Прием пищи 1-2 раза в день. Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошел самостоятельно. Легкая желтуха в виде слабой субиктеричности склер, потемнение мочи появились на следующий день и прошли через два дня. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был до 3 раз в день, неоформленный. Пациентка повышенного питания. Кожные покровы чистые, склеры не иктеричны. В легких патология не выявлена. Пульс - 66 в минуту, ритмичный, полный. АД - 135/85 мм рт. ст. Живот вздут. Мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Положительные симптомы Мэрфи, Кэра, Лепене, Ортнера. Резкая болезненность при пальпации над пупком. Болезненность при пальпации на 3 см ниже середины левой реберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок. В анализах крови: гемоглобин - 12,5 г/мл, эритроциты - 3,9 млн, лейкоциты - 15,7 тыс., формула изменена: п/я - 9%, СОЭ - 24 мм/ч, билирубин общий - 1,9 мг%, глюкоза - 100 мг%, амилаза - 154 МЕ/л. В анализе мочи: амилаза - 480 мг/мл/ч. При УЗИ определяются мелкие конкременты в просвете желчного пузыря, дающие УЗ-тень, стенки желчного пузыря утолщены и уплотнены, поджелудочная железа увеличена в размерах (преимущественно за счет тела и хвоста), паренхима неоднородна, участки повышенной эхогенности чередуются с гипозононными.

Вопросы

1. Проведите диагностический поиск.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

27 Пациент Н., 28 лет, обратился с жалобами на изменение цвета мочи (стала бурого цвета), головные боли, одутловатость лица, ощущение тяжести в поясничной области. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако так и не была произведена. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявлено. Периодически злоупотребляет алкоголем. Описанные жалобы появились около месяца назад во время служебной командировки в одну из африканских стран. Перед поездкой пациенту была проведена вакцинация против ряда тропических заболеваний. Плохое самочувствие объяснял сменой климата и напряженной работой, однако после возвращения домой состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался бурым. При осмотре состояние относительно

	<p>удовлетворительное. Цвет кожных покровов обычный. Отмечаются одутловатость лица, пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Отмечается тахикардия – 100 в минуту. АД -160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягкоэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. В общем анализе крови: эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин -13,5 г/л, лейкоциты - 6 тыс., лейкоцитарная формула без изменений, тромбоциты - 260 тыс., СОЭ - 15 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес -1018, белок - 0,6%, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20-25 в поле зрения, цилиндров нет.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз и назначьте лечение.
28	<p>Пациентка Р., 15 лет, через 10 дней после перенесенной ангины отметила признаки задержки жидкости (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, отечность конечностей и одутловатость лица), изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), боли в затылочной области. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые. Задняя стенка глотки бледно-розовая, миндалины несколько увеличены, бледно-розовые, незначительно инъецированы сосудами. Определяются отеки голеней, стоп, лица. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, второй тон во II межреберье справа от грудины усилен. ЧСС - 88 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 160/100 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не увеличена. Поясничная область визуально не изменена, симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный. В анализах крови: гемоглобин - 127 г/л, эритроциты - 3,6 млн, лейкоциты - 6,7 тыс., нейтрофилы - 54%, и/я - 2%, лимфоциты -29%, СОЭ - 18 мм/ч, тромбоциты - 234 тыс., общий белок -8,3 г%, альбумин - 4,8 г%, общий билирубин - 1,1 мг%, СРБ (+), креатинин - 2,6 мг%, IgA - 230 мг%, титр АСЛО - 1:640, снижение комплемента С3. В анализе мочи: рН - 5, относительная плотность -1022, белок - 0,033 д, сахара, ацетона нет, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, эритроциты - 20 в поле зрения, единичные цилиндры – 4-6 в поле зрения. Суточный диурез 800-950 мл. Пациентке проведена биопсия почки.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 2. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические

	<p>критерии. 3. Назначьте лечение и обоснуйте его.</p>
29	<p>Пациентка Л., 67 лет, обратилась с жалобами на кратковременные эпизоды потери сознания, резкую слабость, головокружение, шум в голове, сопровождающиеся частым сердцебиением, которые беспокоят ее в течение месяца. Страдает хроническим гастритом, гипертонической болезнью, в связи с чем в течение двух последних лет регулярно принимает энап по 10 мг/сут, с хорошим эффектом. Около двух месяцев назад обратилась к терапевту по месту жительства по поводу болей в шейном отделе позвоночника. Состояние было расценено как остеоартроз, в связи с чем назначен диклофенак (50 мг 3 раза в сутки), который пациентка принимает регулярно до настоящего времени, с хорошим эффектом, однако около месяца назад она отметила появление темного, дегтеобразного, стула. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и конъюнктивы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -18 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, при аускультации выслушивается систолический шум во всех точках, шум волчка. ЧСС - 100 в минуту. АД - 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 50 г/л, эритроциты - 2,6 млн, ЦП - 0,58. Анализ мочи без патологии. В анализе кала: бензидиновая реакции и реакция с гваяковой настойкой резко положительные.</p> <p><u>Вопросы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза. 3. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение.
30	<p>Пациент М., 66 лет, обратился к неврологу с жалобами на необычные неприятные ощущения в виде покалывания и онемения в руках и ногах, слабость в конечностях, затруднения при движении, изменение походки, снижение зрения, а также снижение настроения, сонливость, потерю концентрации внимания. Указанные симптомы возникли около четырех месяцев назад и постепенно нарастали. В анамнезе у пациента - хронический гастрит с пониженной секреторной функцией, аутоиммунный тиреоидит. При осмотре состояние удовлетворительное. Пациент пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, умеренная сглаженность сосочков языка. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД -17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС - 72 в минуту. АД -135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации. В неврологическом статусе признаки сенсомоторной полинейропатии, положительный симптом Лермитта. В анализах крови: гемоглобин - 8,2 г/л, эритроциты - 2,1 млн, ЦП - 1,3, средний объем</p>

<p>эритроцитов -104 фл., лейкоциты - 4,2 тыс., обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, тромбоциты - 123 тыс. (картина периферической крови приведена на рисунке ниже), СОЭ - 22 мм/ч, общий билирубин -1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%,ТТГ-5,3МЕ/л. В анализах мочи и кала - без отклонений от нормы.</p>
--

Вопросы

1. Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

5.4 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Первый этап госэкзамена – оценка практических навыков.

Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных отделениях ЛПУ города и учебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины, где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Второй этап госэкзамена - тестовый контроль.

Проверка уровня теоретической подготовленности проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из банка тестовых заданий, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

До, вовремя и после тестирования в помещении, где оно проводится, разрешено находиться только выпускникам и членам ГЭК, принимающим экзамен.

Выпускники не допускаются в помещение до тех пор, пока председатель, секретарь (или член) ГЭК не подтвердит готовность помещения к проведению тестирования и не укажет, где должен сидеть каждый выпускник. За пятнадцать и за пять минут до окончания тестирования председатель ГЭК извещает выпускников о количестве оставшегося времени до окончания работы. По истечении отведенного на тестирование времени выпускники обязаны прекратить выполнять работу. Факты произошедших технических сбоев должны быть зафиксированы членом ГЭК, если при техническом обслуживании приема государственного экзамена они имели место.

Третий этап госэкзамена – решение ситуационных (клинических) задач.

Данный вид аттестационных испытаний представлен собеседованием. Итоговое собеседование проводится комиссией по ситуационным задачам, утвержденным цикловыми методическими комиссиями дисциплин и проректором по учебной деятельности, и позволяет оценить уровень сформированности профессиональных компетенций выпускника. Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания или подготовки к устному ответу. В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство. практика [Электронный ресурс]. - В 2-х т. Т.1. / под ред. акад. РАМН Денисова И.Н., проф. Лесняк О.М.-2017. – 976 с.- <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
2. Общая врачебная практика [Электронный ресурс]: нац. рук.: в 2 т. Т. 2 / [П. Н. Олейников и др.] ; гл. ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 892 с. - Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] учебник / под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 958 с. – <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 800 с. - Режим доступа: <http://books-up.ru>.
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 640 с. - <http://books-up.ru>.
6. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов дыхания: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 3-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 512 с. - Режим доступа: <http://books-up.ru>.
7. Атлас клинической медицины [Электронный ресурс]: внеш. признаки болезней / А. Ф. Томилов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с. – Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
8. Хроническое легочное сердце в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ларина В. Н., Вартанян Е. А., Барт Б. Я. и др. - Москва, 2019. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
9. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: сердечно-сосудистая система: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 904 с. - Режим доступа: <http://books-up.ru>.
10. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов пищеварения: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 560 с. - Режим доступа: <http://books-up.ru>.
11. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст]: [учебное пособие для высшего профессионального образования] / [А. В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков]. - 10-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2015. - 298 с.
12. Поликлиническая терапия [Текст]: учебник / под ред. И. И. Чукаевой, Б. Я. Барта. - Москва: Кнорус, 2018. - 696 с.
13. 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, 2013. – 634 с. - <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
14. Онкология [Электронный ресурс]: нац. рук. / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 572 с. - <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
15. Удаленный доступ Внутренние болезни [Электронный ресурс]: тесты и ситуац. задачи: учеб. пособие / В. И. Маколкин и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 294 с. - <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
16. Непосредственное исследование больного [Электронный ресурс] учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 176 с. – <http://books-up.ru>.
17. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. И.Л.

- Давыдкина, Ю.В. Щукина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438213.html>.
18. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432730.html>.
19. Персональная телемедицина [Электронный ресурс]. Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва: Практика, 2015. – 248 с. - <http://books-up.ru>.
20. Воздушно-капельные инфекции в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.Г. Головкин, В. Н. Ларина, В.Г. Ларин, Г.И. Порядина - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 73 с. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
21. Сахарный диабет в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов / В.Н. Ларина, Е. В. Кудина. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 38 с. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
22. Ведение желчнокаменной болезни в условиях поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / М. П. Михайлузова, С. В. Михайлузов, А. С. Николаева. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 75 с. <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
23. Артериальная гипотензия в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов / Е. В. Кудина, В. Н. Ларина. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 22 с. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
24. Удаленный доступ Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда. Ведение больных в поликлинике [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / под ред. И. И. Чукаевой - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 63 с. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.
25. Возбудители бактериальных воздушно-капельных инфекций [Электронный ресурс]: учебное пособие / под общ. ред. Л. И. Кафарской: - Москва, 2018. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>
26. Ингерлейб М.Б. Медицинские анализы. Самый полный современный справочник [Текст] / М.Б. Ингерлейб. - М.: АСТ, 2016. - 416 с.
27. Маколкин В. И. Боли в области сердца [Текст]: рук. для врачей / В.И. Маколкин, В.А. Сулимов. - М.: МИА, 2015. - 192 с.
28. Мурашко В.В. Электрокардиография [Текст]: учеб. пособие / В.В. Мурашко, А.В. Струтынский. - 13-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 320 с.
29. Руксин В.В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология [Текст]: краткое рук. / В. В. Руксин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.
30. Лабораторная диагностика инфекционных болезней [Текст]: справ. / под ред. В. И. Покровского, М.Г. Твороговой, Г. А. Шипулина. - М.: БИНОМ, 2016. - 648 с.
31. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы [Текст]: рук. для врачей / Я. Ю. Попелянский. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 352 с.
32. Физическая и реабилитационная медицина [Текст]: нац. рук. / под ред. Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с.
33. **Рубан Э.Д.** Глазные болезни [Текст]: новейший справочник / Э.Д. Рубан. - Ростов н/Д.: Феникс, 2016. - 622 с.
34. Инфекционные болезни [Текст]: учеб. для студ. мед. вузов / Е.П. Шувалова, Е. с. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.И. Змушко. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 727 с.
35. Кошечкин, В.А. Фтизиатрия [Текст]: учеб. для студ. вузов / В.А. Кошечкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с.

36. Крымская геморрагическая лихорадка (клиника, диагностика, лечение, организация медицинской помощи) [Текст]: учеб. пособие для врачей-инфекционистов, реаниматологов, врачей общей практики / сост.: И.В. Санникова, М.В. Титоренко, Л.В. Ртищева [и др.]. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. - 76 с.
37. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции [Текст]: метод. рек. / О.С. Левин, Е.Е. Васенина. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 80 с.
38. Леонтьев О.В. Юридические основы медицинской деятельности [Текст]: учеб. пособие для студ. мед. вузов / О. В. Леонтьев. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 111 с.
39. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы: учеб. пособие для врачей / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. - 4-е изд. перераб. и доп.- М.: МИА, 2015. - 104 с.

Дополнительная литература:

1. Антидотная терапия [Электронный ресурс]: учебное пособие / Никитина И.Л. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2403.html>.
2. Болезни желудка [Электронный ресурс] / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433881.html>.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html>.
4. Эндокринная патология на амбулаторном приеме. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных врачом-терапевтом [Текст]: учеб. пособие / сост.: Н.В. Агранович, И.В. Коровина. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. - 152 с.
5. Калинин А.В. Острый и хронический панкреатиты [Текст] / А.В. Калинин. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 160 с.
6. Дерматовенерология [Текст]: нац. рук. / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. - кратк. изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 896 с.
7. Чуканова Е.И. Хроническая ишемия мозга (факторы риска, патогенез, клиника, лечение) [Текст] / Е.И. Чуканова, А.С. Чуканова. - М., 2016. - 87 с.
8. Капитан Т.В. Справочник по педиатрии. Заболевания детей раннего возраста [Текст] для врачей общего профиля / Т.В. Капитан. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 336 с.
9. Основы формирования здоровья детей [Текст]: учеб. для студ. вузов / под ред. В.А. Шашель. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 382 с.
10. Конь, И.Я. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей раннего возраста [Текст] / И.Я. Конь, М. В. Гмошинская, Т. В. Абрамова. - М.: МИА, 2015. - 216 с.
11. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. - 1072 с.
12. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.html>.
13. Болезни крови в амбулаторной практике: руководство [Электронный ресурс] / И.Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427255.html>.
14. Воспалительные заболевания пищевода [Текст]: учебно-методическое пособие / А. Н.Иванов, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко; - Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2018. - 59 с.
15. Современная тактика ведения пациентов с контролируемой и неконтролируемой бронхиальной астмой [Текст]: учебно-методическое пособие /

О.Ю. Позднякова - Ставрополь, 2018. - 73 с.

16. Желтуха в клинической практике [Текст]: учебно-методическое пособие / А.Н. Иванов, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко; - Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2018. - 59 с.

17. Принципы ведения пациентов после перенесенных инсультов или транзиторных ишемических атак в общей врачебной практике [Текст]: учебно-методическое пособие / О.Ю. Позднякова - Ставрополь, 2021. - 32 с.

18. Хронический панкреатит. Стеатоз поджелудочной железы [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. В. Стародубова, С. Д. Косюра, Ю. Б. Червякова и др. - Москва, 2019. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.

19. Неотложная терапия бронхиальной астмы. [Текст]: учебное пособие / О.Ю. Позднякова, А.П. Байда - Ставрополь, 2013. - 48 с.

20. Современные аспекты диагностики и лечения бронхиальной астмы.[Текст]: учебное пособие / О.Ю. Позднякова, А.П. Байда - Ставрополь, 2013. - 65 с.

21. Предиабет. Современные возможности диагностики и лечения [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т.Б. Демидова, Ф.О. Ушанова - Москва, 2019. - <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>.

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" необходимых для освоения дисциплины

1. Medinfo.ru: <http://www.medinfo.ru> – медицинская поисковая система;
2. Medscape: [http://www. Medscap.com](http://www.Medscap.com)
3. PubMed: <http://www. pubmed.com> – медицинская база данных.
4. Медицинские сайты: SCARDIO, гастро-сайт, пульмо-сайт
5. <https://www.elibrary.ru/default.asp>
6. Безбумажный журнал общей медицины в режиме on-line <http://atrium.cor.neva.ru/bomj/index.html>
7. Клиническая фармакология и терапия <http://www.clinpharma.com/magazine/cf-menu.htm>
8. Медицинские журналы на MEDI.RU <http://www.medi.ru/doc/0000.htm>
9. Русский медицинский журнал <http://www.rmj.net>
10. Фарматека <http://www.pharmateca.ru>
11. Фармацевтический вестник http://fv.bionika.ru/index_fv.htm
12. Фармацевтический бюллетень <http://www.fb.ru>
13. Consilium Medicum <http://www.consilium-medicum.com>
14. Журнал американской медицинской ассоциации JAMA <http://www.ama-assn.org/public/journals/jama/jamahome.htm>
15. New England Journal of Medicine <http://www.nejm.org>
16. On-line журналы Американской ассоциации врачей <http://acponline.org/index.html>
17. Серия международных медицинских On-line журналов для медиков различных специальностей <http://www.priory.com/pme.htm> <http://www.priory.co.uk/med.htm>
18. The online Journal of Cardiology <http://www.hrt.org>
19. British Medical Journal <http://www.bmj.com>

8. Перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

При освоении данной дисциплины специального программного обеспечения не требуется. В ходе реализации целей и задач дисциплины обучающиеся могут использовать возможности информационно-справочных систем и архивов

1. ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека;
2. Электронный каталог» (Local);
3. Электронная база данных «ClinicKey»;
4. ЭБС «Электронная библиотека технического вуза».

Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Среда Электронного обучения 3LK Русский MOODLE	Бесплатное Тех. Поддержка 359ЭТ 19.21.2022
Mind платформа для видеоконференций	№135/ЗК от 9.07.2021
1С:Университет Проф	№27 от 30.04.2014

Установленное на ПК

Kaspersky endpoint security	№99/ЭТ от 21.06.2021
Архиватор ZIP	бесплатное
Adobe Acrobat reader	бесплатное
VLC медиаплеер	бесплатное
Astra Linux Common Edition релиз Орёл	№92/ЭТ от 15.06.21

9. Материально-техническое обеспечение ГИА

1 этап	Ресурсы клинических баз кафедры (оборудование и инструментарий, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи по профилю) Симуляционное оборудование центра аккредитации (тренажеры, фантомы)
2 этап	Учебные аудитории, компьютерный класс, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам
3 этап	Учебные аудитории, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам