

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
**«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Кафедра внутренних болезней

**Специальность – 31.08.49 Терапия**

**Направленность (профиль) программы - Терапия**

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано  
учебно-методическим советом  
Протокол № 1  
«24» апреля 2024 год

МОСКВА, 2024

Составители:

Терпигориев С.А., д.м.н., заведующий кафедрой внутренних болезней  
Догадова Т.В., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней  
Трошина А.А., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

Рецензенты:

Жарков О.Б., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.49 Терапия, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 г. № 15.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела

 О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой

Н.А. Михашина

## Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

### 1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

#### Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия.

#### Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - терапевт – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели

Коммуникация	УК-4. Способность выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способность использовать информационно-коммуникационные технологии в	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные

	<p>профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач</p> <p>ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности</p>
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ОПК-2. Способность применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан</p>
		<p>ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>
<p>Педагогическая деятельность</p>	<p>ОПК-3. Способность осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия</p>
		<p>ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся</p>
<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-4. Способность проводить</p>	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую</p>

	клиническую диагностику и обследование пациентов	диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями
		ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях
		ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе

		при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7. Способность проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1	Направляет пациентов на медицинскую экспертизу
	ОПК-7.2	Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
ОПК-8. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1	Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-8.2	Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
ОПК-9. Способность проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1	Проводит анализ медико-статистической информации
	ОПК-9.2	Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способность участвовать в оказании	ОПК-10.1	Оценивает состояния пациентов



	неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
--	---	--

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	ПК 1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	Анализ требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники
		ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	
		ПК 1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации	

		<p>пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов</p>	
		<p>ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p>	
		<p>ПК-1.5 Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ПК-2. Способность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации</p>	<p>ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p>	

	деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
		ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, контролирует качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа	

## 2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

### Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена. Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

### Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание основ клинической диагностики терапевтических заболеваний и умения их применять на практике. Второй практический вопрос направлен на знание основ лечения заболеваний терапевтического профиля, включающие в том числе и хирургические методы. В процессе ответа обучающийся должен продемонстрировать основы своего клинического мышления, под которым подразумевается умение использовать данные анамнеза, осмотра пациента, результаты лабораторных и инструментальных исследований) для своевременной и верной диагностики заболевания, его лечения и оценки его течения. Также обучающийся должен уметь объяснить показания к назначению того или иного обследования, методику его проведения, возможные противопоказания и осложнения, а также их профилактику. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных

	задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

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

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

Необходимо выбрать один верный ответ

\* - обозначен верный ответ

1. Какой уровень лейкоцитов ассоциируется с плохим прогнозом при пневмонии:
  - а. от 5 000 до 10 000 кл/мкл
  - б. от 10 000 до 15 000 кл/мкл
  - г. от 3 000 до 5 000 кл/мкл
  - д. менее 3 000 или более 15 000 кл/мкл\*
  
2. Через какой период времени оценивается эффективность эмпирической антибактериальной терапии при пневмонии:
  - а. 12 часов
  - б. 1 сутки
  - в. 2 суток\*
  - г. 5 суток
  
3. Отличительной особенностью бронхиальной астмы является:
  - а. гнойная мокрота
  - б. формирование легочного сердца
  - в. обратимость бронхиальной обструкции\*
  - г. развитие легочного фиброза
  
4. В диагностике астмы основное значение имеет:
  - а. лабораторные тесты
  - б. компьютерная томография грудной клетки
  - в. бронхоскопия
  - г. исследование функции внешнего дыхания\*
  - д. биопсия легкого
  
5. При исследовании мокроты для бронхиальной астмы характерно обнаружение:
  - а. большого числа нейтрофилов
  - б. спиралей Куршмана и кристаллов Шарко- Лейдена \*
  - в. специфических аллергенов
  - г. всех перечисленных признаков
  
6. Обнаружение лейкоцитоза в анализе крови при бронхиальной астме может свидетельствовать о:

- а. развитии пневмоторакса
- б. присоединении бактериальной инфекции\*
- в. развитии ХОБЛ
- г. развитии астматического статуса

7. В терапии бронхиальной астмы не используются:

- а. симпатомиметики
- б. глюкокортикостероиды
- в. метилксантины
- г. блокаторы бета<sub>2</sub>- адренергических рецепторов\*

8. Бронхолитиком сверхдлительного (24-часового) действия является

- а. Ипратропия бромид
- б. Индакатерол\*
- с. Формотерол
- д. Фенотерол

9. Холинолитическим бронхорасширяющим препаратом является

- а. Тиотропий \*
- б. Индакатерол
- с. Формотерол`
- д. Теофиллин

10. К бронхолитикам длительного действия относится

- а. Беклометазон
- б. Флутиказон
- с. Формотерол\*
- д. Сальбутамол

11. Функциональным критерием ХОБЛ служит:

- а. снижение ФЖЕЛ менее 70% должной
- б. снижение ОФВ<sub>1</sub> менее 70% должной
- с. значение ФЖЕЛ/ОФВ<sub>1</sub> более 70%
- д. значение ФЖЕЛ/ОФВ<sub>1</sub> менее 70%
- е. значение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ менее 70% \*

12. Что будет верно в отношении правил выполнения спирометрии

- a. запись выдоха должна продолжаться до достижения плато показателей форсированного выдоха
- b. соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ должно рассчитываться исходя из минимальных значений показателей в трех пробах \*
- c. тест на обратимость бронхиальной обструкции проводится с применением короткодействующих бета2-агонистов

13. Каков верный вариант фармакологического теста на обратимость бронхиальной обструкции

- a. с вентолином в дозе 400 мкг\*
- b. с вентолином в дозе от 100 до 400 мкг
- c. с беродуалом в дозе 2-3 вдоха
- d. с беродуалом в дозе 3-4 вдоха

14. За критерий обратимости бронхиальной обструкции принимается:

- a. повышение ФЖЕЛ или ОФВ1 более чем на 12% или более чем на 200 мл исходной величины\*
- b. повышение ФЖЕЛ или ОФВ1 менее чем на 12% или менее чем на 200 мл исходной величины
- c. любое увеличение ОФВ1 или ФЖЕЛ

15. При ХОБЛ показатели спирометрии

- a. могут нормализоваться самопроизвольно
- b. могут нормализоваться после применения бронхолитика
- c. могут нормализоваться после применения глюкокортикостероидов
- d. не приходят в норму \*

16. Снижение ФЖЕЛ наблюдается при

- a. бронхиальной обструкции
- b. внелегочной рестрикции
- c. легочном фиброзе
- d. досрочным прекращением выполнения маневра форсированного выдоха
- e. любом их вышеуказанных случаев\*

17. Что из нижеследующих ошибочно:



- a. Снижение постбронходилатационного индекса ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ < 0.7 подтверждает необратимую бронхиальную обструкцию.
- a. Для классификации ХОБЛ используют категории GOLD (1,2,3,4) согласно значению ОФВ<sub>1</sub>, полученному при спирометрии.
- b. Степень тяжести бронхиальной обструкции при ХОБЛ (легкая, умеренная, тяжелая, очень тяжелая) оценивается при спирометрии до проведения теста с бронхолитиком \*

18. Остаточный объем (ООЛ) – это:

- a. объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха\*
- b. объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного вдоха
- c. объем воздуха, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха
- d. объем воздуха вдыхаемого или выдыхаемого при каждом дыхательном цикле

19. Нарушение вентиляции по рестриктивному типу характеризуется

- a. снижением индекса ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ
- b. уменьшением скоростных показателей спирограммы
- c. увеличением остаточного объема легких
- d. уменьшением остаточного объема легких\*

20. Выберите верное утверждение

- a. Для пациентов со стабильным течением ХОБЛ рекомендуется вакцинация от пневмококка, поскольку такая вакцинация уменьшает риск внебольничной пневмонии и обострения ХОБЛ
- b. Вакцинация больных ХОБЛ от пневмококка проводится ежегодно в течение 3-х лет\*
- c. Вакцинация от коклюша показана тем больным ХОБЛ, которые не были вакцинированы ранее

21. Какое утверждение о лечении больных со стабильным течением ХОБЛ неверно:

- a. применение короткодействующих бета<sub>2</sub>-агонистов или короткодействующих М-холинолитиков не рекомендуется для больных ХОБЛ, поскольку это приводит к снижению ОФВ<sub>1</sub>\*
- b. бета<sub>2</sub>-агонисты длительного действия (ДДБА) и М-холинолитики длительного действия (ДДХЛ) значительно улучшают легочную

функцию, уменьшают одышку, улучшают статус здоровья и уменьшают частоту обострений ХОБЛ

с. Монотерапия и-ГКС не рекомендована при ХОБЛ

22. Начальная медикаментозная терапия больных ХОБЛ, проявляющейся одышкой при обычной ходьбе, и без признаков обострения заболевания заключается в:

- a. назначении только бета2-агонистов короткого действия
- b. назначении только М-холинолитиков короткого действия
- c. назначении комбинированной терапии бета2-агонисты длительного действия + ингаляционных глюкокортикостероидов
- d. назначении комбинированной терапии бронхолитиками длительного действия без ингаляционных глюкокортикостероидов\*
- e. назначении ингаляционных глюкокортикостероидов и бета2-агонистов короткого действия

23. У пациента с ХОБЛ, получающего М-холинолитик длительного действия, жалующегося на одышку при обычной ходьбе, частые (более 2 раз в год) обострения ХОБЛ выявлена эозинофилия мокроты 5% от числа всех клеток. Для этого пациента необходим:

- a. Перевод на бета2-агонист длительного действия
- b. Перевод на тройную терапию (бета2-агонист длительного действия + М-холинолитик длительного действия + ингаляционный глюкокортикостероид) \*
- c. Добавление системных глюкокортикостероидов в небольшой дозе
- d. добавление ингаляционных глюкокортикостероидов в большой дозе

24. Обострение ХОБЛ это:

- a. увеличение количества мокроты
- b. увеличение гнойности мокроты
- c. повышение температуры
- d. любое продолжительное ухудшение респираторных симптомов с необходимостью дополнительной терапии\*

25. Дыхательная недостаточность определяется по

- a. уровню одышки
- b. уровню давления в легочной артерии

- c. уровню газов артериальной крови или уровню сатурации крови \*
- d. уровню системного давления

26. Какое утверждение в отношении кислородотерапии при ХОБЛ является ложным:

- a. назначается с целью устранения артериальной гипоксемии
- b. назначается всем пациентам при обострении ХОБЛ\*
- c. Уровень потока кислорода титруется до достижения SaO<sub>2</sub> 90% и более
- d. при респираторном ацидозе, связанном с обострением ХОБЛ, неконтролируемая кислородотерапия может усилить гиперкапнию

27. К внебольничной пневмонии относят заболевание, развившееся в условиях больницы в течение

- a. 72 часов с момента поступления
- b. 48 часов с момента поступления\*
- c. 24 часов с момента поступления
- d. 2 часа с момента поступления

28. При обострении бронхиальной астмы бронходилататором выбора оказывается

- a. эуфиллин внутривенно
- b. таблетированный сальбутамол
- c. адреналин
- d. сальбутамол через небулайзер или спейсер\*
- e. магния сульфат внутривенно

29. Выберите верное утверждение

- a. кислородотерапия рекомендуется всем больным с картиной обострения ХОБЛ или астмы
- b. у пациентов с обострением астмы или ХОБЛ появление гиперкапнии требует увеличения концентрации кислорода во вдыхаемой смеси

- c. Неинвазивная вентиляция легких рекомендована всем госпитализированным больным ХОБЛ с гиперкапнической острой или хронической ДН\*

30. Какое из перечисленных заболеваний характеризуется наиболее высоким риском смерти у пожилых пациентов:

- a. Астма
- b. ХОБЛ\*
- c. Тромбоэмболия легочной артерии
- d. Легочный фиброз
- e. Саркоидоз
- f. Муковисцидоз

31. Выберите одно неверное утверждение:

- a. Отказ от курения в любом возрасте снижает скорость прогрессирования ХОБЛ
- b. Скорость прогрессирования ХОБЛ обратно пропорциональна частоте обострений заболевания \*
- c. Причиной ХОБЛ может быть воздействие аэрополлютантов, не связанных с курением
- d. Низкая физическая активность способствует прогрессированию ХОБЛ

32. Выберите одно верное утверждение:

- a. При ХОБЛ патологический процесс локализуется в стенках дыхательных путей, поэтому значимо не влияет на патогенез других распространенных в популяции заболеваний
- b. Пациентам с сочетанием сахарного диабета и ХОБЛ необходимо ограничивать физическую активность во избежание обострения скрытой ишемической болезни сердца.
- c. Разрыв сосудистой атеросклеротической бляшки у больных ХОБЛ имеет патогенетическую связь с обострением ХОБЛ\*

33. Идиопатический легочный фиброз:

- a. Не относится к интерстициальным заболеваниям легких
- b. Относится к пневмониям, следовательно может иметь инфекционный генез
- c. Возникает от воздействия внешних факторов
- d. Всегда прогрессирует\*

34. К интерстициальным заболеваниям легких, которые могут прогрессировать по фиброзному фенотипу относят:
- a. Саркоидоз
  - b. Хронический гиперчувствительный пневмонит
  - c. Поражение легких при ревматоидном артрите
  - d. Пневмокониозы
  - e. Все вышеперечисленное\*
35. Возраст пациентов, страдающих идиопатическим легочным фиброзом:
- a. до 30 лет
  - b. 30-40 лет
  - c. 40-55 лет
  - d. Более 55 лет\*
  - e. Заболевание может появиться в любом возрасте
36. Для пациентов с идиопатическим легочным фиброзом НЕ характерно
- a. Одышка
  - b. Кашель
  - c. Пожилой возраст
  - d. Барабанные пальцы
  - e. Крепитация в легких
  - f. Поражение верхних отделов легких на КТ\*
37. Термин «Обычная интерстициальная пневмония»:
- a. Подразумевает вирусный генез заболевания
  - b. Относится к компьютернотомографическим изменениям в легких\*
  - c. Противопоставляется термину «необычная интерстициальная пневмония»
  - d. Не отражает морфологические признаки легочного фиброза
38. Фибробластические фокусы это:
- a. Название заболевания с необъяснимыми клиническими проявлениями
  - b. Скопления неказеозных масс в легочной ткани

- c. Морфологический признак легочного фиброза\*
- d. Зоны, видимые на КТ как очаговые затемнения в легких

39. Изменения на КТ при идиопатическом легочном фиброзе напоминают таковые при:

- a. COVID-19
- b. Пневмококковой двусторонней пневмонии
- c. Раке легкого
- d. Хроническим гиперчувствительным пневмоните\*
- e. Всех вышеперечисленных заболеваний

40. Снижение диффузионной способности легких при идиопатическом легочном фиброзе:

- a. Всегда сочетается со снижением ОФВ1
- b. Всегда сочетается со снижением индекса ОФВ1/ФЖЕЛ
- c. Является одной из причин одышки\*
- d. Никогда не прогрессирует

41. При идиопатическом легочном фиброзе:

- a. Причинный фактор болезни не выявляется\*
- b. Причинным фактором болезни может быть системное заболевание соединительной ткани
- c. Как правило выявляются лабораторные признаки аутоиммунного заболевания
- d. Прогрессирование болезни может происходить незаметно для пациента в течение более 10 лет

42. В сравнении с пациентами до 65 лет частота пневмоний у пожилых пациентов

- a. Возникает реже
- b. Возникает более чем в 2 раза чаще\*
- c. Характеризуется меньшим риском смерти
- d. Характер течения пневмонии не зависит от возраста пациента

43. Что является фактором риска антибиотикорезистентности при внебольничной пневмонии:

- a. Возраст старше 65 лет
- b. Терапия антибиотиками в предшествующие 3 месяца

- c. Недавняя длительная госпитализация
- d. Лечение ран в домашних условиях за последние 30 дней
- e. Все вышеперечисленное

44. Особенность стафилококковой пневмонии:

- a. Высокая контагиозность
- b. Быстрое абсцедирование\*
- c. Эффективность доксициклина
- d. Развитие пневмонии во внебольничных условиях у практически здоровых лиц

45. При каком заболевании легких отмечается появление "ржавой" мокроты?

- a. Абсцесс легкого
- b. Бронхит
- c. Крупозная пневмония\*
- d. Рак легкого

46. Появление одышки, плевральных болей и притупления перкуторного звука с той же стороны при крупозной пневмонии после кратковременного улучшения состояния пациента свидетельствует о развитии:

- a. Сухого плеврита
- b. Абсцедирования пневмонии с формированием крупной полости в легочной ткани
- c. Обтурационного ателектаза пораженной доли легкого
- d. Эксудативного плеврита\*

47. На какую структуру микроорганизма оказывают действие цефалоспорины:

- a. Клеточная стенка\*
- b. Рибосома
- c. Ядро
- d. Митохондрии

48. Какой из антибиотиков разрушается  $\beta$ -лактамазами?

- a. Ципрофлоксацин
- b. Гентамицин
- c. Тетрациклин

d. Ампициллин\*

49. Выберите антибактериальное средство для лечения пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae*

- a. Цефалоспорины
- b. Макролиды\*
- c. Пенициллины
- d. Линкозамиды

50. Какой побочный эффект не характерен для ампициллина?

- a. Нефротоксичность\*
- b. Вагинальный кандидоз
- c. Диарея
- d. Сыпь

51. Отметьте антисинегнойный цефалоспорин

- a. Цефтазидим\*
- b. Цефтриаксон
- c. Цефазолин
- d. Цефатоксим

52. Выберите сочетание антибиотиков, при котором увеличивается риск кардиотоксичности (увеличение QT)

- a. Фторхинолоны+ макролиды\*
- b. Цефалоспорины+ аминогликозиды
- c. Цефалоспорины+ макролиды
- d. Фторхинолоны + цефалоспорины

53. Для какой пневмонии характерно отделение мокроты шоколадного цвета с запахом пригорелого мяса, быстрое (в течение 24 — 48 часов) развитие легочной деструкции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных лейкоцитов?

- a. Пневмококковой
- b. Стафилококковой
- c. Фриндлеровской (вызванной *Клебсиелла пневмонии*) \*
- d. Не зависит от возбудителя



54. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при
- Лобарной эмфиземе
  - Пневмотораксе
  - Гидропневмотораксе
  - Ателектазе легкого\*
55. Что из перечисленных клинических признаков характерно для экссудативного плеврита
- Смещение органов средостения в больную сторону
  - Смещение органов средостения в здоровую сторону\*
  - Коробочный звук при перкуссии
  - Везикулярное дыхание при аускультации
56. При подозрении на бактериальную инфекцию взятие крови для микробиологического исследования:
- Выполняется однократно в два разных флакона
  - Выполняется двукратно \*
  - Выполняется трехкратно
  - необходимо только при подозрении на сепсис
57. К грамположительным микроорганизмам относятся:
- Staphylococcus aureus*\*
  - Enterobacter cloacae*
  - Aspergillus flavus*
  - Serratia marcescens*
58. Препаратом выбора при инвазивном аспергиллезе является:
- Каспофунгин
  - Вориконазол\*
  - Липидный комплекс амфотерицина В
  - Микафунгин
59. Препаратами выбора для лечения инвазивного кандидоза являются:

- a. Вориконазол
- b. Флуконазол
- c. Эхинокандины (анидулафунгин, каспофунгин и микафунгин)\*
- d. Липидный комплекс амфотерицина В

60. Признаком какой инфекции является сосудистая инвазия с последующим инфарктом и некрозом тканей:

- a. Инвазивный кандидоз
- b. Инвазивный аспергиллез\*
- c. Пневмоцистная инфекция легких
- d. Диссеминированный мукормикоз

#### Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор жалоб, анамнеза, составление плана обследования.
2. Физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
3. Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.
4. Формулировка и обоснование предварительного синдромального диагноза.
5. Разработка и обоснование плана обследования.
6. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов лабораторных методов обследования.
7. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов функциональных методов обследования: спирометрии, бодиплетизмографии, мониторинга АД и ЭКГ по Холтеру, нагрузочных проб.
8. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов инструментальных методов обследования: ЭКГ, ультрасонографии, радиоизотопных методов исследования, рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, ангиографии.
9. Обоснование дифференциально диагностического ряда и проведение дифференциального диагноза.

10. Составление плана лечения, наблюдения и оценки течения заболевания. Интерпретация данных, полученных в процессе динамического наблюдения за течением заболевания.

11. Проведение лечебных и диагностических процедур:

- подкожные и внутримышечные инъекции,
- внутривенные вливания (струйные, капельные),
- взятие капиллярной и венозной крови,
- определение группы крови, резус-фактора,
- переливание крови и ее компонентов,
- промывание желудка через зонд,
- плевральная пункция,
- передняя тампонада носа,
- пальцевое исследование прямой кишки,
- проведение ЭКГ исследования
- проведение УЗИ плевральных полостей

12. Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:

- острая сердечная недостаточность,
- обморок,
- гипертонический криз,
- острый живот,
- инфаркт миокарда,
- пароксизм мерцательной аритмии,
- ТЭЛА,
- инородное тело дыхательных путей
- астматический статус,
- легочное кровотечение,
- спонтанный пневмоторакс,
- острая артериальная непроходимость,
- шоки
- почечная колика,
- комы,
- острые аллергические реакции,
- ОНМК,
- дегидратация,
- психомоторное возбуждение,
- острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения
- прободная язва желудка и 12-перстной кишки
- тромбоз мезентериальных сосудов

- печеночная кома,
- гипертиреозидный криз,
- гипотиреозидная кома,
- острая надпочечниковая недостаточность.

13. Определение признаков клинической и биологической смерти пациента.
14. Проведение медико-социальной экспертизы.
15. Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.
16. Заполнение и ведение медицинской документации в стационаре и поликлинике.
17. Участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности.
18. Организация диспансеризации, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

#### Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

##### Теоретические вопросы

1. Организация терапевтической помощи населению, особенности стационарной и амбулаторной помощи. Порядок и стандарты оказания медицинской помощи по специальности «Терапия».
2. Использование современных технологий в разработке новых диагностических и лечебных методов.
3. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза. Тактика проведения обследования пациента, обоснование тактика обследования, вклад физикальных, лабораторных, функциональных, инструментальных методов обследования в установление правильного диагноза в терапии. Понятие о чувствительности, специфичности, диагностической значимости метода или теста.
4. Исследование функции внешнего дыхания. Понятие и исследование диффузионной способности легких.
5. Кислотно-щелочное состояние: нормальные параметры, трактовка изменений, коррекция нарушений.
6. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.
7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение. Этиология, патогенез, патоморфология. Классификация. Фенотипы.

Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести.

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

9. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез. Эндотипы и фенотипы. Диагностика. Осложнения. Определение степени тяжести течения, уровня контроля бронхиальной астмы. Астматический статус. Дифференциальный диагноз. Стандарты терапии бронхиальной астмы. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

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

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

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

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

14. Интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению.

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

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

17. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
18. Легочной гипертензия. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение.
19. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
20. Дыхательная недостаточность. Классификация. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.
21. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: острый респираторный дистресс-синдром, причины, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: астматический статус, принципы диагностики и лечения.
22. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Первичные и вторичные дислипидемии: классификация, профилактика первичная и вторичная. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. Шкала SCORE.
23. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальный диагноз. Понятие о предстенокардии вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии.
24. Аспекты лечения пациента с установленной ИБС. Общие принципы лечения. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.
25. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, патогенез и прогноз, диагностика и ведение пациентов. Безболевого ишемия миокарда: диагностика, тактика ведения пациентов.
26. Острые формы ИБС. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда». Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и

исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.

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

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

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

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

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

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

33. Вторичные артериальные гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, МСЭ.

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

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

36. Рестриктивная кардиомиопатия. Определение. Эпидемиология, этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз.
37. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Осложнения. Тактика ведения больных.
38. Митральная недостаточность. Этиология острой и хронической митральной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
39. Стеноз аортального клапана. Виды стеноза аортального клапана. Этиология. Пороки развития аортального клапана. Изменения гемодинамики при аортальном стенозе. Диагностика и определение тяжести порока. Дифференциальный диагноз. Лечение.
40. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
41. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация.
42. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
43. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
44. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, ЭКГ, ЧПЭС, ЭФИ.
45. Тахикардии с узкими и широкими комплексами QRS – дифференциальный диагноз. Классы антиаритмических препаратов. Показания к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения.
46. Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции. Профилактика нарушений ритма и проводимости.
47. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации острой и хронической сердечной недостаточности. Клинические варианты сердечной 30 недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз.



Современная тактика ведения пациентов. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.

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

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

50. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Внесуставные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Тактика ведения пациентов ревматоидным артритом. Генноинженерная терапия. Реабилитация. Диспансеризация, МСЭ.

51. Серонегативные спондилоартриты. Общая характеристика группы заболеваний. Аксиальный и периферический спондилоартрит, диагностические критерии. Общие принципы терапии.

52. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов в зависимости от этиологии.

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

54. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Внесуставные проявления. Современная тактика ведения пациентов.

55. Остеоартрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.

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

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

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

Критерии и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений.

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

60. Идиопатические воспалительные миопатии. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения. Критерии постановки диагноза основных групп идиопатических воспалительных миопатий (дерматомиозит, полимиозит, антисинтетазный синдром и др.). Инструментальная и лабораторная диагностика, лечение.

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

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

63. Васкулиты с поражением преимущественно артерий крупного калибра: неспецифический аортоартериит, гигантоклеточный артериит. Ревматическая полимиалгия. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

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

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

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

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

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

69. Циррозы печени: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания. Реабилитация. Профилактика. МСЭ.

70. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Принципы лечения циррозов печени.
71. Доброкачественные гипербилирубинемии (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
72. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Наследственный гемохроматоз, генетика, классификация. Синдромы вторичной перегрузки железом организма. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
73. Болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
74. Алкогольная болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
75. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
76. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Тромбозы системы воротной вены. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
77. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
78. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
79. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии.
80. Постгастрорезекционные расстройства. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

81. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
82. Желчнокаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
83. Хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика. Синдром панкреатической недостаточности. Функциональные нарушения секреции и транспорта панкреатического сока.
84. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дисбиоз кишечника.
85. Энтеропатии: целиакия, первичная экссудативная энтеропатия, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
86. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, микроскопический колит. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.
87. Дивертикулярная болезнь кишечника. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагноза. Осложнения. Тактика ведения.
88. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
89. Основные синдромы и понятия в нефрологии: нефритический, нефротический, мочевого, острое почечное повреждение, хроническая болезнь почек. Определение. Роль клинического, лабораторного, инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы. Морфологическое исследование почечного биоптата.
90. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
91. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

92. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
93. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
94. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
95. Виды, показания, техника проведения, осложнения и тактика ведения пациентов на заместительной почечной терапии.
96. Нормальное кроветворение: схема, регуляция. Современные представления о патогенезе гемобластозов. Типичные мутации. Тактика обследования гематологического больного. Техника проведения и интерпретация результатов пункции костного мозга. Техника проведения и интерпретация результатов трепанобиопсии костного мозга.
97. Дифференциальный диагноз анемий. Классификация анемий. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов железodefицитной, В-12-дефицитной, фолиево-дефицитной анемиями.
98. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
99. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
100. Хронические миелопролиферативные заболевания. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
101. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
102. Лимфома Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
103. Парапротейнемические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Синдром гипервязкости. Принципы терапии. Прогноз.
104. Миелодиспластические синдромы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
105. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.

106. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
107. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
108. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
109. Воспалительные заболевания щитовидной железы. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика.
110. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
111. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
112. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение, прогноз.
113. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
114. Болезнь Иценко-Кушинга. Акромегалия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация.
115. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз.
116. Алгоритм сердечно-легочной реанимации. Принципы интенсивной терапии острой сердечной недостаточности.
117. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Диагностика, интенсивная терапия астматического статуса.
118. Интенсивная терапия легочного кровотечения.
119. Интенсивная терапия спонтанного пневмоторакса.
120. Острые гастроудоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

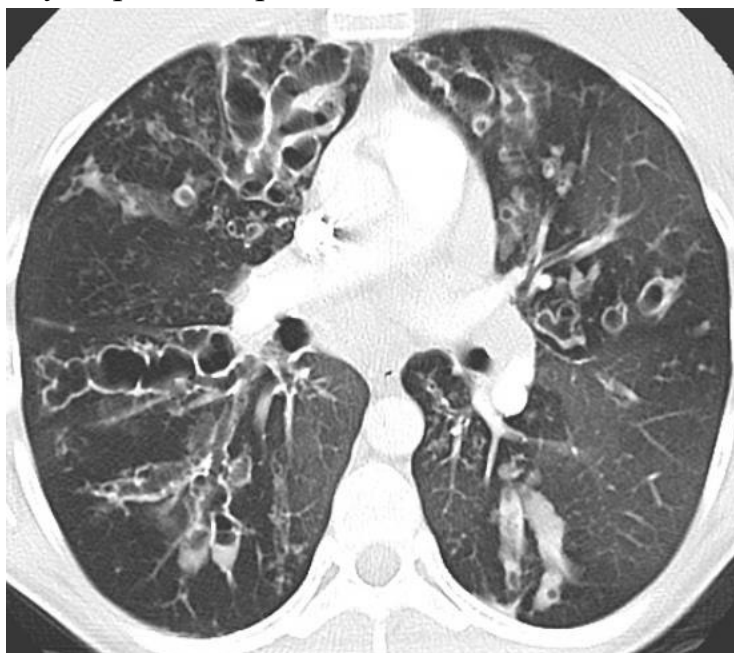
121. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
122. Тромбоз мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
123. Печеночная кома: интенсивная терапия. Лечение и профилактика кровотечений при портальной гипертензии.
124. Комы при сахарном диабете: патогенез, дифференциальный диагноз. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
125. Гипертиреозидный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия. Гипотиреозидная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
126. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы интенсивной терапии.
127. Анафилактический шок и анафилаксия. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
128. Ангioneвротический отек. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.
129. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
130. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Прием в поликлинике, осмотр больных на дому. Единая медицинская информационноаналитическая система (ЕМИАС). Электронная амбулаторная карта, медицинская документация на догоспитальном этапе.
131. Медицинская реабилитация в работе врача-терапевта поликлиники. Порядок организации и проведения медицинской реабилитации.
132. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры взрослого населения: цели, задачи, принципы, виды, методы и технологии в работе врача-терапевта поликлиники. Принципы диспансерного наблюдения. Формы, методы и средства санитарнопросветительной работы по профилактике заболеваний.
133. Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Особенности оформления листка нетрудоспособности при различных случаях временной нетрудоспособности.
134. Медико-социальная экспертиза. Стойкая нетрудоспособность. Инвалидность. Классификации основных видов стойких расстройств

функций организма человека и степени их основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии для установления групп инвалидности.

## Ситуационные задачи

### ЗАДАЧА 1.

Пациентка 19 лет обратилась с жалобами на небольшую постоянную одышку при ходьбе и кашель со слизисто-гнойной мокротой, температура тела не повышалась. Состояние стабильное. В анамнезе – рецидивирующие двусторонние пневмонии с детского возраста. При расспросе по системам – кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки. Индекс массы тела= 15 кг/м<sup>2</sup>. Кожа сухая, бледная, температура тела 36,9° С, двусторонние влажные мелкопузырчатые хрипы в легких. Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, выявлены двусторонние бронхоэктазы.



#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.



## ЗАДАЧА 2.

У больного 35 лет без сопутствующих заболеваний, госпитализированного в стационар (на 2-й день болезни) выполнена рентгенография органов грудной клетки. Выявлены изменения в верхнем легочном поле. Проводилась антибактериальная терапия ампициллином 1000 мг внутримышечно 3 раза в сутки. На 3-й день лечения сохраняется повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты. Общий анализ крови на 3-й день лечения: лейкоциты  $9,5 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы сегментоядерные = 60%, нейтрофилы палочкоядерные 5%. СОЭ 40 мм/ч.



### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

## ЗАДАЧА 3

Пациент Л. 65 лет обратился к врачу с жалобами на одышку, боль в правой половине грудной клетки при дыхании, малопродуктивный кашель, повышение температуры тела. Неделю назад без видимой причины повысилась температура тела до

39 ° С, появились ознобы, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, вскоре присоединилась одышка.

Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2-го типа в течение 4-х лет, постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты.

Несколько лет назад перенес АКШ.

Объективно: Кожа бледно-розовая, повышенной влажности. ЧДД 19 в минуту. Справа в средних и нижних отделах грудной клетки - ослабление дыхания и мелкопузырчатые хрипы. Пульс 90 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В общем анализе крови лейкоциты  $17,8 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 15 мм/ч. Уровень гликемии 9,8 ммоль/л натощак. При Р-графии ОГК – затемнение в нижней доле правого легкого. ЭКГ – синусовый ритм, без острой патологии.



**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

#### ЗАДАЧА 4

Пациент Р. 67 лет обратился к врачу с жалобами на малопродуктивный

кашель, повышение температуры тела до 37,3° С.

Заболел остро 14 дней назад, когда отметил боли в горле, миалгии, повышение температуры тела до 38,5° С в течение 2 дней. Затем температура стала не выше 37.5. Самостоятельно принимал парацетамол.

Через 4 дня отметил появление кашля с мокротой гнойного вида в умеренном количестве. Назначен амоксициллина клавуланат 1000 мг утром и вечером. На момент консультации пациент продолжает получать препарат.

Температура снизилась, однако сохраняется до 37.3 С. В общем анализе крови лейкоциты  $8,7 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 18 мм/ч. ЭКГ – без патологии.

На рентгенограмме- усиление легочного рисунка в проекции средней доли правого легкого.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледно-розовая, повышенной влажности, горячая. ЧДД 19 в минуту. При перкуссии – легочный звук на симметричных участках. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Пульс 78 в минуту, АД 130/80 мм. рт. ст. По органам без особенностей.

На контрольной R-грамме ОГК сохраняются изменения в виде усиления легочного рисунка в проекции средней доли правого легкого.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

#### ЗАДАЧА 5

Пациентка 25 лет, страдает астмой с детства. Курит 5 лет по 1 пачке сигарет с фильтром в сутки. Непостоянно принимает будесонид в разных дозах. В анамнезе – 2 года назад интубация по поводу обострения астмы. Пользуется сальбутамолом через небулайзер или через дозированный аэрозольный ингалятор за последний месяц до 3 раз в день. Сегодня почувствовала себя хуже, одышка в покое.

Машиной скорой помощи доставлена в приемный покой. Объективно:

вынужденное положение сидя, тахипноэ, ажитация, невозможность вести диалог. Пульс 143 в мин, ритмичный, АД 135/95 мм рт ст, ЧДД 42 в мин, SpO<sub>2</sub> = 91%.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

#### ЗАДАЧА 6

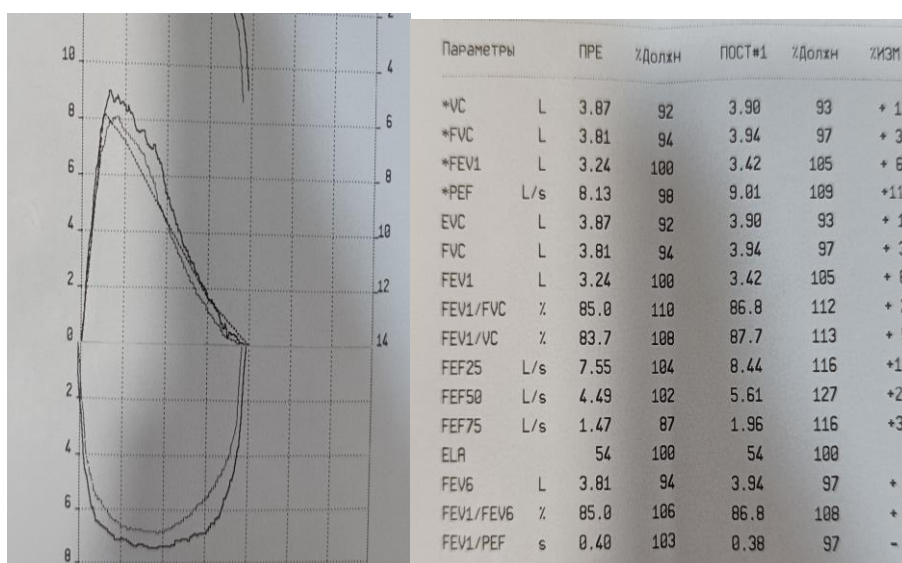
24-летняя пациентка госпитализирована в связи с выраженной одышкой. В анамнезе – т бронхиальная астма, по поводу которой она получает ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе (беклометазон до 800 мкг в сутки) в сочетании с бета2-агонистами длительного действия и монтелукастом (10 мг один раз в сутки). Ухудшение отмечает в течение последних нескольких дней. Дополнительно к назначенной терапии пользовалась беродуалом несколько раз за сутки, последние сутки – каждый час. При осмотре: пациентка возбуждена. Нормальная температура тела. Отеков нет. АД=135/75 мм рт ст., пульс 124 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные. При аускультации легких выявляется ослабление дыхания и множественные сухие хрипы над всей поверхностью грудной клетки. Начальная терапия сальбутамолом через небулайзер (1 небула) существенно не изменили ситуацию. Из лаборатории сообщили о том, что уровень парциального давления кислорода артериальной крови (PaO<sub>2</sub>) = 55 мм рт ст.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

## ЗАДАЧА 7.

Пациент Б. 54 лет предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке (несколько приседаний), быструю утомляемость, слабость. В анамнезе – курение в течение более 20 лет по 1 пачке сигарет в сутки. Ведет малоподвижный образ жизни. Длительное время – хронический декомпенсированный тонзиллит с рецидивами несколько раз в год (принимает антибиотики самостоятельно). Год назад (со слов) - самостоятельное вскрытие абсцесса мягких тканей глотки. Около месяца назад – эпизоды познобливаний, кратковременное повышение температуры, малопродуктивный кашель. При исследовании функции дыхания получены следующие данные.



При осмотре: Нормального телосложения и питания. Нормальная температура тела. SpO<sub>2</sub> =97% на воздухе в покое. Пастозность голеней и стоп. Пальпируются увеличенные умеренно болезненные подключичные лимфоузлы слева. При фарингоскопии – значительно увеличенные и гиперемизированные миндалины глотки. ЧДД - 24 в минуту. При аускультации в легких везикулярное дыхание, диффузные сухие хрипы на выдохе, в нижних отделах - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в подмышечную область. ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется

### ЗАДАНИЕ:

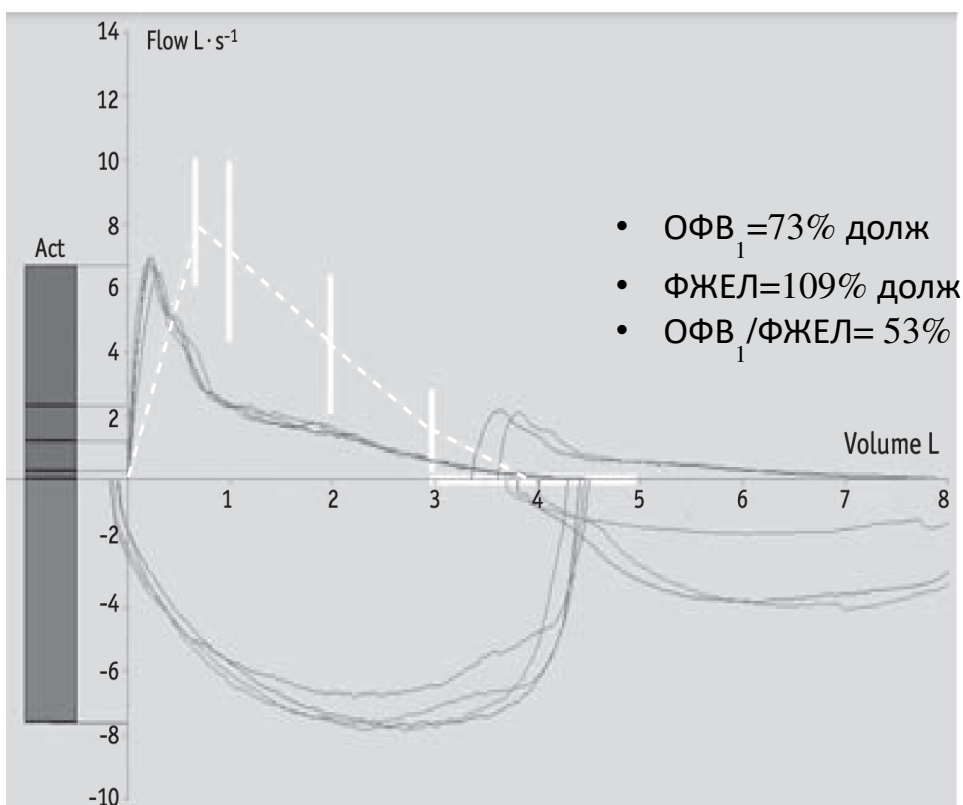
1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения

### ЗАДАЧА 8.

Пациент 68 лет обратился с жалобами на одышку при ходьбе до 100 м по ровной поверхности.

В анамнезе – артериальная гипертензия (периодическое повышение АД до 160/100 мм рт ст), лечится самостоятельно различными гипотензивными препаратами, которые принимает нерегулярно. Последний месяц беспокоит кашель с небольшим количеством светлой мокроты в течение дня, ночью иногда просыпается из-за кашля. Несколько дней назад – одышка несколько усилилась.



При КТ получены данные за наличие множественных зон гиподенсивной плотности в легких, преимущественно в верхних долях обоих легких.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущий синдром
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения

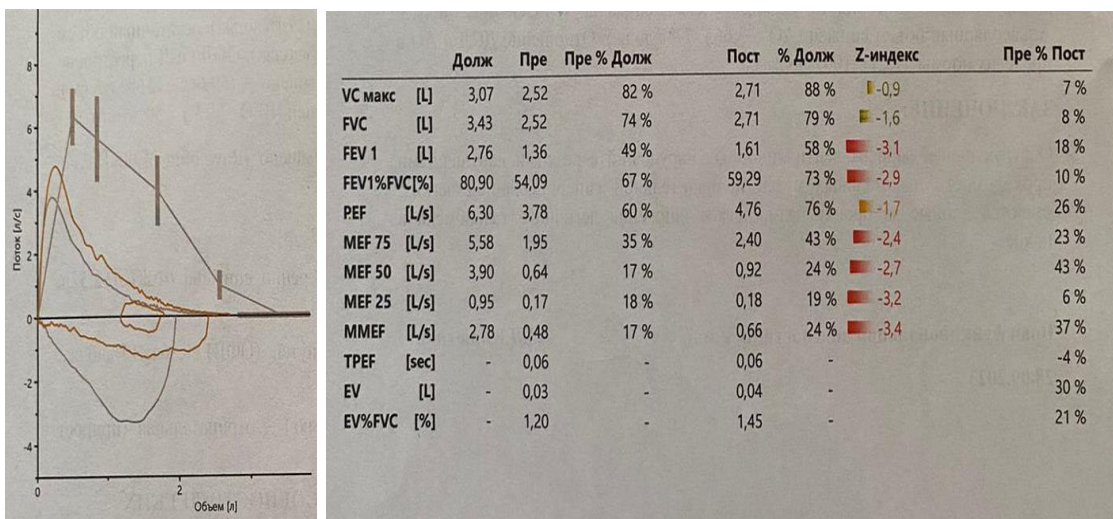
### ЗАДАЧА 9

Пациентка 58 лет обратилась с жалобами на одышку при нагрузке и периодически - приступы затрудненного дыхания в покое в течение более 2 лет. Временами пользуется сальбутамолом или принимает таблетку эуфиллина для уменьшения одышки, которая может появиться в любое время суток, однако последнее время начала чаще беспокоить в ранние утренние часы. Иногда отмечает перебои в работе сердца, приступы сердцебиения, а также учатившиеся в последнее время боли области верхушки сердца колющего характера в течение нескольких секунд, проходящие самостоятельно. Работает на хлебопекарном предприятии в течение 6 лет. Во время отпуска отмечает уменьшение одышки, исчезновение потребности в ингаляторе на период примерно до 2 месяцев. Ранее курила в течение 30 лет по 5-6 сигарет в сутки. Бросила курить из-за проблем с дыханием. АД в норме.

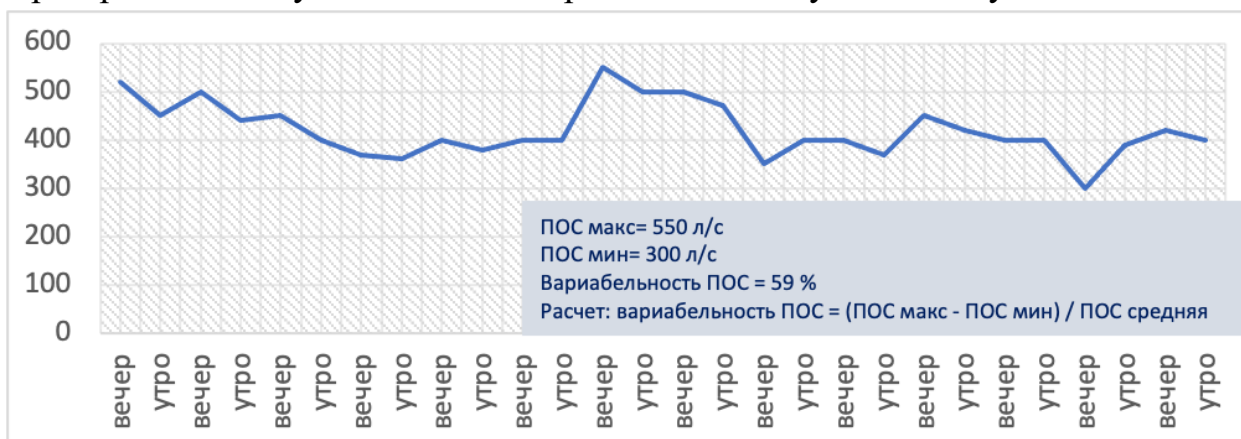
Объективно: нормального питания и телосложения. Нормальная температура тела. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких сухие хрипы при форсированном выдохе. Тоны сердца аритмичные (единичная экстрасистолия). АД в норме.

При обследовании: на ЭКГ острой патологии нет. Общий анализ крови и мочи в норме.

При спирометрии получены следующие данные



При проведении суточного мониторинга ПОС получены следующие данные:



### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий синдром
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента
4. Определите тактику лечения

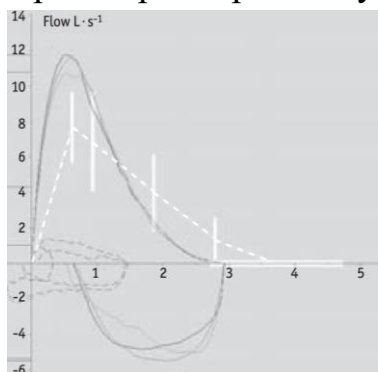
### ЗАДАЧА 10

Пациент 65 лет обратился с жалобами на одышку при нагрузке, прогрессирующую в течение года и длительный малопродуктивный кашель. За последний год потерял в весе 1.5 кг. В анамнезе – курение в течение более 40 лет по 10-20 сигарет в сутки, работал экономистом в офисном помещении. Живет в квартире со всеми удобствами. Не держит домашних животных и птиц. Имеет дачный дом, разводит цветы на собственном участке.



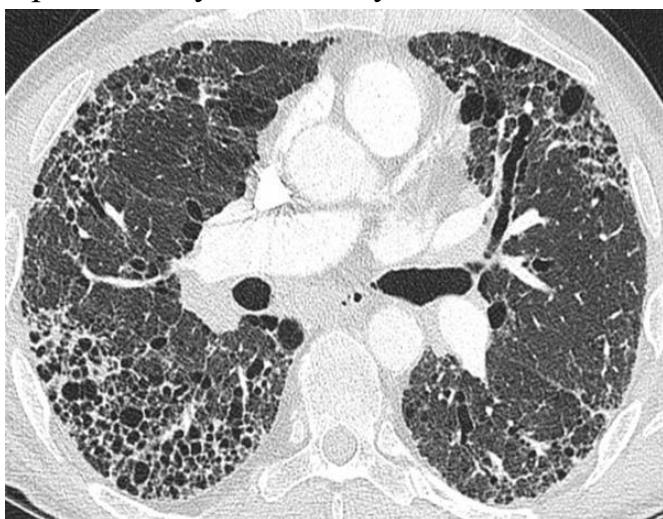
При объективном обследовании: Правильного телосложения. Изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», в легких – двусторонняя крепитация в нижних отделах. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 70 в мин. АД 120/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

При спирометрии получены следующие данные



- $ОФВ_1 = 82\%$  долж
- $ФЖЕЛ = 85\%$  долж
- $ОФВ_1 / ФЖЕЛ = 84\%$
- $ПОС = 157\%$  долж

При КТ получены следующие данные:



**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущий синдром
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента
4. Определите тактику лечения

**ЗАДАЧА 11.**

Вас пригласили на осмотр 35-летнего пациента в отделение реанимации.

Пациент в сознании, жалуется на выраженную боль в грудной клетке по боковой поверхности справа.

В анамнезе – неделю назад упал, катаясь на самокате, получил травму правой ноги и в связи с болью и отеком в области правого голеностопного сустава обратился за медицинской помощью. Со слов – врачом было диагностировано растяжения связок голеностопного сустава. Наложена эластичный фиксатор. После этого пациент находился дома, двигался мало из-за болевого синдрома. Два дня назад отметил появление эпизода острых болей в правой половине грудной клетки. Болевой эпизод повторился через сутки. Около 12 часов назад появилась одышка, а несколько часов назад появилась интенсивная боль в той же области грудной клетки, что и накануне. Из-за боли глубокий вдох невозможен. Час назад появилось познбливание.

Объективно: возбужден, тревожен. Гипергидроз кожи. Отек области правого голеностопного сустава и правой голени. Тахипноэ до 28 в мин. Температура 37.9 С, пульс 110 в мин, АД 150/105 мм рт ст., В легких хрипов нет., тоны сердца ясны, ритмичные, выслушивается S4 на верхушке, других патологических шумов нет. На рентгенограмме органов грудной клетки – дисковидный ателектаз в нижней доле справа, небольшая элевация правого купола диафрагмы.

Из лаборатории сообщили, что газы артериальной крови следующие: PaO<sub>2</sub> = 70 мм рт ст., PaCO<sub>2</sub> = 32 мм рт ст., pH = 7.47 (респираторный алкалоз)

#### ЗАДАНИЕ:

1. Обозначьте выявленные синдромы
2. Установите предварительный диагноз
3. Наметьте план обследования пациента
4. Определите тактику лечения

#### ЗАДАЧА 12

Мужчина 24 лет, страдающий наркоманией, предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке. За 2

недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты –  $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумин сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, СРБ – 120 мг/л (внорме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Обозначьте выявленные синдромы
2. Установите предварительный диагноз
3. Наметьте план обследования пациента
4. Определите тактику лечения

#### ЗАДАЧА 13

Больной 23 лет обратился с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту,

ЧДД – 22 в мин. Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9/л$ , лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение

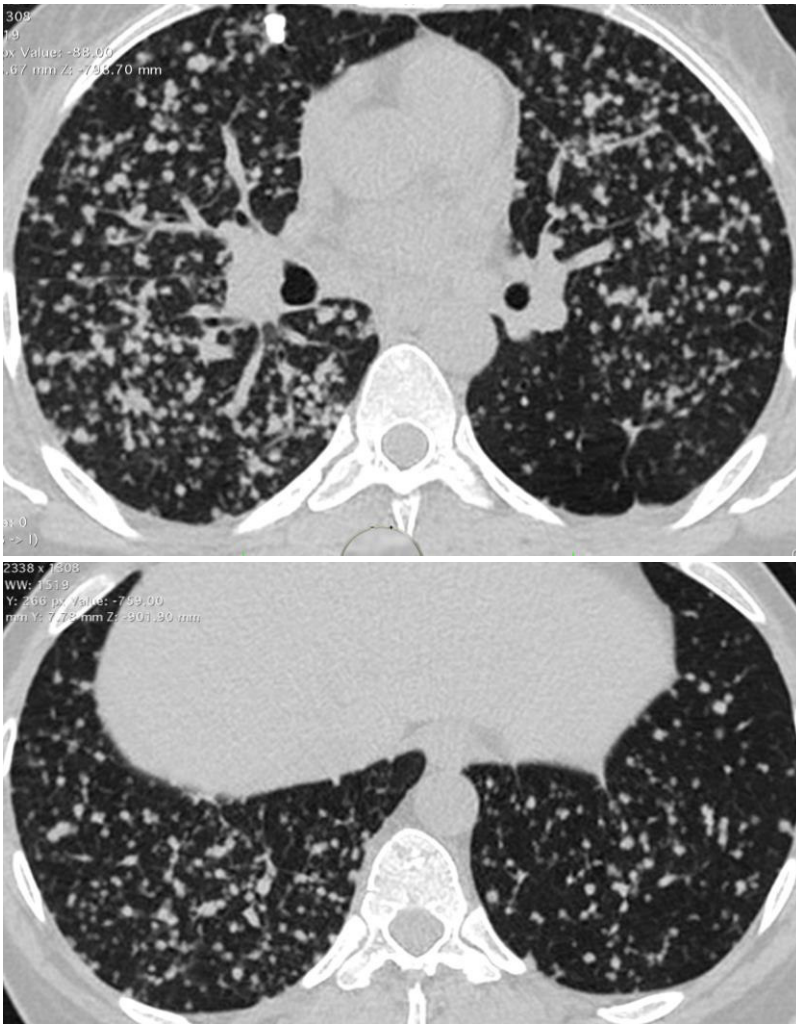
#### ЗАДАЧА 14

Пациентка 43 года жалуется на непродуктивный кашель и одышку.

В 15-летнем возрасте пациентка лечилась по поводу очагового туберкулеза легких. Была снята с учета. Последние 20 лет работает в офисных помещениях. Курит по 1 пачке сигарет в сутки.

Несколько месяцев назад пациентка обследовалась в связи с непродуктивным кашлем и небольшой одышкой при нагрузке. Данные обследования представлены ниже.

На КТ выявлялись изменения по типу множественных разнокалиберных очагов в обоих легких рандомизированного распределения. В верхней доле левого легкого визуализируется кальцинат.



При ПЭТ КТ – признаки гиперметаболизма в указанных очагах, а также во внутригрудных лимфоузлах и печени.

Проведенные тесты: мокрота на микобактерии туберкулеза (метод люминисценции) - отрицательно, диаскин тест - отрицательно. Анализ крови на ВИЧ -отрицательно.

В анализе крови – Hb=105 г/л, лейкоциты 6.7 тыс/мкл, лимфоциты 18%.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Укажите основной клинико-рентгенологический синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

#### ЗАДАЧА 15

Пациентка 64 года. Обследуется в связи с хроническим кашлем и одышкой в течение года.

Не курила. Работала инженером вне контактов с вредными производственными факторами. Живет в благоустроенной квартире, без животных и птиц. Имеет дачный дом недавней постройки без признаков повышенной влажности, плесени.

Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. Принимает эналаприл 10-20 мг/сутки, бисопролол 2.5 мг/сутки.

Также страдает гипотиреозом (компенсирован на фоне терапии левотироксином 100 мг/сут)

Ранее при обследовании выявлялась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с гастро-эзофагальным рефлюксом.

Объективно: кашель провоцируется глубоким вдохом. ИМТ=32 (ожирение 1 ст.). АД 150/90 мм рт ст, пульс 74 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких – ослабленное дыхание, немногочисленные крепитации в задне-базальных отделах.

При ЭХОКГ - дилатация предсердий, ФВ = 56%, толщина МЖП и ЗСЛЖ до 12 мм. Признаков легочной гипертензии не выявлено

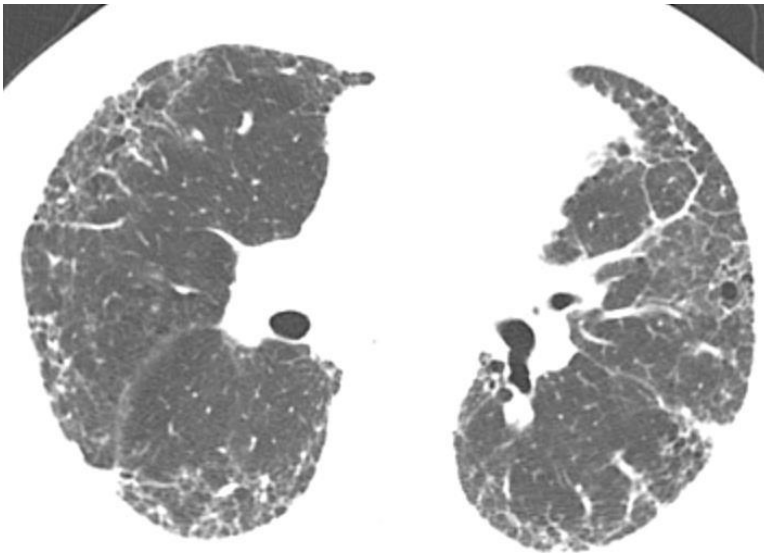
На ЭКГ – признаки блокады ЛНПГ, острой патологии не выявлено.

Уровень рго-BNP= 277 пг/мл.

При исследовании функции дыхания получены следующие результаты:

ОФВ1 = 1.5 л (104% долж.), ФЖЕЛ = 1.7 л (89% долж.), ОФВ1/ФЖЕЛ = 0.86, DLco = 67%

При КТ получены следующие результаты



### ЗАДАНИЕ:

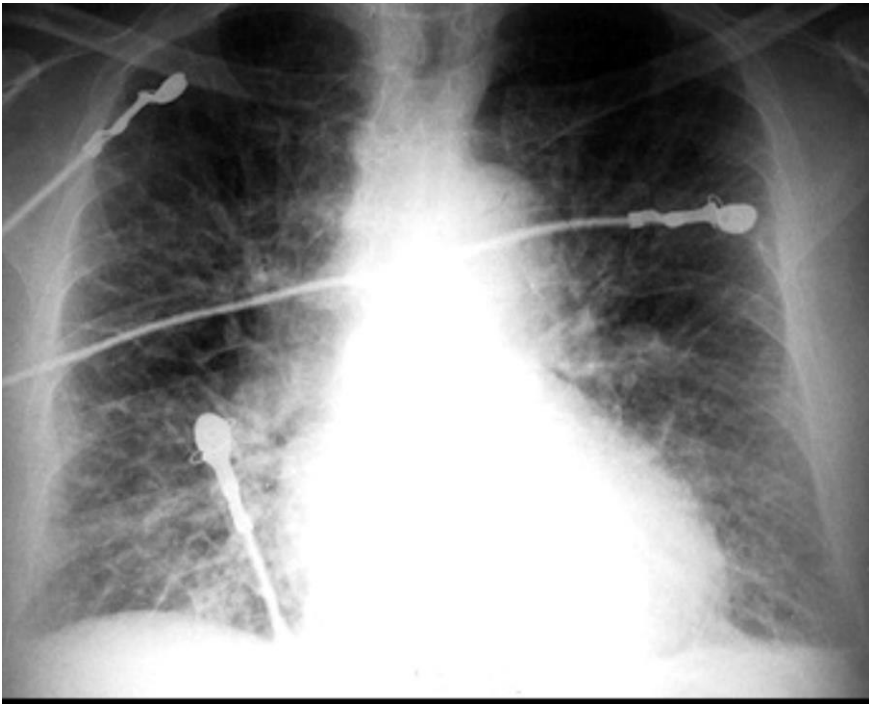
1. Укажите основной клинико-рентгенологический синдром.
2. Сформулируйте диагноз и обозначьте дифференциальный ряд.
3. Обоснуйте необходимую терапию на данном этапе обследования

### ЗАДАЧА 16.

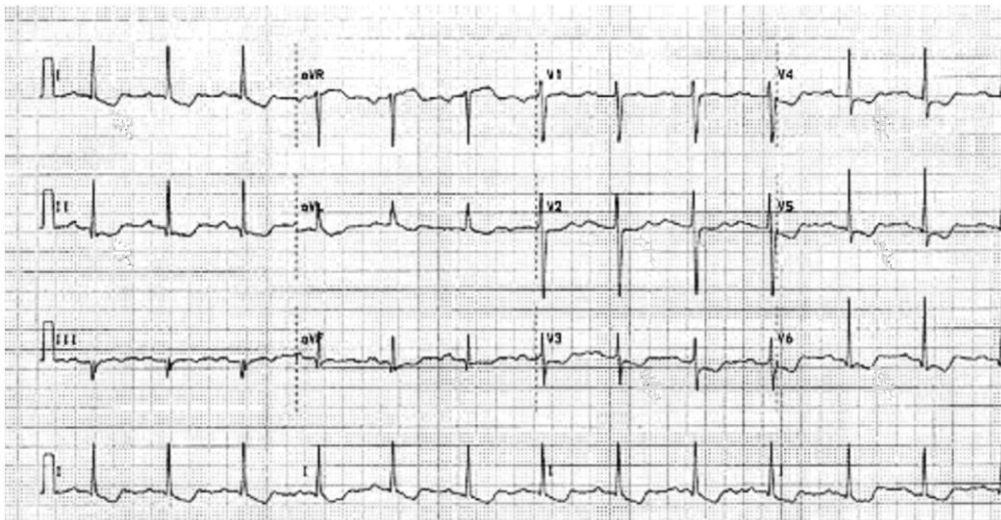
Пациент 68 лет госпитализирован в отделение интенсивной терапии в связи с одышкой, которая появилась 2 дня назад.

В анамнезе – курение в течение 45 лет (были перерывы, но не более года). Не обследовался. Работал сторожем.

На рентгенограмме выявлена следующая картина



на ЭКГ выявлены следующие изменения



В анализе крови выявлены следующие изменения:

Hb= 160 г/л, СРБ = 11 мг/л, Лейкоциты = 9.8 тыс/мкл.

Объективно: дилатация шейных вен в положении сидя, в легких - двусторонние крепитации, тоны сердца глухие, ритм галопа (S4), ЧСС 128 в мин., АД 110/60 мм рт ст. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Газы артериальной крови: PaO<sub>2</sub>= 48 мм рт ст., PaCO<sub>2</sub>=64 мм рт ст., pH= 7.44 (респираторный ацидоз, гипоксия и гиперкапния).

**ЗАДАНИЕ:**

1. Укажите ведущий синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз и



дифференциальный ряд.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Обоснуйте необходимое лечение.

### ЗАДАЧА 17

Пациентка Г., 23 года, в течение 3-х месяцев отмечает боли в суставах кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,9С, слабость, выпадение волос. Больная обратилась к ревматологу, были взяты АЦЦП, ревматоидный фактор, результат отрицательный, выставлен диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит», назначен метотрексат в дозе 10 мг/нед. На фоне приема отметила появление высыпаний на лице, трещины в уголках рта, язвы слизистой рта, отеки нижних конечностей и лица, самостоятельно отменила метотрексат, однако после отмены препарата сыпь появилась на туловище, отеки нижних конечностей нарастали, было отмечено повышение температуры тела до 39,0С, состояние ухудшалось. С диагнозом «Лихорадка неясного генеза. Аллергическая реакция» госпитализирована в стационар. При осмотре имеется выраженная отечность лица, стоп и нижней трети голени, температура тела 38,7С. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи. Губы сухие с эрозиями и сероватыми корочками. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжимании кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 23 в мин. При исследовании лёгких аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При исследовании сердца – перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 в мин., АД 160/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $3,1 \times 10^9$  /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%,

эозинофилы 2%, лимфоциты 36%, моноциты 8%, тромбоциты  $158 \times 10^9$  /л, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 1,0 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 5-7 в п/зр.

Инструментальные исследования:

1. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой и левой плевральных полостях определяется свободная жидкость до V ребра. Тень сердца умеренно расширена.

2. Эхокардиография: в полости перикарда определяется умеренное количество жидкости без признаков тампонады.



**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

### ЗАДАЧА 18

Больная М., 50 лет, госпитализирована с жалобами на зудящие

высыпания на коже верхних конечностей, спине, шее, ягодицах, лобной области, внутренней поверхности бедра обеих нижних конечностей, отечность лица, слабость в верхних и нижних конечностях, слабость шейных мышц (трудно поднять голову с подушки). Из анамнеза известно, что месяц назад отметила появление слабости в руках. Через неделю отметила кожный зуд на спине. С лекарствами, пищевыми аллергенами не связывает. Неоднократно вызывала врача на дом - назначались антигистаминные препараты - с временным положительным эффектом в виде уменьшения зуда на поверхности спины. Затем сыпь распространилась на туловище, ягодицы, нижние конечности, присоединились сыпь и отеки лица. Постепенно стала нарастать слабость (трудно поднять руки, чтобы причесаться, помыть голову), появилось затруднение при глотании пищи. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирована в стационар с диагнозом «Аллергическая реакция неуточненная».

При осмотре: температура тела 36,5С. Пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Отеков нет. На лице двусторонняя периорбитальная эритема розово-фиолетового оттенка, веки отечны.

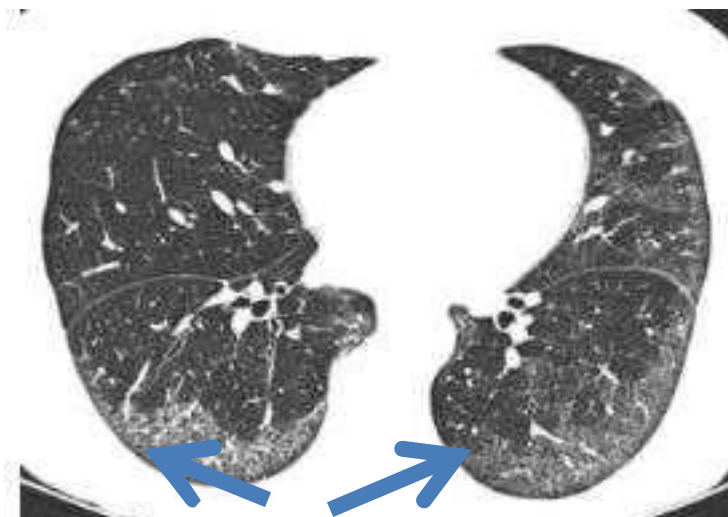


На коже обеих верхних конечностей, плеч, спины, ягодиц, внутренней поверхности бедра, в лобной области прослеживаются эритематозные пятна сливного характера, без шелушения, на разгибательных поверхностях суставов пальцев отмечается эритема с признаками шелушения, следы экскориаций на надплечье и задней поверхности шеи. Мышечная сила снижена. Дисфагия, дисфония. ЧДД 21 в мин. Дыхание ослаблено, единично выслушиваются сухие хрипы. АД 130/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $5,6 \times 10^9 /л$ , палочкоядерные 1%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, лимфоциты 29%, моноциты 10%, тромбоциты  $174 \times 10^9 /л$ , СОЭ 50 мм/час.
2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, белок 0,3 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в п/зр.
3. Биохимический анализ крови: АСТ 842 Ед/л, АЛТ 531 Ед/л, КФК 3017 Ед/л.

Инструментальные исследования: МСКТ органов грудной клетки



ЗАДАНИЯ:

1. Выделите основные

синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Опишите изменения на МСКТ органов грудной клетки.

4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.

5. Определите лечебную тактику.

## ЗАДАЧА 19

Пациентка М., 63 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение последних нескольких лет, когда отметила появление кашля с отделением слизистой мокроты в утренние часы, затем появилась одышка при умеренной физической активности. К врачам не обращалась, не обследовалась. Самостоятельно принимала ацетилцистеин, с незначительным положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура тела до субфебрильных цифр, увеличилась продукция мокроты, усилились одышка и кашель.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка курит с 23 лет по 15 сигарет в сутки. Аллергологический анамнез не отягощен.

Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы сухие, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура тела 37,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт.ст., Ps - 94 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 28 в мин., SpO2 89% на воздухе. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты -  $4.5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 155 г/л, тромбоциты -  $320 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $11,3 \times 10^9$ /л, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

Данные инструментальных исследований: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: диффузное усиление легочного рисунка, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено; ЭКГ: ритм правильный, синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 92 в минуту; Спирография: ОФВ1 55%, Индекс Тиффно 65%, проба с сальбутамолом - прирост ОФВ1 на 5%.

#### ЗАДАНИЯ:

1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;
2. Определите необходимые дополнительные исследования
3. Сформулируйте клинический диагноз;
4. Определите лечебную тактику

#### ЗАДАЧА 20

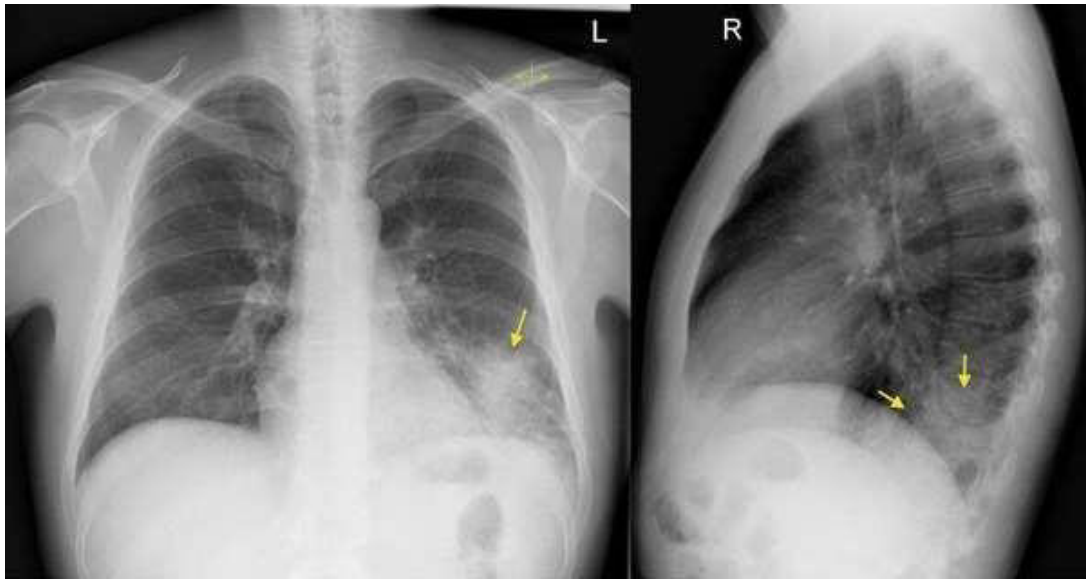
Больной Д, 61 год госпитализирован в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные жгучие боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, на протяжении 40 лет курит по 15–20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает, страдает лишним весом. В течение двух месяцев эпизодически отмечает возникновение одышки, боли жгучего характера в эпигастральной области без связи с приемом пищи, эпизодически головные боли. К врачам не обращался, по настоянию жены принимал омепразол без положительного эффекта. Со слов год назад при измерении АД в аптеке электронным тонометром

зарегистрирован уровень 178/92 мм рт.ст. Так как ранее не чувствовал признаков повышения АД, показатели тонометра расценил как ошибку тонометра, далее также АД не контролировал. Настоящее ухудшение сегодня на работе, когда боль усилилась, появилась резкая слабость. Вызвал СМП, на ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, депрессия ST в I и aVL. Экспресс-тест на миоглобин положительный. Пациент доставлен в отделение кардиореанимации с предварительным диагнозом «ОКСпST». При обследовании данных за хирургическую патологию не получено, отмечается повышение уровня тропонина I 24 нг/мл. Пациенту установлен диагноз ИБС: Острый инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск ССО4. Табакокурение. Ожирение II ст». Проведено ЧКВ в объеме коронароангиографии со стентированием ПКА (по данным КАГ отмечается стеноз дистальной/3 70%, остальные артерии без гемодинамически значимых стенозов). Назначена двойная антиагрегантная терапия, лизиноприл, бисопролол, аторвастатин. Состояние с положительной динамикой. На 3-и сутки пациент пожаловался врачу на слабость, озноб, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при малейшем движении в пределах койки. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, температура тела 38,2 С. В легких выслушивается везикулярное дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. ЧДД 20 в мин. Сатурация 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 93 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}$

/л, лейкоциты –  $14,5 \times 10^9$  /л, СОЭ – 50 мм/час, тромбоциты -  $373 \times 10^9$  /л, лейкоцитарная формула – п/я – 21%, с/я – 59%, э-0%, б-1%, мон-2%, лим-17%.

Рентгенография органов грудной клетки:



### ЗАДАНИЯ:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Какие дополнительные обследования нужно провести?
3. Сформулируйте дифференциально-диагностический ряд.
4. Определите тактику лечения.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи. В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.



### 3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

#### Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования. Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

#### Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

#### Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента

#### 4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учебное пособие для системы последипломной подготовки врачей по специальностям "Терапия" и "Кардиология" / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 10-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2023 г. — 569 с. [8] л. цв. ил.

2. Неотложные состояния при терапевтических заболеваниях : учебное пособие / Крюков Е. В., Алексанин С. С., Леонтьев О. В. [и др.]. — Санкт-Петербург : ИПЦ Измайловский, 2023 г. — 173 с. : ил.
3. Внутренние болезни: избранные лекции : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня ординатуры по специальности 31.08.49 "Терапия" и программы дополнительного профессионального образования - программы повышения квалификации врачей по специальности "Терапия" / Г. П. Арутюнов, А. Г. Арутюнов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 523 с.
4. Методика объективного обследования больного в терапевтической практике : учебное пособие / И. А. Хлопина, А. Н. Плакуев, Н. С. Суханова. — 2-е изд., испр. и доп. — Архангельск : Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022 г. — 120 с. : ил.
5. Внутренние болезни. Гастроэнтерология : учебное пособие для студентов педиатрического факультета / И. В. Козлова, А. Л. Пахомова, А. П. Быкова [и др.]. — Саратов : Саратовский государственный медицинский университет, 2022 г. — 312
6. Пропедевтика внутренних болезней, Симптоматология заболеваний органов пищеварения : учебно-методическое пособие [для подготовки студентов и кадров высшей квалификации (ординатура) по терапии и гастроэнтерологии] / Г. С. Солдатова. — Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2022 г. — 79 с. : ил.
7. Внутренние болезни. Система органов дыхания : учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 6-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2022 г. — 514 с.
8. Лечение пациентов терапевтического профиля : учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по укрупненной группе специальности 31.00.00 Клиническая медицина / под редакцией Н. В. Орловой. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2022 г. — 536 с. : ил.
9. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учебное пособие для системы последипломной подготовки врачей по специальностям "Терапия" и "Кардиология" / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 7-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 903 с.
10. Неотложная терапия в клинике внутренних болезней в схемах и таблицах : учебное пособие / З. Д. Михайлова, М. А. Шаленкова, А. В. Клеменов [и др.]. — 4-е изд., испр. и доп. — Нижний Новгород : Изд-во Приволжского исследовательского медицинского университета, 2021 г. — 279 с. : ил.

11. Антитромбическая терапия в клинике внутренних болезней : учебное пособие / Р. М. Линчак. — Москва : Третьяковъ, 2021 г. — 172 с. : ил.
12. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа : учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело", и последипломного образования - 14.01.04 "Внутренние болезни" / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 4-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2020 г. — 637 с.
13. Клиническая аллергология и иммунология: фонд оценочных и обучающих средств : учебное пособие : для студентов и ординаторов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям: 31.05.91 - Лечебное дело; 31.05.02 - Педиатрия; 31.05.03 - Стоматология, 31.05.04 - Медико-профилактическое дело; 31.08.49 - Терапия; 31.08.26 - Аллергология и иммунология; 31.08.54 - Общая врачебная практика (семейная медицина) / Х. Х. Ганцева, А. В. Жестков, Л. Ф. Латыпова, А. К. Ханова. — Москва : Евроазиатская научно-промышленная палата, 2019 г. — 101 с. : ил.
14. Диагноз при заболеваниях внутренних органов : формулировка, классификации : [учебное пособие] / [авт.-сост.: Ахмедов В. А. и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018 г. — 248 с.
15. Основы экспертизы временной нетрудоспособности : учебное пособие / [Н. И. Вишняков и др.]. — Санкт-Петербург : РИЦ ПСПбГМУ, 2018 г. — 179 с. : ил.
16. Неотложная кардиология / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. : ил., 978-5-9704-3648-6.
17. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Беялова. — 9-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 352 с. : ил. — (Серия «Библиотека врача-специалиста»), 978-5-9704-4820-5
18. Основы фармакотерапии гипертонической болезни : учебное пособие для врачей-кардиологов, терапевтов, клинических фармакологов / Космачева Е. Д.. — Краснодар : КубГМУ, 2021 г. — 159 с. : ил.