


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

УТВЕРЖДЕНО
Решением ученого совета
по непрерывному образованию
протокол №6 от «21» 06.2019 г.
декан факультета последипломного
образования, председатель ученого совета по
непрерывному образованию
доцент  А.А.Степченко

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.49 Терапия**

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.49 Терапия

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

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

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

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

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, позитивных форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА. Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной

	деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Атеросклероз: определение, теории атерогенеза, основные фракции липидов и типы дислипидемии, понятие о «стабильной» и «ранимой» атеросклеротических бляшках, понятие о мультифокальном атеросклерозе, клинические проявления в зависимости от локализации и выраженности атеросклеротического процесса, диагностика, профилактика и лечение (немедикаментозное и медикаментозное).
2. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска и методы их коррекции, патогенез, классификация, диагностика, лечение и профилактика.
3. Стабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез, классификация, течение заболевания, современные подходы к диагностике и лечению.
4. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, классификация, возможные исходы, лечение. Нестабильная стенокардия: классификация (варианты), клиническая картина, диагностика, лечение и возможные исходы. Особенности патогенеза, клинической картины, диагностики и лечения вазоспастической стенокардии.
5. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина типичного и атипичных вариантов, диагностика, критерии диагноза, формулировка диагноза, течение и исходы.
6. Осложнения инфаркта миокарда (ранние, поздние): причины развития, патогенез, основные гемодинамические нарушения и их клинические проявления, классификация, диагностика, профилактика развития, лечение, возможные исходы.
7. Нарушения ритма сердца (наджелудочковые и желудочковые): основные причины развития, патогенез, классификация, ЭКГ – картина заболевания, тактика ведения больного, показания к электроимпульсной терапии, хирургическому лечению тахикардий.
8. Фибрилляция предсердий: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, основные принципы ведения больных (тактика контроля ритма и тактика контроля частоты сердечных сокращений, показания к восстановлению синусового ритма, профилактика тромбоэмболических осложнений).
9. Нарушения проведения сердечного импульса: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, основные подходы к ведению больных, показания к срочной и плановой электрокардиостимуляции.
10. Антиаритмическая терапия: классификация антиаритмических препаратов, тактика их назначения, принципы электроимпульсной терапии и хирургические способы лечения нарушений ритма.
11. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина на разных стадиях гипертонической болезни (в т.ч. поражение органов-мишеней на разных стадиях заболевания), диагностика гипертонической болезни и поражений органов-мишеней, правила формулировки диагноза, стратификация риска, профилактика и лечение.

12. Гипертонический криз: типы гипертонических кризов, клиническая картина, диагностика, алгоритмы неотложной помощи при неосложненном и осложненном гипертоническом кризах, показания к госпитализации.
13. Симптоматические артериальные гипертонии: классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Ревматические миокардиты: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, критерии диагноза, лечение, течение заболевания и исходы.
15. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, классификация, особые формы инфекционного эндокардита, клиническая картина (сердечные и внесердечные проявления), диагностика, критерии диагноза, осложнения, лечение, показания к хирургическому лечению, течение и исходы.
16. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии и др.): патогенез и основные механизмы гемодинамических нарушений, клиническая картина, инструментальные методы диагностики, показания к хирургическому лечению, прогноз.
17. Приобретенные пороки сердца: этиология, патогенез и механизмы формирования гемодинамических нарушений, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение, показания к хирургическому лечению, тактика ведения больных с протезированными клапанами, прогноз.
18. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная и аритмогенная дисплазия правого желудочка): этиология, патогенез и механизмы формирования основных гемодинамических нарушений, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение, прогноз.
19. Острая сердечно-сосудистая недостаточность: причины развития, патогенеза, классификации, клиническая и лабораторно-инструментальная картина заболевания, тактика лечение больных.
20. Хроническая сердечная недостаточность: определение, причины развития, патогенез, классификация, клиническая картина, симптомы левожелудочковой и правожелудочковой недостаточности, диагностика, критерии диагноза, лечение, прогноз.
21. Острый бронхит: факторы риска, патогенез, клиническая картина, особенности течения в различных возрастных группах, современные методы диагностики, лечения и профилактики.
22. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, факторы риска, патогенез, классификация, клиническая картина в зависимости от стадии заболевания, диагностика, течение заболевания, осложнения, лечение.
23. Бронхиальная астма: определение, этиология, предрасполагающие, причинные факторы и факторы, способствующие течению бронхиальной астмы, понятие об атопии и гиперреактивности бронхов, классификация, патогенез отдельных форм бронхиальной астмы, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение. Клиническая картина обострений бронхиальной астмы, диагностика, лечение. Астматический статус: причины развития, клиническая картина, диагностика, лечение.
24. Внебольничная пневмония: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, критерии диагноза, осложнения, лечение, показания к госпитализации. Особенности клинической картины, течения и диагностика пневмоний в зависимости от этиологического фактора.
25. Внутрибольничная (нозокомиальная) пневмония: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение.
26. Антибактериальная терапия в пульмонологии: классификация, механизмы антимикробной активности антибактериальных препаратов, тактика и схемы их использования, сочетания, возможные побочные эффекты.

27. Интерстициальные заболевания легких: классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения
28. Плевриты: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
29. Дыхательная недостаточность: причины развития, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, лечение, прогноз.
30. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение, прогноз.
31. Хронические гастриты: определение, этиология, факторы агрессии и факторы защиты слизистой оболочки, патогенез, морфология, классификация, клиническая картина различных форм хронических гастритов, методы диагностики, лечение, профилактика.
32. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: определение, этиология, факторы агрессии и факторы защиты слизистой оболочки, патогенез, классификация, клиническая картина язвенной болезни в зависимости от локализации язвенного дефекта, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения язвенной болезни, лечение.
33. Неспецифический язвенный колит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.
34. Болезнь Крона: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, осложнения, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение и прогноз заболевания.
35. Синдром раздраженного кишечника: понятие, этиология и патогенез, диагностические критерии, клинические варианты, лечение в зависимости от клинического варианта.
36. Дифференциальная диагностика желтух: особенности обмена билирубина в норме и при патологии, основные лабораторные тесты, применяемые для оценки этиологии желтух, специфические маркеры заболеваний печени, принципы методов исследования, позволяющих оценить состояние гепатобилиарной системы.
37. Синдром портальной гипертензии: причины развития, клинические проявления, диагностика, лечение.
38. Печеночная энцефалопатия и кома: причины и механизмы развития, основные факторы интоксикации ЦНС, классификация печеночной энцефалопатии, клиническая картина, диагностика, лечение.
39. Хронический гепатиты: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение в зависимости от этиологического фактора, профилактика.
40. Циррозы печени: определение, этиология, патогенез, патоморфология (в зависимости от этиологического фактора), классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение, течение, прогноз и возможные исходы
41. Алкогольные поражения печени: определение, классификация, механизмы токсического влияния алкоголя на организм, клиническая картина, диагностика, лечение в зависимости от стадии заболевания, профилактика.
42. Холецистит хронический (бескаменный): этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз, возможные осложнения, лечение, показания к хирургическому лечению.
43. Желчнокаменная болезнь: этиология, факторы риска, патогенез, клиническая картина, осложнения, лечение, профилактика, показания к хирургическому лечению.
44. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз, осложнения и лечение.
45. Ревматическая лихорадка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина (сердечные и внесердечные проявления), определение степени

- тяжести ревмокардита, диагностика, критерии диагноза, течение заболевания, лечение, первичная и вторичная профилактика.
46. Ревматоидный артрит: определение, классификация, патогенез, клиническая картина (суставные и внесуставные проявления), диагностика, критерии диагноза, лечение, показания к назначению генно-инженерной терапии, течение.
 47. Реактивный артрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина (суставные и внесуставные), диагностика, критерии диагноза, лечение, течение и исходы.
 48. Остеоартроз: определение, причины развития, классификация, клиническая картина коксартроза, гонартроза, генерализованного остеоартроза, диагностика, критерии диагноза, лечение, профилактика.
 49. Подагра: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, критерии диагноза, лечение.
 50. Анкилозирующий спондилит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
 51. Псориатический артрит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
 52. Системная красная волчанка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, критерии постановки диагноза, дифференциальный диагноз, лечение.
 53. Системная склеродермия: определение, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, критерии постановки диагноза, принципы ведения больного.
 54. Системные васкулиты: определение, классификация, общие вопросы патогенеза, основные клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы лечения.
 55. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, прогноз и возможные исходы.
 56. Хронический гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, прогноз.
 57. Нефротический синдром: определение, причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, течение и возможные исходы.
 58. Пиелонефриты: этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, исходы.
 59. Амилоидоз почек: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, течение и исходы.
 60. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, возможные исходы.
 61. Хроническая болезнь почек: определение, этиология, причины развития, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
 62. Анемии (железодефицитная, В12-дефицитная, гемолитическая, апластическая): основные причины развития, классификация, патогенез, клинические проявления, основы диагностики, лечение, прогноз.
 63. Лейкозы: классификация, основные клинические проявления, принципы диагностики и лечения.
 64. Лимфопролиферативные заболевания (лимфогранулематоз, лимфосаркома): определение, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
 65. Сахарный диабет I типа: причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, критерии компенсации, основные принципы инсулинотерапии и диетотерапии.

66. Сахарный диабет 2 типа: причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, критерии компенсации, лечение, профилактика.
67. Диабетическая нефропатия и ретинопатия: патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, основные принципы лечения и профилактики.
68. Дифференциальный диагноз при диабетических комах (кетоацидотической, гиперосмолярной, лактацидемической, гипогликемической): особенности клинических и лабораторных проявлений, принципы ведения пациента.
69. Тиреотоксикоз: причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
70. Гипотиреоз: причины развития, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, осложнения.
71. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность: причины развития, классификация, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
72. Лихорадка неясного генеза: определение, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

4.2. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной Т., 30 лет, впервые поступил в специализированное отделение с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную потливость, повышение температуры тела до 39°, кровоточивость десен, частые носовые кровотечения.

Из анамнеза: считает себя больным в течение месяца, когда появились немотивированная общая слабость, головокружения, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами, без эффекта. Обратился за медицинской помощью к участковому терапевту по месту жительства. При обследовании были выявлены изменения в общем анализе крови.

При осмотре: выраженная бледность кожных покровов. Гиперемия, выраженная гипертрофия десен с очагами некрозов. Пальпируются плотные лимфатические узлы в подчелюстной и надключичной областях до 2-3 см, пальпация их безболезненная, Рс – 98 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 4 см, пальпация их безболезненная.

В общем анализе крови: Нв - 76 г/л, эр. - $2,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; рет. - 8%, тромб. - 40×10^9 /л, лейкоциты - $2,8 \times 10^9$ /л, бластные кл. - 38%, п - 1%, с - 28%, э - 0%, б - 0%, лимф. - 25%, м - 8%, СОЭ - 24 мм/час.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы (симптомы).
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие изменения в общем анализе крови позволяют Вам поставить предварительный диагноз?
4. Укажите метод верификации диагноза, дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
5. Основные принципы терапии.

Ситуационная задача № 2

Больная Г., 45 лет. Жалобы на припухлость лучезапястных и проксимальных межфаланговых суставов кистей, ограничение движения в них, утреннюю скованность, сохраняющуюся в течение 1,5 часов; похудание, повышение температуры тела до 37,4 С.

Из анамнеза: больна в течение двух лет, лечилась самостоятельно; принимала короткими курсами диклофенак.

Объективно: кожные покровы бледные, подкожные кровоизлияния (эхимозы) в области ногтевого ложа. Отмечается деформация пястно-фаланговых и межфаланговых проксимальных суставов кистей, болезненность при пальпации, ограничение движения.

Положительный симптом поперечного сжатия кисти. На разгибательной поверхности предплечья подкожно определяются плотные округлые образования до 1,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные, мягко-эластичной консистенции.

Лабораторные исследования: ревматоидный фактор – 40 МЕ/мл ($N < 20$ МЕ/мл), СРБ 20 мг/л ($N \leq 10$ мг/л). В общем анализе крови: эр. – $2,5 \times 10^{12}/л$, Нв-110 г/л, ЦП – 1,0; лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$, п-6%, с-68%, э-1%, лимф.- 21%, мон.-4%, СОЭ – 40 мм/ч.

Вопросы.

1. Выделите основные синдромы, симптомы.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Укажите план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 3

Больной К., 38 лет, поступил с жалобами на общую слабость, сердцебиения, быструю утомляемость, отечность лица и голеней, снижение количества выделяемой мочи.

Анамнез болезни: причину появления данной симптоматики пациент ни с чем не связывает.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лицо бледное, одутловатое. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, PS-88 ударов в минуту, АД-140/90 мм рт. ст. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эр.- $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв – 115 г/л, ЦП – 1,0, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/л$ (лейкоформула без особенностей), СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1015, белок-2,7 г/л, лейкоц.-7-10 в п/зр., эритроц.- 14-20 в п/зр., гиал. цили. 3-4 в п/зр., зерн. цили. 2-3 в п/зр.

Суточная протеинурия – 4,2 г/л. Холестерин – 6,8 ммоль/л, β -липопротеиды – 10,1 ммоль/л, общий белок – 58 г/л, K^+ – 4,1 ммоль/л, Na^+ – 130 ммоль/л, Cl^- – 3,2 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л.

Биопсия почек: гиперклеточность клубочков, обусловленная пролиферацией мезангиоцитов и инфильтрацией макрофагами. При электронной микроскопии: депозиты расположены субэндотелиально.

Вопросы.

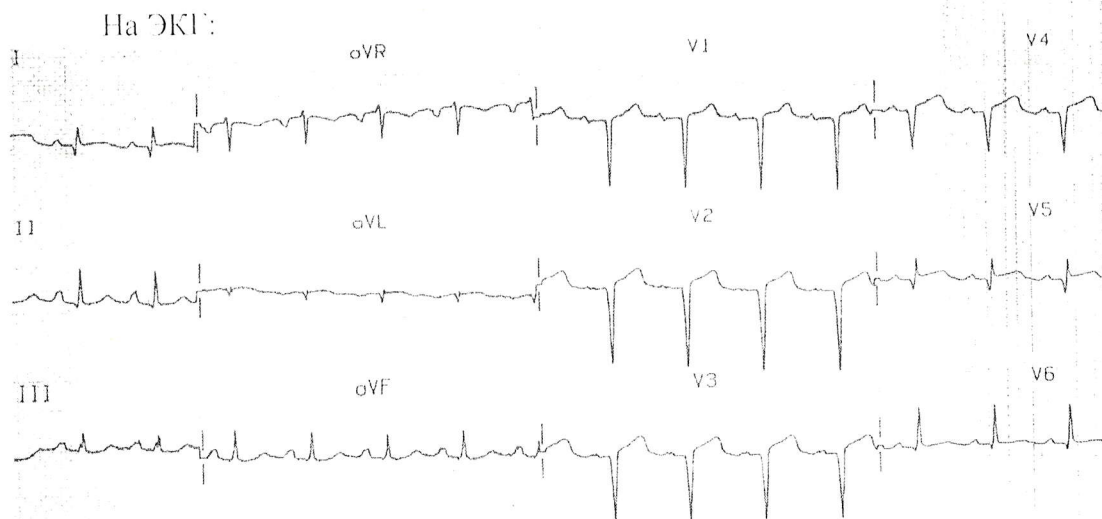
1. Выделите ведущие синдромы.
2. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо включить в диагностический план?
5. Тактика ведения больных.

Ситуационная задача № 4

Больной Г., 60 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, плечо, сопровождающиеся страхом смерти, возникшие внезапно, не купирующиеся приемом нитроглицерина под язык: резкую общую слабость.

Из анамнеза: болен ИБС около 3-х лет, сжимающие боли за грудиной возникали при ходьбе по ровной местности на 200-300 м, купировались в покое или после приема нитроглицерина через 2-3 минуты.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Выражение лица беспокойное. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. АД – 150/80 мм рт. ст. Пульс – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.



Вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача № 5

Больной С., 40 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,50С, периодически возникающую ноющую головную боль в затылочной области.

Анамнез заболевания. Болен в течение 10 лет, когда впервые возникла почечная колика с самостоятельным отхождением конкрементов. Лечился в урологическом отделении по месту жительства. Получал анальгетики, спазмолитики, антибактериальную терапию. В течение последующих 3-х лет стала беспокоить головная боль, локализующаяся преимущественно в затылочной области, связанная с повышением АД. Однако за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал энап. Ухудшение состояния около недели: после переохлаждения стали беспокоить ноющие боли в поясничной области, повысилась температура тела, появились отеки на лице и стопах.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс 82 удара в минуту, АД – 180/105 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 0,6 г/л, эпит. клетки – 3-4 в п/з., лейкоц. – 20-25 в п/з., эритроц. – 3-4 в п/з., бактерии.

УЗИ почек: неровность и деформация контура правой почки, уменьшение размеров и толщины паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Современные подходы к терапии.

Ситуационная задача № 6

Больной Р., 23 лет, поступил в клинику с жалобами на появление отеков лица, стоп, н/з голеней, умеренную ноющую головную боль в височно-затылочной области.

В анамнезе заболевания: частые инфекции верхних дыхательных путей, появление «бурой» мочи после интенсивной физической нагрузки.

При осмотре: лицо бледное, одутловатое. Кожные покровы и слизистые чистые, влажные, бледные, отеки голеней и стоп мягкие, подвижные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД-150/110 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Гепатоспленальная система без особенностей. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеки на стопах, и/3 голеней, бледные, рыхлые.

Общий анализ мочи: цвет «бурый», реакция - кислая, уд. вес- 1014, белок-0,5 г/л, лейкоц.-4-5 в п/зр., эр. - покрывают 1/2 п/зр., гиал. цили. 1-3 в п/зр., эритроцитарные цили.-2-4 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок - 56,0 г/л; креатинин 168 мкмоль/л, мочевины 8,38 ммоль/л, калий-4,5 ммоль/л.

Суточная протеинурия - 3,6 г/сут.

С К Ф - 69 мл/мин

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Какой предварительный диагноз вы считаете наиболее вероятным?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Составьте план обследования.
5. Укажите тактику лечения.

Ситуационная задача № 7

Больной В., 26 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды затрудненного «свистящего» дыхания, преимущественно ночью 1-2 раза в месяц, сопровождающиеся сухим при-ступообразным кашлем, одышкой.

В раннем детстве болел экссудативным диатезом. Приступы затрудненного дыхания с 10 лет. Выявлена аллергия на домашнюю пыль.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. При перкуссии над легкими коро-бочный звук, при аускультации хрипы не выслушиваются, однако при форсированном дыхании появляются единичные сухие «свистящие» хрипы. ЧД-16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД - 110/70 мм рт. ст. РС - 70 в мин.

Общий анализ крови: Hb-130 г/л; лейкоц.-7,8x10⁹/л; эоз-10%, п-3%, с-65%, лим-20%; м-2%; СОЭ-5 мм/час

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 70 в мин.

Рентгенография органов грудной клетки без патологии.

Спирография - ОФВ1 - 85%, коэффициент Тифно - 82% от должных показателей.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Укажите тактику лечения данного пациента.

Ситуационная задача № 8

Больная К., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38 оС: тупые непостоянные ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, периодически возникающую ноющую головную боль, общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности.

Из анамнеза: 3 года назад были выявлены изменения в общем анализе мочи (при обследовании после родов). Около полугода назад обнаружено повышение АД до 160/110 мм рт. ст. Не обследовалась, не лечилась.

При объективном исследовании: бледность кожных покровов, одутловатость лица, отечность век. При перкуссии сердца - границы относительной сердечной тупости не расширены, Ps – 82 удара в минуту, АД - 160/110 мм рт. ст. Дискомфорт при поколачивании по поясничной области, больше справа.

Общий анализ мочи: кол-во - 150мл, плотность - 1010, белок 0,09 г/л, эритроциты - 2-3 в п/зр., лейкоциты - 18-20 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр., гиал. цилиндры - 1-2 в п/зр., СКФ - 85 мл/мин.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте план обследования, включая консультации специалистов.
5. Уточните план лечения.

Ситуационная задача № 9

Больной Н., 28 лет, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на приступы тошноты, «темноту» перед глазами, иногда с кратковременной потерей сознания, возникающие внезапно, чаще на фоне психоэмоционального или физического перенапряжения, продолжающиеся от нескольких секунд до 1-2 минут, внезапно прекращающиеся; повышенную утомляемость, головокружения, общую слабость.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращался, лекарственных препаратов не принимал. Последний приступ возник утром во время поездки в транспорте, сопровождался резкой слабостью, потливостью, предобморочным состоянием и самостоятельно прекратился менее, чем через минуту. Отец пациента умер внезапно в возрасте 40 лет от заболевания сердца.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Периферических отеков нет. Число дыханий 18 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок усиленный, определяется в V межреберье слева на 1,5 см наружи от левой срединно-ключичной линии. Левая граница относительной сердечной тупости совпадает с верхушечным толчком. При аускультации выслушивается ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке, в т. Боткина, по левому краю грудины, который не проводится на сосуды шеи. Пульс ритмичный, ЧСС – 84 удара в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови - без отклонений от нормы.

ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, гигантские положительные Т в отведениях V2-V4.

ЭхоКГ – уменьшение полости левого желудочка, толщина стенки левого желудочка в переднеперегородочной области 17 мм; систолическое смещение створок митрального клапана, митральная регургитация I-II ст.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
3. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
4. Укажите тактику лечения.
5. Прием каких лекарств противопоказан?

Ситуационная задача № 10

Больной Т., 35 лет, поступил с жалобами на одышку смешанного характера в покое, отеки голеней и стоп, сердцебиения и перебои в работе сердца.

Из анамнеза: болеет около 4 лет, когда впервые появились одышка и эпизоды сердцебиения при физической нагрузке. Состояние постепенно ухудшалось, нарастала одышка, появились отеки на ногах, дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. Лечился амбулаторно: принимал сердечные гликозиды, мочегонные препараты. Отмечал незначительное улучшение состояния после проведенной терапии. В настоящее время госпитализирован в кардиологическое отделение в связи с нарастанием вышеописанной симптоматики.

Из анамнеза известно, что отец страдал заболеванием сердца и умер в возрасте 45 лет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет; из перенесенных заболеваний отмечает простудные.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, влажные. Положение – ортопное. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Число дыханий – 28 в минуту. В легких, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости расширены в обе стороны. При аускультации тоны глухие, систолический шум на верхушке. ЧСС – 120 ударов в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Печень на 6 см ниже края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови и общий анализ мочи – без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки – признаки застоя в легких, увеличение всех камер сердца.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы, симптомы.
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
3. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
4. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача № 11

Больной К., 60 лет, фотограф, поступил в специализированное отделение с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи, которое стал отмечать в течение последнего месяца; а также повышенную потливость, снижение работоспособности.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пальпируются шейные и подчелюстные лимфатические узлы величиной с лесной орех, тестовато-эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень не увеличена. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9; тромб. – $210 \times 10^9/л$, лейкоц. – $90 \times 10^9/л$, п-1%, с-18%, лимф. – 78%, мон. – 3%, СОЭ – 17 мм/час. Клетки Боткина-Гумпрехта – 4-6 в п/зр.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы (симптомы).
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие изменения в общем анализе крови позволяют предположить диагноз?
4. Диагностический поиск.
5. Подходы к терапии.

Ситуационная задача № 12

Больной Н., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с выделением желто-зеленой мокроты в объеме 50-100 мл преимущественно в утренние часы, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, исчезающую в покое отеки нижних конечностей, склонность к поносам.

Из анамнеза: страдает бронхоэктатической болезнью с подросткового возраста.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Лицо одутловатое, отеки стоп и голеней. При перкуссии легких определяется ограничение экскурсии нижнего края легкого с обеих сторон. При аускультации: дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон, количество которых уменьшается после кашля и отхождения мокроты.

При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией. АД-110/70 мм рт. ст. Печень, селезенка не пальпируются. Отеки голеней и стоп бледные, рыхлые.

Общ. анализ мочи: уд. вес-1014, белок - 6.5 г/л, лейкоц.-8-10 в п/зр., эр.-1-2 в п/зр., гиал.цил.-6-8 в п/зр., восковидные цил. - 2-3 в п/зр.

СКФ - 60 мл/мин.

Суточная протеинурия - 4.2 г/л

На бронхограмме - смешанные бронхоэктазы нижних долей обоих лёгких.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. План обследования пациента.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 13

Больная К., 19 лет, поступила в клинику с жалобами на императивные позывы на мочеиспускание, общую слабость, снижение работоспособности, одышку смешанного характера при подъеме по лестнице, исчезающую в покое, ломкость волос и ногтей, сухость кожных покровов, периодически появляющиеся трещины в углах рта.

Из анамнеза: мenses обильные, регулярные (5-7 дней).

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Симптом «голубых» склер. В углах рта изъязвления, трещины с воспалительным валом. Слоистость ногтей, продольная их исчерченность.

Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке: PS- 88 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр.- $3.2 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, ЦП - 0.8; лейкоформула без патологии. СОЭ 12 мм/ч.

Сывороточное железо-6.2 мкмоль/л.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. План обследования пациента.
5. Тактика лечения.

Ситуационная задача № 14

Больной Ю., 28 лет, обратился к врачу по поводу внезапно развившегося приступа сердцебиения, возникшего во время физической нагрузки, самостоятельно купировавшегося после прекращения физической нагрузки.

Из анамнеза: до настоящего времени считал себя здоровым, хотя отмечает появление одышки при выполнении физической нагрузки. Из перенесённых заболеваний отмечает простудные. Отец пациента умер внезапно в возрасте 40 лет от заболевания сердца.

При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены. Выслушивается систолический шум по левому краю грудины, в т. Бокина, на верхушке, на сосуды шеи не проводится. В момент осмотра ритм сердечной деятельности правильный. ЧСС=Ps=88 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

На ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, инверсия зубца T в отведениях I, AVL, V3-V6 (3 мм).

УЗИ сердца: толщина стенки левого желудочка в переднеперегородочной области 15 мм, ТЗСЛЖ в систолу 18 мм, митральная регургитация I ст.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы, симптомы.
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения.
5. Прием каких препаратов противопоказан.

Ситуационная задача № 15

Больной П., 34 года, поступил в клинику с жалобами на лихорадку в течение 2 месяцев до 39 °С, общую слабость, похудание на 8 кг при неизменном режиме питания, боли в икроножных мышцах, чувство онемения, нарушение движений в правой стопе, головные боли, сердцебиения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, на коже бедер и голеней сетчатое ливедо. Выявляется болезненность при пальпации мышц обеих голеней. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см., акцент II тона над аортой. ЧСС 78 ударов в минуту, АД-190/100 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см. Печень пальпируется ниже края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе мочи: уд. вес-1015, белок-1 г/л, лейкоц.- 5-6 в п/зр., эритроц.-10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые-2-3 в п/зр. Суточная потеря белка 1,5 г.

Общий анализ крови: эр.- $2,2 \times 10^{12}/л$, Нв-100г/л, ЦП-0,9, тромб. - $420 \times 10^9/л$ лейкоц.- $12,6 \times 10^9/л$, п.-2%, с.-60%, э.-12%, лимф.-26%, СОЭ-40 мм/час.

Креатинин крови - 1395,4 мкмоль/л, мочевины крови - 50 мг%.

Заключение невропатолога: множественный мононеврит.

ЭКГ: гипертрофия миокарда левого желудочка сердца.

Биопсия: некротизирующее воспаление средних и мелких артерий.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. План обследования пациента.

5. Укажите тактику лечения.

Ситуационная задача № 16

Больная Б., 22 лет, жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность в течение 2-х часов, боли в мышцах нижних конечностей, онемение стоп, покраснение кожи лица, груди - в зоне декольте, общую слабость, снижение аппетита, похудание, выпадение волос, язвы в полости рта, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Из анамнеза: болен около 2-х месяцев. Отмечает повышенную чувствительность к инсоляции.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, афтозный стоматит, воспаление, отечность красной каймы губ, припухлость мелких суставов кистей, мелкоочечные геморрагии на подушечках пальцев рук.

В лёгких в нижних отделах ослабленное везикулярное дыхание. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 ударов в минуту, АД=150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В общем анализе крови: Нв-100г/л, эр.- $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП.- 0,9, лейкоц.- $3,2 \times 10^9/л$, тромбоц.- $90 \times 10^9/л$, п.-6%, с.-64%, э.-4%, лим.-18%, мон.-8%, СОЭ-40мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес-1016, белок-3,8 г/л, лейкоциты-2-4 в п/зр., эр.-4-6 в п/зр., цилиндры зерн.-2-4 в п/зр. Креатинин крови 132 мкмоль/л.

Суточная протеинурия - 3,6 г.

АТ к н-ДНК обнаружены.

Консультация невропатолога: полинейропатия.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. План обследования пациента.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 17

Больная Е., 46 лет, предъявляет жалобы на боли и скованность в мелких суставах кистей, лучезапястных суставах, периодически отмечает подъемы температуры тела до субфебрильных цифр, боли в правой половине грудной клетки, одышку смешанного характера при физической нагрузке, исчезающую в покое, повышенную чувствительность кожи к инсоляции, выпадение волос.

Из анамнеза: заболела около года назад после пребывания на юге.

При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное. Эритема, локализующаяся на носу и щеках с образованием фигуры «бабочки». При перкуссии лёгких: притупление перкуторного звука справа в нижних отделах. При аускультации лёгких: в нижних отделах справа ослабленное везикулярное дыхание, выслушивается шум трения плевры ниже угла лопатки. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 удара в минуту, АД 130/80 мм рт. ст.

В общ. анализе крови: Нв-96 г/л, эритроц.- $2,6 \times 10^{12}/л$, ЦП. - 0,9, тромбоц.- $110 \times 10^9/л$, лейкоц.- $2,4 \times 10^9/л$, п.-4%, с.-63%, л.-28%, м.-5%, СОЭ-55 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1016; белок 0,9 г/л; лейкоц. - 2-4 в п/зр.; эр 6-8 в п/зр.; зерн. цилиндры - 2-4 в п/зр. Суточная протеинурия 1,1 г/л.

Биохимия крови: СРБ - 15 мг/л ($N \leq 10$ мг/л); СКФ - 60 мл/мин. Выявлены антитела к двуспиральным молекулам ДНК (+).

Рентгенография органов грудной клетки: базальный пневмоклетроз, дисковидный ателектаз в нижней доле правого легкого, плевро-диафрагмальные спайки справа, купол диафрагмы слева на уровне 5 ребра.

Рентгенография кистей – эрозивных изменений не выявлено.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
4. План обследования пациента.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 18

Больная М., 43 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, похудание, боли в мелких суставах кистей, лучезапястных, коленных суставах, усиливающиеся при движении, ограничение движений в мелких суставах кистей, утреннюю скованность продолжительностью до полудня в течение последнего месяца.

Из анамнеза: боли в мелких суставах кистей (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых) беспокоят в течение двух лет. Самостоятельно принимала диклофенак короткими курсами до исчезновения болевого синдрома.

Объективно: при осмотре суставов определяется припухлость, гипертермия, болезненность при пальпации II, III пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей.

Общий анализ крови: Нв - 116 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоформула без особенностей, СОЭ - 35 мм/час.

Общий белок - 80 г/л, α 2-глобулины - 14%, РФ - 70 МЕ/мл ($N < 20$ МЕ/мл), СРБ - 25 мг/л ($N \leq 10$ мг/л).

Рентгенография суставов кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, множественные (более 5) костные эрозии.

Вопросы.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите диагностические критерии.
4. Укажите критерии степени активности процесса.
5. План лечения.

Ситуационная задача № 19

Больной Р., 29 лет, предъявляет жалобы на «голодные» боли, локализующиеся в эпигастральной области, больше справа, возникающие натощак, исчезающие после очередного приема пищи, ночные боли, тошноту, рвоту, приносящую облегчение.

Из анамнеза: курит с 15 лет, 2 месяца назад перенес нервно-психический стресс. Режим питания не соблюдает.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Ps 78 ударов в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области, с наибольшей интенсивностью справа от срединной линии. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

ФГДС: дефект в луковице 12 перстной кишки до 1 см покрытый фибрином, рубцовая деформация луковицы I степени.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.

5. Укажите тактику лечения.

Ситуационная задача № 20

Больной П., 34 лет, поступил с жалобами на тупые боли в животе ноющего характера, чаще всего возникающие в верхнем или среднем отделе живота слева или посередине с иррадиацией в спину, усиливающиеся на фоне приема обильной или жирной пищи через 30 минут: рвоту, возникающую на высоте болей, не приносящую облегчения, чувство распирания в подложечной области, неприятное ощущение задержки пищи в желудке, частый стул (объемом более 400г в сутки), снижение веса.

Из анамнеза: употребление алкоголя более 80 г в сутки в течение длительного периода. Стационарное лечение по поводу этого заболевания 4-5 раз в год.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение больного: сидя с притянутыми к груди коленями. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, Ps – 92 удара в минуту. Пальпация в эпигастриальной области и левом подреберье болезненна. Болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена.

Копрологическое исследование: повышенное содержание нейтрального жира и мыл при малоизмененном содержании жирных кислот, повышенное содержание мышечных волокон.

УЗИ поджелудочной железы: диффузное увеличение размеров, неровность и нечеткость контуров, гиперэхогенность паренхимы, дилатация и утолщение стенок главного протока, кальцификация паренхимы и вирсунголитиаз.

Вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите план лечения.

Пример решения ситуационной задачи

Мужчина 46 лет, обратился с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость.

Вышеописанные жалобы появились год назад, неуклонно прогрессируют и трудно поддаются медикаментозной коррекции. Употребление алкоголя отрицает.

Объективно: Состояние средней тяжести. Ортопноэ, акроцианоз, отеки голеней и стоп, ЧДД – 24 в мин. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. АД = 110/70 мм. рт. ст. Пульс 85 в минуту. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, аритмичные, ритм галоп. ЧСС 100 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение всех камер сердца, сглаженность "талии", выпуклость дуги левого желудочка, отсутствие атеросклероза аорты, умеренные изменения в малом круге кровообращения, преимущественно за счет венозного застоя.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Ваш предварительный диагноз.
4. План обследования.
5. Принципы лечения пациента.

Ответы:

1. Кардиомегалия, сердечная недостаточность (право- и левожелудочковая), мерцательная аритмия.
 2. Миокардит, дилатационная кардиомиопатия, системные заболевания соединительной ткани, пороки сердца, ИБС, гипертоническая болезнь, перикардит.
 3. Дилатационная кардиомиопатия, Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, Н П Б ст. (III ФК), приступ сердечной астмы.
 4. — ЭхоКГ (расширение камер сердца, глобальное нарушение сократимости ЛЖ, митральная и трикуспидальная регургитация):
 - Сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc
 - Холтеровское мониторирование ЭКГ.
 - Рентгенография органов грудной клетки.
 5. Комбинация и АИФ, диуретиков, бета-блокаторов, небольшие дозы сердечных гликозидов; антикоагулянты. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.
-

4.3. Тестовые задания

В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:

- а) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания;
- б) болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления;
- в) новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания;
- г) остеопороз, метаболический синдром;
- д) болезни системы кроветворения.

Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи?

- а) медицинский работник;
- б) медицинское учреждение;
- в) региональные органы управления здравоохранения;
- г) федеральные органы управления здравоохранения;
- д) все вышеперечисленное.

Целями амбулаторно-поликлинической помощи являются все, кроме:

- а) оказания помощи прикрепленному контингенту;
- б) обслуживания работников промышленных предприятий;
- в) профилактической и диспансерной работы;
- г) проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- д) проведения экспертизы стойкой утраты трудоспособности.

В каких случаях ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев?

- а) после инфаркта миокарда;
- б) после инсульта;
- в) при онкозаболеваниях;
- г) при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций;
- д) при заболеваниях, передающихся половым путем.

При эмфиземе легких дыхание:

- а) везикулярное;
- б) везикулярное ослабленное;
- в) везикулярное усиленное;
- г) бронхиальное;
- д) саккадированное.

Крепитация характерна для:

- а) эмфиземы легких;

- б) абсцесса легких;
 - в) крупозной пневмонии;
 - г) бронхиальной астмы;
 - д) застоя крови в малом круге кровообращения.
- Односторонние боли в поясничной области характерны для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) острого цистита;
- в) острого пиелонефрита;
- г) амилоидоза почек;
- д) хронического гломерулонефрита.

При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- а) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- б) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- в) эзофагогастродуоденоскопию;
- г) колоноскопию;
- д) ректороманоскопию.

Высокая относительная плотность мочи характерна для:

- а) хронического нефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) сахарного диабета;
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

- а) подпеченочной желтухи;
- б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- в) печеночной желтухи;
- г) застойной почки;
- д) инфаркта почки.

Выраженная билирубинурия характерна для:

- а) подпеченочной желтухи;
- б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) застойной почки;
- д) хронического нефрита.

Дыхательный объем - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального вы-

доха:

- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Резервный объем вдоха - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального вы-

доха:

- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является: 1. острый коронарный синдром; 2. ГЭЛА; 3. артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.); 4. флеботромбоз глубоких вен голени.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно для:

- а) полной атриовентрикулярной блокады;
- б) неполной атриовентрикулярной блокады I степени;
- в) блокады ножек пучка Гиса;
- г) синоаурикулярной блокады;
- д) миграции водителя ритма по предсердиям.

На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRS) неправильный, зубец P отсутствует.

Это указывает на:

- а) фибрилляцию предсердий;
- б) желудочковую экстрасистолию;
- в) предсердную экстрасистолию;
- г) желудочковую тахикардию;
- д) предсердную тахикардию.

Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведении V2 - высокий, остроконечный зубец T. Заключение:

- а) инфаркт передней стенки левого желудочка;
- б) инфаркт задней нижней стенки левого желудочка;
- в) остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) инфаркт межжелудочковой перегородки;
- д) тромбоз легочной артерии.

Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5 см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна для:

- а) неосложненной язвы антрального отдела желудка;
- б) пенетрирующей язвы;
- в) озлокачествленной язвы;
- г) синдрома Золлингера-Эллисона;
- д) эрозивного рака в начальной стадии.

Диагностируется сахарный диабет при уровне сахара в крови через 2 часа после введения глюкозы при проведении теста на толерантность к глюкозе:

- а) от 6,0 до 7,0 ммоль/л;
- б) от 7,0 до 7,8 ммоль/л;
- в) от 7,8 до 9,0 ммоль/л;
- г) от 7,8 до 11 ммоль/л;
- д) более 11,0 ммоль/л.

Принцип пробы Зимницкого заключается в:

- а) динамическом наблюдении за количеством выделяемой мочи;
- б) динамическом наблюдении за относительной плотностью мочи в течение ночи;
- в) выявлении связи диуреза с режимом дня;
- г) выявлении бактериурии;
- д) определении клубочковой фильтрации.

Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

- а) аортального клапана;

- б) митрального клапана;
 - в) митрального и аортального клапанов;
 - г) трикуспидального и легочного клапанов;
 - д) только клапана легочной артерии.
- При остановке кровообращения развивается:
- а) метаболический алкалоз;
 - б) метаболический ацидоз;
 - в) респираторный алкалоз;
 - г) респираторный ацидоз;
 - д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сонор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

- а) коллапс легкого;
- б) наличие воздуха в плевральной полости;
- в) смещение средостения в здоровую сторону;
- г) повышение прозрачности легочного поля;
- д) исчезновение сосудистого рисунка.

У пациентов с не леченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

- а) только потеря воды;
- б) только потеря натрия;
- в) только потеря и натрия, и воды;
- г) гипокалиемия;
- д) нарушение кислотно-основного состояния.

При определении группы крови оказалась положительной реакция изоагглютинации со стандартными сыворотками 0 (I) и B (III) групп. Следовательно, исследуемая кровь относится к группе:

- а) 0(I);
- б) A(II);
- в) B(III);
- г) AB(IV);
- д) подобная реакция невозможна.

Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- а) пиелонефрите;
- б) гломерулонефрите;
- в) амилоидозе;
- г) нефролитиазе;
- д) поликистозе.

Острый нефритический синдром характеризуют:

- а) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
- г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогема-турия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острый гломерулонефрит;
- б) острый пиелонефрит;
- в) обострение хронического гломерулонефрита;
- г) апостематозный нефрит;
- д) амилоидоз почек.

Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) цистита;
- д) амилоидоза почек.

У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- а) дерматомиозита;
- б) системной красной волчанки;
- в) системной склеродермии;
- г) узелкового артериита;
- д) ревматической полимиалгии.

Четырехкомпонентная схема лечения нефрита включает следующие сочетания препаратов:

- а) преднизолон + гепарин + индометацин + курантил;
- б) преднизолон + гепарин + курантил + диуретик;
- в) преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил;
- г) преднизолон + гепарин + курантил + эуфиллин;
- д) индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин.

Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- а) повышение артериального давления;
- б) полиурию, полидипсию;
- в) гиперкалиемию;
- г) метаболический ацидоз;
- д) судороги.

К характерным для ревматоидного артрита рентгенологическим признакам относятся: 1. около-суставной остеопороз; 2. узурация суставных поверхностей энфиза; 3. кисты в энфизах; 4. сужение суставной щели.

- а) если правильны ответы 1, 2;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- а) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- б) цианозом дистальных отделов конечностей;
- в) "побелением" пальцев кистей и стопов в результате вазоконстрикции;
- г) парестезиями по всей руке, ноге;
- д) реактивной гиперемией кожи стоп.

Узелки Бушара появляются при:

- а) подагре;
- б) ревматоидном артрите;
- в) остеоартрозе;

г) ревматизме;

д) узелковом периартериите.

Поражение глаз в виде увеитов и иритов более характерны для

1 болезни Бехтерева

2 ревматоидного артрита взрослых

3 склеродермии

4 узелкового периартериита

Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является:

а) злокачественное клиническое течение;

б) выраженная гепатомегалия;

в) кожный зуд;

г) повышение сывороточных липидов;

д) повышение активности аминотрансфераз.

Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

а) язвенной болезни;

б) холелитиазе;

в) постгастрорезекционном синдроме;

г) хроническом колите;

д) лямблиозе.

Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования: 1. тест толерантности к глюкозе; 2. глюкокортикоидную пробу; 3. исследование пробным завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови; 4. УЗИ поджелудочной железы.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 1;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа. 2016. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-3569-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435694.html>
2. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа. 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
3. Маколкин В.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3335-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

Дополнительная литература

1. Ахмедов В.А., Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации [Электронный ресурс] / В.А. Ахмедов [и др.] ; под ред. В.А. Ахмедова. - М. : ГЭОТАР-Медиа. 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3872-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438725.html>
2. Беленков Ю.Н., Кардиология [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Аничков Д.А., Галявич А.С., Демичев С.В. и др. Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. -

- 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-1159-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/RML0305V3.html>
3. Геккиева А. Д., Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии [Электронный ресурс] / Геккиева А. Д. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4479-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444795.html>
4. Гринштейн Ю.И., Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.И. Гринштейна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-1162-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411629.html>
5. Дедов И.И., Российские клинические рекомендации. Эндокринология [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4603-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446034.html>
6. Денисов И.Н., Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я [Электронный ресурс] / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1328 с. (Серия "Доказательная медицина") - ISBN 978-5-9704-1710-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417102.html>
7. Ивашкин В.Т., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство : краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Г.Л. Ланиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-3408-6 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
8. Кишкун А.А., Руководство по лабораторным методам диагностики [Электронный ресурс] / Кишкун А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-1172-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN5970411728.html>
9. Козловская Л.В., Анемии [Электронный ресурс] : краткое руководство / Л.В. Козловская (Лысенко), Ю.С. Милованов; под ред. Н.А. Мухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 120 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3635-6 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436356.html>
10. Насонов С.Л., Ревматология [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Под ред. С.Л. Насонова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-1918-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/RML0311V3.html>
11. Новиков Г.А., Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. Г.А. Новикова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 248 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3148-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431481.html>
12. Пономаренко Г.Н., Физическая и реабилитационная медицина [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Г. Н. Пономаренко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-3606-6 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436066.html>
13. Хайтов Р.М., Аллергология [Электронный ресурс] / Под ред. Р.М. Хайтова, Н.И. Ильиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-1310-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413104.html>
14. Чучалин А.Г., Пульмонология [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Под ред. А.Г. Чучалина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 336 с. (Серия "Клинические рекомендации") - ISBN 978-5-9704-0752-3 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/RML0310V3.html>
15. Шилов Е.М., Нефрология. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Е.М. Шилова, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3714-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437148.html>

Периодические издания (журналы)

1. «Врач»
2. «Кардиоваскулярная патология и профилактика»
3. «Кардиология»

4. «Пульмонология»
5. «Российский кардиологический журнал»
6. «Терапевтический архив»
7. «Туберкулез и болезни легких»

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. База данных международного индекса научного цитирования «Web of science». URL: <http://www.webofscience.com/>
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких <http://www.atmosphere-ph.ru/images/books/gold-in-russian.pdf>
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы <http://www.atmosphere-ph.ru/images/books/gina-2006-rus.pdf>
4. Клинические рекомендации: Хроническая сердечная недостаточность https://scardio.ru/content/Guidelines/Rekomendacii_hronich_nedost_2016_OSSN.pdf
5. КонсультантПлюс. URL: https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни https://gastro.rumedo.ru/wp-content/uploads/sites/4/2018/09/rekomendatsii_gastroezofagealnaya_refluksnaya_bolezn_gerb_2017.pdf
7. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии <https://scardio.ru/content/Guidelines/3074-8973-1-PB.pdf>
8. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
9. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/>
10. Официальный сайт научной электронной библиотеки «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/>
11. Официальный сайт научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU. URL: <https://elibrary.ru/>
12. Официальный сайт Национальной электронной библиотеки (НЭБ). URL: <http://нэб.рф/>
13. Полнотекстовая база данных «Medline Complete». URL: <http://search.ebscohost.com/>
14. Полнотекстовая база данных «Polpred.com Обзор СМИ». URL: <http://polpred.com/>
15. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26482) http://aokpb.ru/cms/01.23.2018_19_32_02.pdf
16. Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014 N 34466) <http://kazangmu.ru/sveden/files/000730.pdf>
17. Федеральная электронная медицинская библиотека. URL: <http://193.232.7.109/feml>
18. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни <https://gastro.rumedo.ru/wp-content/uploads/sites/4/2018/09/Klinicheskie-rekomendacii-RGA-po-diagnostike-i-lecheniyu-YAzvennoy-Bolezni-2016.pdf>
19. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению остеоартроза <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>

20. Федеральные клинические рекомендации Ревматоидный артрит
http://rheumatolog.ru/sites/default/files/Pdf/clinrec/revmatoidnyy_artrit.pdf

21. Профессиональный стандарт Врач-терапевт
<https://www.rnmot.ru/public/uploads/2017/RNMOT/RNMOT%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B5%D0%9F%D0%A1%20%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87-%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%2001.12.17.pdf>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

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

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

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

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

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

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

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

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.