Приложение 5 к ОПОП

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ
ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
00A6D882A52309E7B55A6391106869931C
Владелец: Ходжаян Анна Борисовна
Действителен: с 05.03.2025 до 29.05.2026

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность	**31. 08. 54 Общая врачебная практика (семейная медицина)**
Форма обучения	Очная
Всего ЗЕТ	3
Всего часов	108
Предэкзаменационные консультации (лекции)	6

Цель, сроки, виды государственных аттестационных испытаний

целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования (далее – ОПОП ВО) соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее - ФГОС ВО).

На ГИА проверяется:

- уровень достижения планируемых результатов освоения ОПОП ВО (компетенций, установленных ФГОС ВО);
- готовность выпускника к выполнению соответствующих трудовых функций, указанных в профессиональных стандартах, с учетом которых разрабатывалась ОПОП ВО

В блок ОПОП ВО «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится на 2 году обучения в соответствии с календарным учебным графиком.

2. Структура аттестационных испытаний

ГИА обучающихся, завершающих освоение по имеющим государственную аккредитацию образовательных программ высшего образования – программам ординатуры проходит в форме государственного экзамена, который проводится в два этапа и предусматривает:

- проверку уровня теоретической подготовки;
- оценку умения решать конкретные клинические ситуации и выполнять трудовые действия, входящие в трудовые функции, установленные профессиональным стандартом, а основании которого разрабатывалась и реализовывалась программа ординатуры.

Проверка уровня теоретической подготовки выпускника осуществляется посредством проведения компьютерного (или бланочного) тестирования.

3. Регламент проведения (каждого этапа ГИА или каждого вида аттестационного испытания)

3.1. Регламент проведения тестирования

1. Тестирование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям и оборудованном компьютерной техникой. При проведении компьютерного тестирования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА, специалист учебно-методического управления, осуществляющий техническую поддержку тестируемых.

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет Секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. При прохождении аттестации ординатор имеет возможность самостоятельно выбрать посадочное место при наличии свободных мест в аудитории.

4. До начала проведения компьютерного тестирования секретарь аттестационной комиссии осуществляет ознакомление ординатора под роспись с руководством пользователя по прохождению компьютерного тестирования.

5. На тестирование выносится 50 тестовых заданий для выполнения которых отводится 50 минут. Вариант тестовых заданий формируется автоматически посредством случайного выбора из банка тестовых заданий, используемых в университете для прохождения ГИА по соответствующей специальности. По истечении указанного времени, доступ к базе тестирования автоматически прекращается.

6. Во время прохождения компьютерного тестирования, на рабочем столе ординатора могут находиться только лист с логином и паролем и руководство пользователя по прохождению компьютерного тестирования. В период проведения компьютерного тестирования ординатору запрещено:

- иметь при себе и использовать справочные материалы, письменные заметки, средства связи и иные технические средства,

- покидать аудиторию,

- разговаривать и отвлекать других участников аттестации,

- перемешаться по аудитории, пересаживаться,

- обмениваться материалами и предметами,

- загораживать видеокамеры компьютеров.

При нарушении выше указанных правил, обучающийся удаляется из аудитории, о чем делается запись в протоколе комиссии. Обучающийся считается не сдавшим первый этап ГИА, ему выставляется оценка «неудовлетворительно» и ординатор отчисляется из университета как не прошедший государственную итоговую аттестацию.

7. Ординатор может завершить компьютерное тестирование досрочно, но при этом области аттестации, по которым он не проходил компьютерное тестирование, будут считаться не сданными.

8. В случае технического сбоя (выход из строя серверного или сетевого оборудования, отсутствие электроэнергии и т.п.) во время прохождения компьютерного тестирования. Ординатор может продолжить компьютерное тестирование, если возможность восстановления компьютерного тестирования составляет не более 60 минут. Если за этот период времени неполадка не может быть устранена, ординатору назначается другое время или дата прохождения компьютерного тестирования.

9. Обучающиеся, успешно прошедшие первый этап, в соответствии с расписанием ГИА приступают к сдаче второго этапа – собеседованию.

3.2. Регламент проведения собеседования

1. Собеседование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям. При проведении компьютерного тестирования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. Ординатор выбирает билет, который содержит 3 теоретических вопроса и два задания на проверку умения решать профессиональные задачи, предусмотренные Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 09 января 2023 г. №16 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования-подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)», Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247)и оформленные в виде индивидуальных заданий (ситуационных задач) заполняемые на отдельных листах.

4. На подготовку к ответу каждому ординатору предоставляется не менее 30 минут, хронометраж ведется секретарем ГИА.

Ординатору предоставляются: листы для выполнения записей, справочные материалы (при необходимости).

5. После ответа все листы с записями сдаются секретарю комиссии, члены комиссии оформляют аттестационные листы.

4. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации.

4.1 Перечень компетенций которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения ОПОП ВО

Индекс	***Содержание***	***1 этап ГИА***	***2 этап ГИА***
УК-1	***Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте***		
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	+	+
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	+	
УК-2	***Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им***		
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	+	
УК-2.2	При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента	+	
УК-3	***Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению***		
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	+	
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	+	
УК-4	***Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности***		
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	+	
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	+	
УК-5	***Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории***		
УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	+	
УК-5.2	Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с индивидуальными потребностями	+	
ОПК-1	***Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности***		
ОПК-1.1	Решает стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационно-коммуникационных технологий	+	
ОПК-1.2	Осуществляет деятельность в соответствии с требованиями информационной безопасности	+	
ОПК-2	***Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей***		

Индекс	***Содержание***	***1 этап ГИА***	***2 этап ГИА***
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	+	
ОПК-2.2	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	+	
ОПК-3	***Способен осуществлять педагогическую деятельность***		
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования , а также по дополнительным профессиональным программам	+	
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	+	
ОПК-4	***Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов***		
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	+	+
ОПК-4.2	Проводит осмотр, медицинское обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека.	+	+
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	+	+
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+
ОПК-5	***Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность***		
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	+	+

Индекс	***Содержание***	***1 этап ГИА***	***2 этап ГИА***
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	+	+
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	+	+
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	+	+
ОПК-6	***Способен 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	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно	+	+
ОПК-6.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации		+
ОПК-7	***Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу***		
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	+	+
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина		+
ОПК-8	***Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения***		
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	+	+
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	+	
ОПК-9	***Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала***		
ОПК-9.1	Применяет современные методы управления персоналом, контролирует выполнение должностных обязанностей	+	

Индекс	*Содержание*	*1 этап ГИА*	*2 этап ГИА*
	медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками		
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации		+
ОПК-10	***Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства***		
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	+	+
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	+	
ПК-1	***Готов к проведению обследования, лечению, контролю эффективности и безопасности лечения взрослого населения***		
ПК-1.1	Проводит обследование пациентов с целью установления диагноза		+
ПК-1.2	Осуществляет лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности		+
ПК-1.3	Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	+	+
ПК-1.4	Оказывает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях	+	+
ПК-2	Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям		
ПК-2.1	Проводит диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями	+	+
ПК-2.2	Организовывает и проводит профилактические мероприятия детям: медицинские осмотры, вакцинопрофилактику, диспансерное наблюдение, санитарно-противоэпидемические (профилактические) в очаге инфекции, в том числе, санитарно-просветительную работу, включая родителей или их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми	+	+

4.2. Перечень должностных обязанностей готовность к выполнению которых проверяется на ГИА;

По окончании освоения программы ординатуры выпускник будет готовввыполнять следующие **должностные обязанности**, установленные приказом Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении

Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247)

Осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказывает неотложную помощь, проводит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействует в решении медико-социальных проблем семьи. Оказывает непрерывную первичную медико-санитарную помощь пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания. Проводит осмотр и оценивает данные физического исследования пациента. Составляет план лабораторного, инструментального обследования. Интерпретирует результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования; самостоятельно проводит обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение при наиболее распространенных заболеваниях. Оказывает: акушерскую помощь, помощь детям и пациентам с профессиональными заболеваниями, медицинскую помощь при острых и неотложных состояниях организма, требующих проведение реанимационных мероприятий, интенсивной терапии. Проводит анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя и табака, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию. Осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп. Направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям. Организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому. Осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке. Организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке. Выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение. Взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями. Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала. В установленном порядке повышает профессиональную квалификацию. Оформляет и направляет в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.

4.3 Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания;

4.3.1. Критерии оценивания первого этапа ГИА (тестирование)

Доля правильных ответов	Оценка
90% и более	отлично
80-89%	хорошо
70-79%	удовлетворительно
менее 70%	неудовлетворительно

4.3.2. Критерии оценивания на втором этапе ГИА

Критерии выставления оценки при проведении собеседования:

Оценка «*отлично*» выставляется обучающемуся, если теоретическое содержание дисциплины освоено полностью, обучающийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «отлично».

Оценка «*хорошо*» ставится обучающемуся, если он строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «хорошо».

Оценка «*удовлетворительно*» ставится обучающемуся, усвоившему только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает непоследовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «удовлетворительно».

Оценка «*неудовлетворительно*» ставится обучающемуся, который не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера. В ответе допускает грубые ошибки, которые не может исправить даже с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «неудовлетворительно».

Критерии оценки выполнения индивидуальных заданий (ситуационных задач)

Оценка «*отлично*» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «*хорошо*» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие, однако обучающийся самостоятельно исправляет свои ошибки.

Оценка «*удовлетворительно»* выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях, которые он исправляет только после указания преподавателя

Оценка *«неудовлетворительно*» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, но объяснение дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

4.4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП (перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, в том числе комплект тестовых заданий)

Комплект тестовых заданий для проведения первого этапа ГИА

Код	***Формулировка компетенции***	***Формулировка задания, эталонный ответ***
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	1.Совершенствование медицинской помощи населению РФ на современном этапе связано с развитием: а) стационарной помощи, б) медицинской науки, в) сельского здравоохранения, г) первичной медико-санитарной помощи Правильный ответ:4 2. Понятие «медицинское вмешательство» включает: а) освидетельствование, б) освидетельствование и наблюдение, в) освидетельствование, наблюдение и госпитализацию, г) освидетельствование, наблюдение, госпитализацию и изоляцию Правильный ответ:4 4.При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на все, кроме: а) эвтаназию, б) облегчение боли, в) сохранение врачебной тайны, г) гуманное и уважительное отношение, д) обследование и лечение Правильный ответ:1
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	1.Цель проекта – это: а) Сформулированная проблема, с которой придется столкнуться в процессе выполнения проекта б) Утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта в) Комплексная оценка исходных условий и конечного результата по итогам выполнения проекта Правильный ответ:2 2.Реализация проекта – это: А) Создание условий, требующихся для выполнения проекта за нормативный период Б) Наблюдение, регулирование и анализ прогресса проекта В) Комплексное выполнение всех описанных в проекте действий, которые направлены на достижение его целей Правильный ответ:3 3. Проект отличается от процессной деятельности тем, что А) Процессы менее продолжительные по времени, чем проекты Б) Для реализации одного типа процессов необходим

		один-два исполнителя, для реализации проекта требуется множество исполнителей В) Процессы однотипны и цикличны, проект уникален по своей цели и методам реализации, а также имеет четкие срока начала и окончания Правильный ответ:3
УК-2.2	При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента	1. этапы жизненного цикла управления проектом: 1. Инициация 2.Планирование 3.Выполнение 4.Разметка 5.переделка Правильный ответ: 1,2,3 2. Принципы формулировки цели проекта: 1. Конкретность 2. Измеримость 3. Выявляемость 4.нуждаемость 5.обращаемость Правильный ответ: 1,2 3. Система SMART – это: 1. Это методикапостановки целей и задач в управлении 2. технология финансирования 3. методика диагностики заболеваний 4. особенности планирования операционных вмешательств 5. методика статистической обработки данных Правильный ответ: 1
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	1. Организация процесса оказания медицинской помощи в стационаре и поликлинике регулируется: 1. Порядками оказания медицинской помощи по профилю 2. Конституцией РФ 3. Приказом Министерства здравоохранения РФ 4. Положением об организации мед.помощи данной медицинской организации 5. Рекомендациями главного специалиста по профилю Правильный ответ: 1 2. Основным документом, регламентирующим диагностику и лечение отдельных заболеваний по профилю, является: 1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю 2. Конституция РФ 3. Приказ Министерства здравоохранения РФ

		4. Положение об организации мед.помощи данной медицинской организации 5. Клинические рекомендации по профилю Правильный ответ: 5 **3.** Организация медицинской помощи на врачебном участке в медицинской организации амбулаторного типа осуществляется: 1. Медицинской сестрой 2. Врачом- участковым 3. Старшей медицинской сестрой 4. Санитаркой 5. Главным врачом медицинской организации Правильный ответ: 1,2
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	1.Выберите из предложенных вариантов обязательные условия существования коллектива «Коллектив существует, если есть: 1) общая значимая цель, совпадающая с общественными целями и общая совместная деятельность для достижения поставленной позитивной цели 2) группа людей с общими интересами 3) объединение людей больше десяти человек Правильный ответ: 1 2. Укажите, какие взаимодействия между партнерами осуществляются при деловом стиле общения 1) ослабление контроля за социально-статусными и этикетными нормами 2) признание ценности и значимости поведенческих действий друг друга 3) умение партнеров адаптировать собственные профессиональные знания к конкретной деловой ситуации 4) рациональное использование партнерами поддерживающих техник Правильный ответ:2
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	1. Основные положения построения деловых профессиональных отношений осуществляются с учетом: 1.этики, 2.деонтологии 3.конфликтологии 4. Порядков оказания медицинской помощи по профилю 5. Конституции РФ Правильный ответ: 1,2,3 2. Корпоративная культура – это: 1. совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к

		внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации 2. правила поведения в стационаре 3. особенности соблюдения режима труда и отдыха 4. нормы общения между пациентом и врачом 5. особенности общения сотрудников на работе и дома Правильный ответ: 1 3. Элементы корпоративной культуры – это: 1. Личные цели и возможности каждого сотрудника 2. Стиль и методы общения 3. Распорядок и традиции 4. Особенности приема пищи в коллективе 5. Конфликты в коллективе Правильный ответ: 1,2,3
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	1.Укажите причиной какого конфликта могут явиться психологические особенности личности 1) объективного 2) субъективного 3) социально-психологического 4) личностного Правильный ответ:4 2. Укажите, какие взаимодействия между партнерами осуществляются при деловом стиле общения 1) ослабление контроля за социально-статусными и этикетными нормами 2) признание ценности и значимости поведенческих действий друг друга 3) умение партнеров адаптировать собственные профессиональные знания к конкретной деловой ситуации 4) рациональное использование партнерами поддерживающих техник Правильный ответ:2 Правильный ответ:1 3. В случае неблагоприятного прогноза информация деликатным способом сообщается: а) гражданину, б) гражданину и членам его семьи, в) гражданину и членам семьи с его согласия Правильный ответ:3

УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	1. Виды деловой карьеры: 1.Вертикальная карьера 2.Горизонтальная карьера 3.Ступенчатая карьера 4.финансовая карьера 5. лекарственная карьера Правильный ответ: 1,2,3 2. Карьерная траектория — это 1.Описание пути, по которому проходит человек на протяжении карьеры 2.Описание механизмов лечения пациентов 3.Описание методик диагностики при онкологических болезнях 4.Описание методик финансирования здравоохранения 5.Методы самоконтроля в здравоохранении Правильный ответ: 1
УК-5.2	Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с индивидуальными потребностями	1.Профессиональное развитие врача включает в себя: 1.Повышение квалификации путем обучения на профильной кафедре 2.Участие в профессиональных конференциях 3.Участие в он-лайн вебинарах по соответствующей специальности 4.Поездки на экскурсии в отпуске 5.Чтение художественной литературы Правильный ответ: 1,2,3 2.Для личностного роста врача необходимо: 1. Иерархия системы ценностей и реализация ее на практике 2. Участие в ночных дежурствах 3. Изучение нормативно-правовых актов, регулирующих медицинскую деятельность 4. Изучение финансовых отчетов медицинской организации 5. Анализ летальности в своем клиническом подразделении Правильный ответ: 1
ОПК-1.1	Решает стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационно-коммуникационных технологий	1. Уровни медицинских информационных систем в России: 1. Базовый, медицинской организации, региональный, федеральный 2. Низкий, средний, высокий 3. Легкий, средний, тяжелый 4. Финансовый, юридический, деонтологический 5. Международный и базовый

		Правильный ответ: 1 2. Какие задачи решаются с помощью систем консультативной поддержки принятия врачебных решений? 1. сортировка и учёт электронных медицинских карт 2. сведения о лекарственных препаратах 3. сведения о доходах пациента 4. сведения о личной жизни пациента 5. комплаентность в лечении Правильный ответ: 1,2
ОПК-1.2	Осуществляет деятельность в соответствии с требованиями информационной безопасности	**1.** Главное требование информационной безопасности в профессиональной деятельности врача: 1. Сохранение персональных данных пациентов 2. Сохранение личных данных врача 3. Ведение истории болезни только в электронном виде 4. Использование сложных паролей при входе в личный кабинет 5. Ведение медицинской документации только на национальном языке Правильный ответ: 1 2. По правилам категорирования информационных систем, в которых обрабатываются данные о здоровье субъекта персональных данных, относят: 1.не ниже третьей 2.первой 3.второй 4. девятой 5.нулевой Правильный ответ: 1
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	1. Показатели статистики здоровья населения: 1.медико-демографические 2. инвалидности 3. Доходов населения 4. состояния эпидемиологического контроля в медицинской организации 5. деонтологические показатели Правильный ответ: 1,2 2. Как рассчитывается показатель общей летальности? 1.число умерших больных/число выбывших больных 100% 2. число умерших больных/число выздоровевших

		больных х 100% 3. число инвалидов /число выбывших больных х 100% 4. число умерших больных/число наблюдающихся больных х 100% 5. число умерших больных/10 тысяч населения х 100% Правильный ответ: 1 3. Этапы внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг включают: 1. анализ учетной и отчетной документации; 2.проведение клинического аудита 3. метод оценки финансовой деятельности клиники 4. этап оценки качества эпидемиологического окружения 5. проведение исследования состояния помещений медицинской организации Правильный ответ: 1,2
ОПК-2.2	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	1.Объектом медицинского страхования является: а) предприятие, б) учреждение, в) население, г) страховая компания, д) денежные вклады Правильный ответ:3 59. Функции листка нетрудоспособности: а) статистическая, б) статистическая и финансовая, в) финансовая, статистическая, юридическая Правильный ответ:3 60. При изучении отдельных хронических заболеваний определяют показатель, кроме: а) заболеваемости, б) летальности, в) процент больных лиц, г) смертности от данного заболевания Правильный ответ:3
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам	1.Принципы обучения - это А) приемы работы по организации процесса обучения. Б) тезисы теории и практики обучения и образования, отражающие ключевые моменты в раскрытии процессов, явлений, событий. В) основные положения теории обучения Г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса. Правильный ответ:3 2.Обучение должно носить следующий характер-

		А) творческий, личностный Б) циклопоточный В) индивидуальный Г). полисубъектный Правильный ответ:1 3.Задачи обучения: А) воспитательные, образовательные и развивающие. Б) коррекционные, организационные и общедидактические. В) организационно-методические и гносеолого-смысловые. Г) внутренние и внешние. Правильный ответ:1
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. Видами педагогического требования врача к пациенту являются: 1. намёк 2. совет 3. изменение отношение к пациенту 4. просьба 5. ограничение в правах Правильный ответ: 1,2,4 2. К методам воздействия на сознание пациентов, с целью формирования у них основ ЗОЖ являются: 1. убеждение 2. соревнование 3. наказание 4. беседа Правильный ответ: 1,4 3. К методам организации деятельности по формированию опыта по ЗОЖ у пациентов являются 1. поручение 2. создание воспитательных ситуаций 3.поощрение 4. беседа 5. педагогическое требование Правильный ответ: 1,2,5 4. К методам, мотивации, стимулирования и коррекции поведения пациента по сохранению своего здоровья относятся: 1. порицание 2. создание воспитывающих ситуаций 3. поощрение 4. беседа 5. соревнование Правильный ответ: 1,3,5 5. Целенаправленное обучение и воспитание пациентов ЗОЖ осуществляется 1. в Школе здоровья 2. частной клинике 3. в Центре медицинской профилактики

		4. на приёме у врача Правильный ответ: 1,3
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	1. Ведущим клиническим признаком бронхиолита является: а) кашель, б) боли в грудной клетке, в) одышка Правильный ответ:3 2. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля: а) не менее б месяцев в году в течение 2 лет подряд, б) более 4 месяцев в данном году, в) не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд, г) не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд. Правильный ответ:3 3. При хронической обструктивной болезни легких возможны осложнения: а) правожелудочковая недостаточность б) эритроцитоз в) дыхательная недостаточность г) все перечисленное Правильный ответ:4
ОПК-4.2	Проводит осмотр, медицинское обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается: а) слабость б) недомогание в) кашель г) высокая лихорадка Правильный ответ:4 2. Укажите один из признаков, отличающих вирусную пневмонию от бактериальной: а) инфильтративные изменения на рентгенограмме; б) лейкоцитоз со сдвигом влево; в) маловыраженные физикальные изменения; г) пульс соответствует температуре тела; д) кашель с гнойной мокротой. Правильный ответ:3 3. В стадии "прилива" крупозной пневмонии перкуторно определяется: а) легочный звук, б) коробочный звук, в) притупление перкуторного звука Правильный ответ:3 4. Характерным признаком крупозной пневмонии в стадии "прилива" является: а) бронхиальное дыхание, б) жесткое дыхание, в) крепитация, г) звучные влажные хрипы

		Правильный ответ:3
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	1. Ведущим клиническим признаком бронхиолита является: а) кашель, б) боли в грудной клетке, в) одышка Правильный ответ:3 2. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля: а) не менее б месяцев в году в течение 2 лет подряд, б) более 4 месяцев в данном году, в) не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд, г) не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд. Правильный ответ:3 3. При хронической обструктивной болезни легких возможны осложнения: а) правожелудочковая недостаточность б) эритроцитоз в) дыхательная недостаточность г) все перечисленное Правильный ответ:4 4. При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается: а) слабость б) недомогание в) кашель г) высокая лихорадка Правильный ответ:4 5. Мокрота при бронхоэктатической болезни чаще: а) слизистая, б) гнойная, в) гнилостная, г) отсутствует Правильный ответ:2
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	1. Какова величина ОФВ1 при ХОБЛ легкой степени тяжести: а) 50% ≤ОФВ1< 80% от должного б) ОФВ1< 30% от должного в) 30% ≤ОФВ1< 50% от должного г) ОФВ1> 80% от должного Правильный ответ:4 2. Какова величина ОФВ1 при ХОБЛ тяжелого течения: а) 50% ≤ОФВ1< 80% от должного б) ОФВ1< 30% от должного в) 30% ≤ОФВ1< 50% от должного г) ОФВ1> 80% от должного Правильный ответ:3 3. Максимально допустимый (для здоровых) уровень

		глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет: а) 8,43 ммол/л; б) 7,22 ммоль/л; в) 9,6 ммоль/л; г) 10,1 ммоль/л; д) менее 7,8 ммоль/л. Правильный ответ:3 4. Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений: а) Менее 5,6 ммоль/л б) 6,7 ммоль/л в) 9,7 ммоль/л г) 11,3 ммоль/л д) 15 ммоль/л Правильный ответ:4 5. Укажите нижнюю границу нормы для показателя холестерина липопротеидов высокой плотности в плазме крови: а) ≥ 1,3 ммоль/л у мужчин и женщин б) ≥ 1,2 ммоль/л у мужчин и 1,0 ммоль/л у женщин в) ≥ 1,0 ммоль/л у мужчин и 1,2 ммоль/л у женщин Правильный ответ:3
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1. Какой вид анемии наиболее часто встречается у пациентов с НПВП-гастропатией? а) анемия хронических заболеваний б) железодефицитная в) В-12 дефицитная г) фолиеводефицитная Правильный ответ:2 2. Наиболее распространенной причиной желудочно-кишечного кровотечения является: а) сосудистые мальформации кишки б) язвы, ассоциированные с Helicobacter pylori в) НПВП-гастропатия г) рак желудка Правильный ответ:3 3. В зависимости от этиологического фактора выделяют разновидности дисфагии: а) носовая б) пищеводная в) структурная г) ротоглоточная Правильный ответ:3 4. Назовите заболевание, встречающееся у мужчин, и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями: 1. Геморрагический васкулит

		2. Острый нефрит 3. Узелковый периартериит 4. Смешанная криоглобулинемия 5. СКВ Правильный ответ: 1 5. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром? 1. СКВ 2. Неспецифический аортоартериит 3. Фибромускулярная гиперплазия 4. Лекарственная болезнь 5.Узелковый периартериит Правильный ответ: 2
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.Вы планируете назначить больному с эрозивным эзофагитом степени В по Лос-Анджелесской классификации ингибитор протонной помпы пантопразол для инициальной терапии с последующим эндоскопическим контролем заживления эрозий. Какое назначение правильное? а) пантопразол 20 мг утром за полчаса до завтрака и 20 мг на ночь на 4 недели б) пантопразол 40 мг утром за полчаса до завтрака и 40 мг на ночь на 4 недели в) пантопразол 40 мг утром за полчаса до завтрака на 8 недель Правильный ответ: 3 2. Какое заболевание служит показанием для обязательного назначения эрадикации инфекции H.pylori? а) аутоиммунная тромбоцитопения б) серповидноклеточная анемия в) малая бета-талассемия г) эпителиальные клетки Правильный ответ: 1 3.Пациенту 71 года, с диагнозом «Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ОНМК (2016г.)», получающему антикоагулянты, для лечения остеоартрита тазобедренных суставов показаны: а) медленно действующие препараты, модифицирующие симптомы болезни б) нестероидные противовоспалительные препараты в) глюкокортикоиды внутрисуставно г) пероральные глюкокортикоиды Правильный ответ: 1

ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	1. Пациентам с ХОБЛ с выраженными симптомами в качестве стартовой терапии рекомендуется: а) Монотерапия β2-агонистом короткого действия б) Комбинированная терапия длительнодействующим β2-агонистом (ДДБА) и длительнодействующим антихолинергическим средством (ДДАХ) в) Рофлумиласт г) Монотерапия ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) Правильный ответ: 2 2. Бронхорасширяющим препаратом холинолитического пролонгированного действия является: а) ипратропия бромид б) монтелукаст в) апрофен г) тиотропиум бромид Правильный ответ: 4 3.Взрослым пациентам с бронхиальной астмой на 3-й ступени в качестве поддерживающей терапии рекомендуется: а) комбинация низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительнодействующих β2-агонистов б) низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов по потребности в) β2-агонисты короткого действия по потребности Правильный ответ: 1
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	1. Больному с подагрической нефропатией рекомендуется: 1. Обильное питье 2. Прием ощелачивающих средств 3. Диета с исключением пуринов 4. Все перечисленные мероприятия 5. Ни одно из названных мероприятий Правильный ответ: 4 2.Оптимальная диетотерапия пациента, получающего программный гемодиализ: 1.снижение потребления белка до 0,4 г/кг/сутки 2.увеличение потребления белка более 1 г/кг/сутки 3.снижение потребления поваренной соли до 5-6 г/сутки, белка до 0,8-1,0 г/кг/сутки 4.снижение потребления белка до 0,6 г/кг/сутки 5.увеличить содержание углеводов и жиров до 2/3, снизить содержание белка до 1/3 Правильный ответ: 3 3.При лечении острой почечной недостаточности необходима диета:

		1.фруктово-овощная 2.с исключением животных жиров 3.углеводно-жировая 4. повышенным содержанием белка Правильный ответ: 1
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	1. Для профилактики тромбоэмболии при фибрилляции предсердий у пациента с сохранной функцией почек ривароксабан назначается в дозировке (мг/сут): а) 5; б) 20; в) 30-60; г) 110-150. Правильный ответ:2 2.Больной 60 лет страдает алкогольным циррозом печени. По данным ЭГДС – варикозно расширенные вены II ст. Кроме того, у пациента тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких. Препараты каких групп можно назначить для профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода? а) ингибиторы АПФ б) неселективные β АБ в) нитраты пролонгированного действия г) петлевые диуретики д) пациент не нуждается в лечении Правильный ответ:3 3.Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза: 1.Обогащение диеты фосфором 2.Обогащение диеты кальцием 3.Применение фосфор-связывающих препаратов 4.Применение оксидевита, кальцитриола 5.Применение тиреокальцитонина Правильный ответ: 2,3,4
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно	1.Реабилитация - это: 1) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных; 2) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий; 3) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов. 4) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса Правильный ответ: 2 2. Реабилитация направлена: 1) на борьбу с факторами риска;

		2) на предупреждение возникновения заболеваний; 3) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности; 4) на возвращение к профессии; Правильный ответ :3 3. Назовите аспекты, на которых базируется реабилитация: 1) медицинский, социальный, психологический, профессиональный 2) физический, психический, социально-экономический; 3) профессиональный, социальный, психологический; 4) экономический, юридический, социальный Правильный ответ: 1 4. Перечислите общие правила проведения реабилитационных мероприятий: 1) раннее начало и непрерывность; индивидуальный подход; комплексный характер, проведение в коллевтиве 2) комплексность и непрерывность; 3) проведение в коллективе; 4) эффективность Правильный ответ: 1 5. Назовите этапы медицинской реабилитации: 1) превентивный; поликлинический; стационарный, санаторно-курортный, метаболический; 2) поликлинический, санаторно-курортный, метаболический 3) превентивный; поликлинический; стационарный метаболический 4) превентивный; поликлинический, санаторно-курортный, метаболический Правильный ответ: 1
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	1. Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является: а) оценка состояния здоровья пациента б) определение сроков и степени нетрудоспособности в) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз) г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения д) все вышеперечисленное Правильный ответ:5 2. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не формируется (не выдаётся): а) за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении б) в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы

		в) в период отпуска по беременности и родам г) в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет д) во всех перечисленных случаях Правильный ответ:5 3. На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности а) до 2 месяцев б) до 3 месяцев в) до 6 месяцев г) до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев д) до 4 месяцев Правильный ответ:4 4. При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на: а) весь период лечения б) весь период лечения и проезда в) период проезда Правильный ответ:2 5. Задачи экспертизы трудоспособности а) научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам б) правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан в) определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза г) все вышеперечисленное Правильный ответ:4 6. Временная утрата трудоспособности это: а) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность б) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер в) состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер Правильный ответ:2
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению	1.Факторы, влияющие на здоровье человека: а) образ жизни, социальные, природные б) медицинские услуги в) способ общественного производства Правильный ответ:1

	здорового образа жизни	2.Наибольшее значение для сохранения здоро¬вья человека имеет: а) генетика б) здравоохранение в) образ жизни г) экология Правильный ответ:3 3.Одна из причин, приводящих к алкоголизации: а) конфликт с окружением, одиночество б) дружная семья, дети в) резкая смена климата г) любима работа Правильный ответ:1 4.Цель пропаганды здорового образа жизни, кроме: а) сохранение и укрепление здоровья б) обеспечение высокого уровня трудоспособности в) достижение активного долголетия г) религиозно-культовые отправления Правильный ответ:4 5.Одна из мер пресечения курения: а) продажа табачных изделий детям б) реклама табачных изделий в) запрет курения в общественных местах Правильный ответ:3
ОПК-9.1	Применяет современные методы управления персоналом,контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками	1.Основными методами управления средним и младшим персоналом являются: 1. организационно-распорядительные 2. правовые 3. семейные 4. тоталитарные 5. финансово-медицинские Правильный ответ: 1,2 2.К должностным обязанностям медицинских сестер, контролируемым врачом, относят: 1.соблюдение пациентом режима лечения 2. внесение данных в медицинскую карту больного 3. соблюдение финансовых ограничений 4. телефонные звонки на рабочем месте 5. деятельность в обеденный перерыв Правильный ответ: 1,2 3.Медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию: а) разрешается по просьбе больного, б) допускается в исключительных случаях, в) запрещается законом Правильный ответ:3
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической	1 ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1) неполной обструкции дыхательных путей инородным телом 2)бронхоспазма

	смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	3)острой сердечной недостаточности 4)аллергического отека верхних дыхательных путей Правильный ответ:2 2. СТРИДОРОЗНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1)обструкции верхних дыхательных путей 2)бронхоспазма аллергического генеза 3)острой сердечной недостаточности 4)приступа бронхиальной астмы Правильный ответ:1 3.ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ 1)первичное снижение сердечного выброса 2)первичное снижение сосудистого тонуса 3)первичное уменьшение объема циркулирующей крови 4)снижение венозного притока крови к сердцу Правильный ответ:1 98. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут 2) иррадиация боли в левую руку 3) артериальная гипертензия 4) общая слабость Правильный ответ:1
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1.О ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ 1) видимое выбухание в эпигастрии 2) наличие экскурсии грудной клетки 3) парадоксальный пульс на сонных артериях 4) видимое набухание шейных вен Правильный ответ:2 2. О ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ 1) видимое набухание шейных вен 2) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки 3) перелом ребер 4) наличие пульса на лучевой артерии Правильный ответ:2 3. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯКОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий 2) восстановление сердечной деятельности 3) восстановление сознания 4) положительный симптом «кошачьего зрачка» Правильный ответ:2

		4. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) анальгин 2) трамал 3) нитропрепарат 4) валидол Правильный ответ:3 5. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОКАЗАН 1) эуфиллин 2) нифедипин 3) кеторолак 4) пропранолол Правильный ответ:2
ПК-1.3	Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	1. С какого срока одноплодной беременности выдается листок нетрудоспособности? а) с 26 недель б) с 30 недель в) с 32 недель г) с 29 недель Правильный ответ:2 2. С какого срока многоплодной беременности выдается листок нетрудоспособности? а) с 26 недель б) с 28 недель в) с 32 недель г) с 29 недель Правильный ответ:2 3. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1)увеличение массы тела на 1 кг в течение 2 недель 2)повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст. 3)появление боли в эпигастральной области 4)отечность нижних конечностей Правильный ответ:3 4.ДЛЯ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ (ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ) ХАРАКТЕРНО 1)появление регулярных схваток 2)появление потуг 3)прорезывание головки плода 4)рождение плаценты Правильный ответ:1 272. ПРИ ПОТУГАХ В ОТЛИЧИЕ ОТ СХВАТОК 1)уменьшается интенсивность боли 2)происходит изолированное сокращение гладкой мускулатуры матки

		3)присоединяется сокращение поперечно-полосатой мускулатуры тела 4)отсутствует напряжение мышц брюшного пресса Правильный ответ:3
ПК-1.4	Оказывает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях	1.Главной задачей паллиативной помощи является: А). Купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных, духовных проблем Б). Решение духовных проблем В). Решение психологических, социальных проблем Г). Решение финансовых проблем Д). Купирование боли и других симптомов Правильный ответ:1. 2.К сильным опиоидам для терапии хронического болевого синдрома относится: А). Морфин, фентанил, налоксон, оксикодон Б). Оксикодон, лидокаин, баралгин В). Кетопрофен, фентанил, Г). Новокаин, тримол, налоксон Д). Серталин, но-шпа, габапентин Правильный ответ:1
ПК-2.1	Проводит диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями	1.Инкубационный период при ветряной оспе составляет: 1) От нескольких часов до нескольких дней 2) 11 – 21 дней 3) Не более 7 дней 4) 7– 9 дней 5) Более 21 дня Правильный ответ:2 2. Сроки изоляции ребенка на дому при ангине составляют: 1) До 3 дней 2) Не менее 10 дней 3) Не менее 21 дня 4) Не менее 30 дней 5) Изоляции не требуется Правильный ответ:2
ПК-2.2	Организовывает и проводит профилактические мероприятия детям: медицинские осмотры, вакцинопрофилактику, диспансерное наблюдение, санитарно-противоэпидемические (профилактические) в очаге инфекции, в том числе, санитарно-просветительную работу, включая родителей или их законных	1.Вскармливание ребенка называется естественным, когда оно осуществляется посредством: 1) непосредственного прикладывания его к груди его биологической матери; 2) кормления сцеженным материнским молоком; 3) вскармливания кормилицей; 4) вскармливания термически обработанным материнским молоком; 5) вскармливания термически обработанным донорским молоком Правильный ответ:1 2. После родов молозиво у матери выделяется в течение:

	представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми	1) первых трех суток; 2) первых 7-8 дней; 3) 10-12 дней; 4) 15-16 дней; 5) первых трех недель Правильный ответ:1 3. Первое прикладывание ребенка к груди матери следует осуществлять после рождения в течение: 1) первых 30 минут; 2) первого часа; 3) первых 12 часов; 4) первых суток; 5) двух часов Правильный ответ:1

Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (вопросы для собеседования)

Код	***Формулировка компетенции***	***Формулировка задания***
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	1.Основные виды профессиональной деятельности врача общей практики. Медицинская документация врача общей практики. Проф. стандарт. 2. Место врача общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи. Приказы, регламентирующие работу ВОП. Квалификационная характеристика врача общей практики. Задачи первичного звена здравоохранения. 3.Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Источники финансирования медицинской помощи. 4.Роль клинических рекомендаций в решении профессиональных задач врача общей практики
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	1.Особенности проектно-ориентированного управления в здравоохранении 2. Содержание и этапы проектной деятельности. 3. Виды проектов. 4. Принципы и особенности проектов и программно-целевых программ. 5. Национальные проекты в здравоохранении.
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	1.Организационная деятельность Центра общей врачебной практики. 2.Примерный табель оснащения Центра (офиса) общей врачебной практики. 3.Вопросы этики и деонтологии в работе врача общей практики. 4. Врачебная комиссия и консилиум врачей.

		Организация работы. Права и обязанности.
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	1. Врачебная тайна. 2. Какие сведения составляют врачебную тайну. Предоставление сведений без согласия пациента. 3. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства. Информация о состоянии здоровья.
ОПК-1.1	Решает стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационно-коммуникационных технологий	1. Проведение телемедицинских консультаций в общей врачебной практике(семейной медицине): показания, методика, оформление мед. документации
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	1.Здравоохранение как система охраны здоровья населения. Роль государственной политики в области охраны здоровья населения. 2. Характеристика состояния здоровья населения на современном этапе и задачиздравоохранения. 3. Организация учета и сбора информации о состоянии здоровья населения и егоотдельных групп
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1.Система управления качеством медицинской помощи 2. Совершенствование работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни 3.Особенности обучения пациентов основам самосохранительнойдеятельности в условиях Центров медицинской профилактики, Школахздоровья лечебных учреждений. 4.Общение врача и пациента в процессе формированиясамоохранительного поведения.
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	1.Артериальная гипертензия: классификация, диагностические критерии и принципы лечения на основе клинических рекомендаций. 2. Диспансерное наблюдение лиц с АГ, прогноз, первичная и вторичная профилактика, тактика врача общей практики. 3. АГ у пожилых. Особенности клиники, целевые уровни. Ортостатическая проба. Правила измерения АД. Выбор терапии. 4. Гипертонические кризы: классификация, диагностические критерии, осложнения, принципы

		лечения, показания к госпитализации, прогноз, тактика врача общей практики. 5. Ишемическая болезнь сердца: классификация, диагностические критерии и принципы лечения на основе клинических рекомендаций.
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,	1.Пневмонии. Классификация. Внебольничная пневмония: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, тактика врача общей практики. Показания для госпитализации. 2. Бронхиальная астма: факторы риска, классификация, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Ступенчатая терапия, критерии контролируемого лечения с учетом клинических рекомендаций. Диспансерное наблюдение. 3. ХОБЛ. Клиника, диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Бронходилатирующая терапия. Диспансерное наблюдение. 4. ХОБЛ. Принципы фармакотерапии стабильной ХОБЛ. Принципы терапии при обострении ХОБЛ.
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	1Плевриты: этиопатогенетическая классификация, симптоматика, методы диагностики на догоспитальном этапе, дифференциальная диагностика, тактика врача общей практики. 2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиопатогенез, классификация, диагностические критерии, осложнения, принципы лечения, тактика врача общей практики. 3. Язва желудка и 12-ти перстной кишки: классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение. 4. Язва желудка и 12-ти перстной кишки. Лечение. Эррадикационная терапия, оценка эффективности лечения, методы контроля. 5. Жёлчнокаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика, осложнения, принципы лечения, тактика врача общей практики. Показания для оперативного лечения.
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	1. Лучевые методы диагностики в общей врачебной практике: УЗИ, особенности методики, возможности, показания. 2. Лабораторные и инструментальные исследования пациентов. 3. Медицинские показания к биопсии почки у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек с учетом возрастных особенностей

ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.Железодефицитная анемия, клинико-лабораторная характеристика. Лечение. Тактика врача общей практики. 2. В12-дефицитная анемия, клинико-лабораторная характеристика, лечение. Тактика врача общей практики. 3. Сахарный диабет: классификация, современные принципы диагностики и лечения сахарного диабета 2 типа, прогноз, тактика врача общей практики. 4. Заболевания щитовидной железы: классификация, диагностика, лечение, тактика врача общей практики. 5. Ожирение и метаболический синдром: критерии диагностики, профилактика, тактика врача общей практики. 6.Острая респираторная вирусная инфекция: этиология, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, осложнения, вакцинопрофилактика. 7. Грипп: клиника, диагностика, лечение, профилактика. 8. Лихорадка: определение понятия, причины, виды, дифференциальная диагностика. Принципы организации диагностического поиска у длительно лихорадящих пациентов.
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1.ВИЧ-инфекция: современная эпидемиологическая характеристика, классификация, симптоматика, лечение, методы профилактики. 2. Синдром диареи при инфекционных заболеваниях (дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, ботулизм). Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей. 3. Наиболее значимые особо опасные инфекции (сибирская язва, чума, туляремия, холера). Эндемичные районы нашего региона. Лабораторная диагностика, экспресс диагностика принципы лечения, профилактики. Порядок действия при подозрении на особо опасную инфекцию. 4. Крымская геморрагическая лихорадка: клиника, диагностика, принципы лечения, тактика врача общей практики при подозрении КГЛ. Лечебно-эвакуационные и карантинные мероприятия. 5. Грибковые заболевания кожи и ногтей: клинические проявления, диагностика, тактика врача общей практики.
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в	1. Антитромбоцитарная терапия. Показания при различных клинических ситуациях. Выбор препаратов. Двойная длительная

	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	антитромбоцитарная терапия. 2. Дислипидемии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения: немедикаментозная и медикаментозная терапия. Критерии эффективности терапии. 3. Аритмии: классификация, клинические рекомендации, диагностические критерии, тактика врача общей практики, прогноз. 4. Кардиомиопатии: классификация, диагностические критерии, тактика врача общей практики, профилактика осложнений, показания для хирургического лечения, прогноз.
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	1. Диета пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 2. Методы немедикаментозного лечения бронхо-легочных заболеваний; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: диагностические критерии, принципы лечения, тактика врача общей практики, прогноз, реабилитация. Диспансеризация, прогноз, первичная и вторичная профилактика, тактика врача общей практики при острых и хронических формах. 2. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: диагностические критерии, принципы лечения, тактика врача общей практики, прогноз. 3. Стенокардия напряжения: классификация, клинические рекомендации, диагностические критерии. Методы функциональной диагностики, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз. 4. Нестабильная стенокардия. Виды, диагностические критерии. Принципы лечения, тактика врача общей практики.
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно	1. Медицинская реабилитация в общей врачебной практике: состав реабилитационной бригады, цели, задачи реабилитации, методы оценки эффективности
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на	1. Врачебная комиссия и консилиум врачей. Организация работы. Права и обязанности. 2. Виды медицинских экспертиз. Понятие о

	установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	стойкой утрате трудоспособности. Правила направления больного на МСЭ. 3. Порядок выдачи листков нетрудоспособности при различных заболеваниях. Правила оформления листка нетрудоспособности.
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	1. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни в санитарно-гигиеническом просвещении населения РФ. Школы здоровья. 2. Диспансеризация и проф. осмотр населения как основа медицинской профилактики. Группы здоровья. Комплексная оценка состояния здоровья. 3. Профосмотры и диспансерное наблюдение за пожилыми гражданами.
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	1. Экспертиза качества медицинской помощи, виды экспертизы качества. 2. Контроль качества и безопасности медицинской помощи. Виды контроля. 3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Источники финансирования медицинской помощи.
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	1. Основные виды профессиональной деятельности врача общей практики. Медицинская документация врача общей практики (семейного врача) 2. Место врача общей практики в системе первичной медико-санитарнойпомощи. Приказы, регламентирующие работу ВОП. Квалификационная характеристика врача общей практики. Задачи первичного звена здравоохранения. 3. Вопросы этики и деонтологии в работе врача общей практики.
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	1.Шок: анафилактический, экзотоксический, травматический, геморрагический, кардиогенный. Клинические проявления, диагностика, неотложная помощь, тактика врача общей практики. 2. Комы: алгоритм дифференциальной диагностики, неотложная помощь, тактика врача общей практики. 3. Первичная обработка ран. 4. Кровотечения, виды, первая и неотложная медицинская помощь. 5. Ожоги: первая и неотложная медицинская помощь. 6. Отморожения: первая и неотложная медицинская помощь. 7. Переломы: первая и неотложная медицинская

		помощь. Профилактика переломов.
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1.Терминальные состояния. Клиническая, биологическая смерть. Сердечно-легочная реанимация: техника выполнения непрямого массажа сердца, искусственного дыхания, критерии эффективности. 2. Острый коронарный синдром, отёк легких: неотложная помощь. 3.Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы: неотложная помощь. 4. Отек легких. Причины. Диагностика. Неотложная помощь. 5. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс. Неотложная помощь. 6. Вопросы диагностики и тактика врача общей практики при «остром животе». 7. Пищевые отравления: клиника, диагностика. Врачебная помощь.
ПК-1.3	Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	1.Порядок осмотра и диагностические критерии при обследовании пациенток с новообразованиями молочных желез. Обследование пациенток с новообразованиями органов малого таза. Скрининг рака шейки матки. 2. Планирование семьи. Роль врача общей практики в планировании семьи. Профилактика незапланированной беременности. 3. Физиология беременности, протокол наблюдения за течением нормальной беременности. Наблюдение беременных с анемией, с инфекцией мочевыводящих путей. Дифференциальная диагностика гипертензивных расстройств во время беременности.
ПК-1.4	Оказывает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях	1.Порядок оказания паллиативной помощи в РФ. 2.Нутритивная поддержка паллиативных пациентов: показания, методы проведения. 3.Дисфагия: диагностика, нутритивная поддержка пациентов. 4.Показания к госпитализации в отделения паллиативной помощи 5.Порядок оказания паллиативной помощи 6.Назовите основные группы адъювантов 7.В чем заключается метод трехступенчатой схемы обезболивания ВОЗ
ПК-2.1	Проводит диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний,	1. Порядки оказания медицинской помощи детскому населению, клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи детям 2. Диагностика и дифференциальная диагностика основных симптомов, синдромов инфекционных

	возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями	заболеваний у детей 3. Бронхиты у детей: причины возникновения, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, тактика врача общей практики 4. Бронхиальная астма у детей: факторы риска, причины возникновения, симптомы, диагностика, лечение. Купирование приступа бронхиальной астмы у детей 5. Пневмония у детей: причины возникновения, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, тактика врача общей практики 6. Организация и оказание медицинской помощи детям разного возраста в экстренной и неотложной форме 7. Респираторные вирусные инфекции: грипп, парагрипп. Этиология. Патогенез. Особенности клинической картины. Принципы лечения. Профилактика. тактика врача общей практики. 8. Респираторные вирусные инфекции: аденовирусная и респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. тактика врача общей практики. 9. Энтеровирусные инфекции у детей. Клинические особенности. Дифференциальная диагностика с другими вирусными инфекциями. Лечение. Профилактика. 10. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, тактика врача общей практики. 11. Ветряная оспа: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Профилактика, тактика врача общей практики.
ПК-2.2	Организовывает и проводит профилактические мероприятия детям: медицинские осмотры, вакцинопрофилактику, диспансерное наблюдение, санитарно-противоэпидемические (профилактические) в очаге инфекции, в том числе, санитарно-просветительную работу, включая родителей или их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми	1. Правила грудного вскармливания и его польза для сохранения здоровья матери и ребенка 2. Состав грудного молока 3. Виды и состав смесей - заменителей грудного молока 4. Сроки и порядок введения прикорма в зависимости от возраста и состояния ребенка 5. Основные принципы рационального сбалансированного питания детей различных возрастных групп 6. Перечень врачей-специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров, лабораторных и инструментальных обследований, профилактических прививок при проведении профилактических медицинских осмотров в зависимости от возраста ребенка и состояния его

		здоровья 7. Вакцинация детей и подростков: организация проведения, показания и противопоказания. Национальный календарь профилактических прививок.

Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (индивидуальных заданий (ситуационных задач)

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной А., 18 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные. **Вопросы:** 1. Укажите основной синдром в клинической картине. 2. Сформулируйте предположительный диагноз. 3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь? 4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания? **ОТВЕТ** 1. Геморрагический синдром.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		2. Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом. 3. Другие заболевания, проявляющиеся геморрагическим синдромом: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, болезнь Виллебранда. Другие системные васкулиты. Острый перитонит. 4. Определение С-реактивного белка, концентрации IgA, циркулирующих иммунных комплексов, исследование активности комплемента. Коагулограмма. Для исключения других причин острого живота необходима консультация врача-хирурга, УЗИ органов брюшной полости. 5. Глюкокортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, гепаринотерапия, пентоксифиллин. Плазмаферез. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мужчина 37 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109/л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменѐн. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента. **ОТВЕТ** 1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIа стадии, альбуминурия 2 ст. (А2, высокая). 2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIа стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии А2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г). 3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза. 4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензинуII – Ирбесартан. 5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,6°С в течение последних суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100-110 в минуту, АД110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. В анализах крови: эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 11,6 г%, Hct - 46%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 18,6 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты -2%), СОЭ - 46 мм/ч, СРБ - +++. В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Грамму обнаружены грамположительные диплококки. В анализах мочи: удельный вес -1018, следы белка, лейкоциты -4-6-8 в поле зрения. <u>Вопросы</u> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Назначьте лечение и обоснуйте его. **ОТВЕТ** 1.На этапе диагностического поиска анализ жалоб позволяет заподозрить острое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей. Данные анамнеза предполагают наличие у пациента не диагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (69 лет), может быть фактором риска развития пневмонии. В конкретном случае провоцирующим фактором является переохлаждение. 2.Спектр жалоб и данных непосредственного исследования предполагает наличие у пациента двух синдромов - бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у больного пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Лихорадка, крепитация, изменение дыхательных шумов, тахикардия при

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить внебольничную пневмонию (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%). 3. Результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого). Снижение парциального напряжения кислорода в капиллярной крови свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности (I типа). 4.Клинический диагноз: «Внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелого течения». 5.С учетом клинической картины показана госпитализация. В плане дополнительных исследований необходимо предусмотреть проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отказаться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момента нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной. **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациентка К., 33 года, учительница начальной школы. Жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,1-37,2°С, слабость, потливость. Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в минуту. ЧСС - 70 в минуту. АД -110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эритроциты - 3,8 млн, гемоглобин -130 г/л, лейкоциты - 8,8 тыс. (п/я - 3%, с/я - 43%), лимфоциты -45%, моноциты - 7%, эозинофилы - 2%. В анализе мокроты: лейкоциты - 20-30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны. ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 82%, МОС 25 - 94%, МОС 50 -82%, МОС 75 -86%. <u>Вопросы</u> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 3. Назначьте лечение. **ОТВЕТ** 1. Возможно выделить основной клинический синдром - бронхитический (кашель с отделением небольшого количества светлой мокроты). Вместе с тем можно выделить и общевоспалительный синдром (субфебрильная лихорадка, слабость, потливость), возникший у пациентки после перенесенной ОРВИ. Из анамнеза известно, что заболевание носит хронический характер, имеет ежегодные обострения. К факторам риска развития болезни необходимо отнести профессиональную деятельность больной - работа в детском коллективе, частые ОРВИ. Имеющийся длительный «кашлевой» анамнез (более двух лет), ежегодные обострения болезни делают наиболее вероятным наличие у пациентки хронического бронхолегочного заболевания, в частности хронического бронхита, однако исключить другие заболевания, имеющие схожую клиническую симптоматику (пневмония, бронхоэктатическая болезнь, туберкулез органов дыхания и т.д.), позволит лишь последующее обследование. На 2-м этапе диагностического поиска выявляются скудные патологические изменения: жесткое дыхание и разнокалиберные влажные хрипы, исчезающие при откашливании, свидетельствуют о воспалительном процессе в бронхах, сопровождающемся гиперсекрецией мокроты. Данная аускультативная симптоматика также может

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		встречаться при различных заболеваниях бронхолегочной системы. В связи с этим для того, чтобы поставить окончательный диагноз, необходимо провести дополнительное лабораторно-инструментальное обследование. 3-й этап диагностического поиска выявляет местную воспалительную реакцию бронхов - повышено содержание лейкоцитов в мокроте до 20-30 в поле зрения (катаральное воспаление), другие патологические изменения не обнаружены. При рентгенографии легких, а также при исследовании ФВД изменения, характерные для других заболеваний дыхательной системы, не выявлены. Таким образом, имеются следующие диагностические критерии. а. «Кашлевой» анамнез более двух лет по трех месяцев подряд. кашель с отделением небольшого количества мокроты. б. Отсутствие других заболеваний дыхательной системы, имеющих сходную клиническую симптоматику. в. Воспалительные изменения в бронхах - по данным исследования мокроты. 2.. Эти диагностические критерии позволили поставить окончательный клинический диагноз: «Хронический катаральный бронхит в фазе обострения» 3.На основании поставленного диагноза пациентке целесообразно назначение противовоспалительной терапиифинсперидом в суточной дозе 160 мг. Назначение антибактериальных препаратов у данной больной в настоящее время не оправдано. Необходимо включить в лекарственную терапию муколитики (амброксол. ацетилцистеин). Показаны: физиотерапевтическое лечение, дыхательная гимнастика. В плане профилактики обострений необходимы проведение закаливающих процедур и вакцинация против гриппа до периода эпидемии. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенѐс инсульт. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост 172 см, вес 86 кг. Объѐм талии 105 см, объём бёдер 92 см. Отёков нет. Аускультативно: дыхание над лѐгкими везикулярное, хрипов

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рѐберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – 4,9×1012/л; лейкоциты 7,0×109/л; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/ сут ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. **ОТВЕТ** 1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурекимия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия 1А стадия. 2. Диагноз «артериальной гипертонии (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные болт в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек- МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		«метаболического синдрома» установлен на основании наличия избыточной массы тела, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак, гиперурекозурия. 3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. 4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на нефропротективных свойствах ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II. нейтральных метаболических эффектах этих групп препаратов; предпочтительно назначить Лозартан - обладает урикозурическим эффектом. 5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больного В., 38 лет беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр артериального давления до 200/110 мм рт. ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчѐсов. Отѐков нет. В лѐгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Артериальной давление - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - 6,2×109/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ - 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты - 3-5 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови - 1160 мкмоль/л. Калий крови - 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0×3,5 см, левая – 8,2×3,8 см, корковый слой почек подчеркнут и истончѐн.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Вопросы: 1. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? **ОТВЕТ** 1. Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия. 2. Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевина, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева. 3. Хронический гемодиализ. Трансплантация почки. 4. Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертензия. Синдром Кона. 5. Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов. **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной Н., 67 лет, пенсионер, вызвал врача на дом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5° С последние 5 дней. В течение года дважды был госпитализирован в урологическое отделение по поводу аденомы простаты, выведена цистостома. В анамнезе хронический пиелонефрит, сахарный диабет. Вредные привычки: курение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабоположительный справа. Отеки голеней. В анализах мочи: протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, умеренная эритроцитурия, глюкозурия. В крови

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		— нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипохромная анемия, гипергликемия. **Вопросы:** 1. Поставить диагноз на основании клинических данных? 2. План обследования больного при данной патологии. 3. Выбор ведения пациента — в амбулаторных условиях или госпитализация? 4. Лечение данной патологии. 5. Экспертиза трудоспособности. Диспансеризация. Профилактика. **ОТВЕТ** 1. Доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы, эпицистостома. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, обострение. ХПН-0. Сахарный диабет 2 типа. ГБ III ст., 2 ст, риск 4, ХСН- II А, ФК 2 (по NYHA). 2. ОАК, ОАМ, моча по Нечипоренко, УЗИ почек, экскреторная урография, уровни креатинина и мочевины плазмы, консультации уролога и эндокринолога. 3. Госпитализация. 4. Диетотерапия, рациональное потребление жидкости, антибактериальная терапия, препараты, улучшающие почечный кровоток, гипотензивная терапия, витаминотерапия, компенсация СД. 5. Временная нетрудоспособность от 15-20 дней до 50-65 дней в зависимости от тяжести заболевания. Диспансерное наблюдение у терапевта 4 раза в год. Лабораторные, инструментальные обследования и консультации специалистов согласно стандарта ведения заболевания. Наблюдение нефрологом 1-2 раза в год. Ликвидация очагов инфекции; устранение причин, приводящих к нарушению оттока мочи.
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациент В.,32 года, обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле. Заболел остро семь дней назад, когда температура тела внезапно повысилась до 39,0°С, появились головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие (аспирин, парацетамол), без существенного эффекта. На третий день заболевания появились насморк, небольшие боли при глотании. Через пять дней болезни температура

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		снизилась до 38,5°С, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле. При осмотре состояние средней тяжести. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого выслушивается интенсивный скребущий шум на вдохе и выдохе. АД -110/70 мм рт. ст. ЧСС - 120 в минуту, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: лейкоциты -13,5 х 10^9/л (п/я -1%, с/я -28%), лимфоциты - 53%, СОЭ - 28 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки свежие очаговые и инфильтративные изменения не выявлены. <u>Вопросы</u> 1. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 3. Назначьте лечение и обоснуйте его. **ОТВЕТ** 1. У больного выявляются общевоспалительный синдром (лихорадка, признаки интоксикации), а также признаки поражения органов дыхания (кашель, боли в грудной клетке, связанные с кашлем и дыханием). Острый дебют болезни с высокой лихорадки, интоксикации, сезонность заболевания, плохой эффект жаропонижающих средств характерны для гриппа. Болевой синдром, четко связанный с дыханием, вероятнее всего, свидетельствует о развитии сухого плеврита. Также выявляется кардинальный аускультативный признак сухого плеврита - шум трения плевры. Отставание половины грудной клетки при дыхании может быть связано с тем, что пациент из-за болей «щадит» пораженную сторону. Выявляются острофазовые показатели - лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Относительный и абсолютньш лимфоцитоз в гемограмме повьппает вероятность вирусной инфекции как причины заболевания. Отсутствие свежих очаговых и инфильтративных изменений, а также экссудата в плевральных полостях при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки делают маловероятным наличие других легочных заболеваний и позволяют расценить состояние как сухой плеврит вирусной этиологии. 2.Таким образом, клинический диагноз можно сформулировать так: «Острый правосторонний сухой плеврит вирусной этиологии».

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		3.Так как плеврит имеет вирусную этиологию, больной не нуждается в антибиотикотерапии. Следует назначить нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, ибупрофен), а также противокашлевые средства (кодтерпин, терпинкод, синекод) для уменьшения сухого непродуктивного кашля. **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной П.,49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины 28,5%. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Назовите синдромы поражения внутренних органов. 3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы. 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 5. Какие группы препаратов следует назначить больному? **ОТВЕТ** 1. Диагноз: Цирроз печени алкогольной этиологии, неактивная фаза, стадия декомпенсации, резко выраженная портальная гипертензия. Асцит. Паренхиматозная желтуха. Носовые кровотечения. Подкожные гематомы.Спленомегалия. Печеночная энцефалопатия. 2. Синдромы: желтушный, портальной гипертензии, печеночной энцефалопатии, отечно-асцитический, гепатолиенальный, кровотечения. 3. Обоснование синдромов: слабость, сонливость, похудание, увеличение живота в объеме, носовые и десневые кровотечения, желтуха, кожный зуд, печеночные знаки,

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		гематоспленомегалия, снижение уровня белка, диспротеинемия. 4. План обследования: клинические анализы крови и мочи, БАК (общий билирубин и по фракциям, трансаминазы, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина, липидный спектр, мочевая кислота), СРБ, коагулограмма, сывороточное железо, трансферрин, общий глобулин и по фракциям, кальций, фосфор, калий, натрий, хлориды, концентрация водородных ионов (pH) крови, осморярность крови, амилаза, циркулирующие иммунные комплексы, гликированный гемоглобин, α-фетопротеин, УЗИ, КТ (МРТ) органов брюшной полости, ФГДС, эластография печени с фибросканированием, ЭКГ, ЭхоКГ, Р-графия легких, сцинтиграфия и биопсия печени. Гастроэнтеролог. 5. Госпитализация. Диета, богатая витаминами, с ограничением соли, диуретические препараты (фуросемид, спиронолактон), АБТ (цефалоспорины III поколения – цефотаксим), рифаксимин, метронидазол, неомицин), гепатопротекторы (адеметионин, эссенциале, урсодезоксихолевая кислота), гемостатические средства (викасол, этамзилат). Средства, снижающие давление в портальной вене (БАБ, изосорбида мононитрат). Лечение печеночной энцефалопатии (орнитина аспартат, лактулоза).
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациент М., 53 года, предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках или без четкой связи с нагрузками, иррадиирующие в левую руку, длящиеся от нескольких до 20-25 минут, постепенно купирующиеся в покое, на головокружения, эпизоды потери сознания после приема двух таблеток нитроглицерина под язык, одышку при подъеме по лестнице на два этажа, перебои в работе сердца, эпизоды повышения температуры тела до 37,2-37,3°С. В анамнезе - тонзиллэктомия в 17 лет. Длительное время физические нагрузки переносил хорошо. В течение последних трех лет беспокоят приступы загрудинных болей, преимущественно при нагрузках, частота и интенсивность которых постепенно нарастают. Для купирования приступов принимал нитраты, с хорошим эффектом, однако в течение последнего полугода несколько раз отмечал эпизоды кратковременной потери сознания сразу после приема нитроглицерина, в связи с чем от дальнейшего использования нитратов отказался. Регулярно принимал тромбо-АСС,

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		эпизодически (при возникновении перебоев в работе сердца) - анаприлин. Два года назад отмечался длительный (около месяца) период субфебрилитета, к врачу не обращался. В течение последних месяцев отметил нарастание одышки, которая ранее возникала лишь при значительных нагрузках. Амбулаторно было рекомендовано проведение коронароангиографии. В клинику госпитализирован для обследования. При осмотре состояние средней тяжести. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Первый тон на верхушке ослаблен, выслушивается негрубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Во II межреберье справа от грудины второй тон резко ослаблен, выслушивается грубый шум, который начинается вскоре после первого тона и хорошо проводится на сонные артерии, а также мягкий шум после второго тона с эпицентром в точке Боткина. Над почечными артериями шумов нет, пульсация на тыльных артериях стоп сохранена, симметрична. ЧСС - 71 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 120/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 14,7 г%, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 5,6 тыс., нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, тромбоциты - 212 тыс., СОЭ - 24 мм/ч, общий белок - 7,1 г%, альбумин - 3,9 г%, СРБ++, триглицерид - 138 мг/дл, общий холестерин - 234 мг/дл, ЛНП - 112 мг/дл, глюкоза - 102 мг%, креатинин - 1,2 мг%, общий билирубин - 1,1 мг%, RW отрицательная. На рентгенограммах органов грудной клетки увеличены третья и четвертая дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. <u>Вопросы</u> 1. Проведите диагностический поиск. 2. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие)? **ОТВЕТ** 1. На 1-м этапе диагностического поиска жалобы на давящие боли за грудиной у мужчины 53 лет, возникающие при физической нагрузке, и отмечавшийся ранее эффект от приема нитроглицерина прежде всего заставляют подозревать стенокардию. Несмотря на то, что. коронарная недостаточность и связанная с ней стенокардия могут возникать при целом ряде заболеваний, наиболее частой ее причиной является ишемическая болезнь сердца. Рассматривая заболевание с этой точки зрения, жалобы

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		пациента на одышку могут быть объяснены недостаточностью кровообращения вследствие ишемической кардиомиопатии (атеросклеротического кардиосклероза) либо перенесенного на ногах инфаркта миокарда. Таков же может быть и генез нарушений ритма, по характеру описания наиболее соответствующих экстрасистолии. Необъясненным остается факт, почему прием ранее удовлетворительно переносившегося нитроглицерина с течением времени стал сопровождаться обморочными состояниями (вероятно, вследствие гипотонии). Анамнез заболевания, на первый взгляд, вполне соответствует выдвинутой диагностической концепции: постепенное нарастание болей в области сердца может свидетельствовать о прогрессировании стенокардии. Однако остаются непонятными эпизоды длительного субфебрилитета. Пересмотреть диагноз придется после 2-го этапа диагностического поиска - объективного обследования пациента. При аускультации сердца выявлены прямые признаки аортального стеноза (систолический шум над аортой, проводящийся на сонные артерии, в сочетании с ослаблением второго тона над аортой и первого тона на верхушке сердца), одним из клинических признаков которого также может быть стенокардия, возникающая вследствие относительной коронарной недостаточности на фоне гипертрофии левого желудочка. В этой связи обморок, развившийся после приема нитроглицерина, логично объяснить прогрессированием стеноза устья аорты с возникновением симптомов, связанных с низким сердечным выбросом. К их числу можно отнести и эпизоды головокружения. Систолический шум на верхушке сердца может свидетельствовать как о недостаточности митрального клапана вследствие сочетанного митрального порока, так и об относительной его недостаточности вследствие дилатации левого желудочка. У пациента выявлены перкуторные (расширение левой границы сердца), электрокардиографические (признак Соколова-Лайона RV5+SV2 = 59 мм в сочетании с негативными зубцами Т и депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях) и рентгенологические (увеличение четвертой дуги левого контура сердца) признаки гипертрофии или расширения левого желудочка. О дилатации левого предсердия (косвенный признак митральной недостаточности) свидетельствуют отклонение контрастированного пищевода, увеличение третьей дуги левого контура сердца. Кроме того, имеется прямой признак недостаточности клапана аорты - диастолический шум в точке Боткина-Эрба. 2.Атеросклеротическая природа порока в данном случае представляется менее вероятной. Возникновение аортального

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		стеноза, приведшего к столь явным клиническим проявлениям уже к 53 годам, необходимо отнести на достаточно молодой возраст пациента. Однако гиперлипидемия у него не выявлена, отсутствуют симптомы внесердечной локализации атеросклеротических стенозов (сохранена пульсация на артериях нижних конечностей, не выявлены шумы на почечных сосудах). Вполне вероятно, что у пациента имеются ревматические пороки сердца, сочетающиеся с ишемической болезнью сердца, но окончательно верифицировать или отвергнуть эти предположения можно лишь на 3-м этапе диагностического поиска. Таким образом, дополнительные методы исследования должны служить следующему: А. верификация пороков сердца (эхокардиография позволит уточнить размеры камер сердца, определить фракцию выброса левого желудочка, степень стеноза устья аорты и выраженность митральной и аортальной регургитации); Б. уточнение их этиологии [анализ крови на антистрептококковые антитела (учитывая увеличение СОЭ, СРВ ++), посев крови, **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Женщина 62 лет обратилась к врачу обще практики с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц. Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъѐмы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия. Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Вредных привычек нет. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м2, окружность талии - 102 см, распределение жира неравномерное, в основном на животе и в верхней половине туловища. Стрий нет. Кожа сухая, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчетливая. АД - 165/95 мм рт. ст. В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1C - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки. **Вопросы:** 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Критерии основного диагноза. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 5. Лечебная тактика, выбор препаратов. **ОТВЕТ** 1. Сахарный диабет тип 2. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Диабетическая полинейропатия, дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии, альбуминурия А2 стадия. 2. Сахарный диабет диагностируется на основании анамнестических данных (слабость, сухость в рту, жажда у женщины пожилого возраста с абдоминальным ожирением и отягощѐнной наследственностью) и согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов 2015 года при повышении уровня гликемии утром натощак до и более чем 7,0 ммоль/л, а также гликированного гемоглобина до или более чем 6,5%. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД; данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных вовремя приѐма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета с осложнениями, ХБП. Ожирение соответствует 2 стадии по классификации ВОЗ (ИМТ 32). Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2 стадии, альбуминурия А2 стадия» определѐн по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ. 3. Диабетическая полинейропатия - особенности жалоб, для уточнения диагноза требуется осмотр невролога. Диабетическая дермопатия.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии (снижение скорости клубочковой фильтрации до 71%), альбуминурия А2 стадия - 120 мг/сутки. 4. Пациентке рекомендовано: дневные колебания глюкозы крови; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. 5. Лечение: диета 1300-1500 ккал/сутки, Сиофор - 850 мг 3 раза в день, увеличение физической активности. Лечение полинейропатии: альфа-липоевая кислота, витамины группы В. Антигипертензивные препараты первой линии - ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II с ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) преимущество отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Моэксиприл, Эпросартан, Телмисартан). **Ситуационная задача 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат). Объективно: общее состояние средней тяжести. Лёгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинен. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД -

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких. Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного. 3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного. 4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом? 5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему. 5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению. **ОТВЕТ** 1.ХОБЛ. С высоким индексом симптомов. С высоким риском обострений. III степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости. Эмфизематозный тип. Обострение тяжелое. ДН II. ИБС. ПИКС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II. Желудочковая экстрасистолия. СН IIA. ФКII. 2. Обоснование: жалобы (на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение), анамнез (курит 30 лет по пачке в день, одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год, в течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет), объективно (грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком, при аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинен. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту), спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких. Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%. Индекс курильщика – более 200 - «злостный курильщик». 3. План обследования: ОАК, ОАМ, БАК общетерапевтический, СРБ, ЭКГ, ЭхоКГ, анализ мокроты

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		общий, на ВК, атипичные клетки, посев мокроты, пульсоксиметрия, ФВД, пикфлуометрия, Р- и КТ- органов грудной клетки, бронхоскопия, пульмонолог. 4. Госпитализация в стационар. Комбинация ДДБА/ИГКС, возможно назначение ФДЭ-4, карбоцистеин, теофиллины, АБТ (таваник, авелокс). В базисной терапии ИБС следует отказаться от назначения БАБ (бронхоспазм).
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентовс инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная К. 64 лет доставлена в клинику без сознания. По словам родственников, в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии, периодически тошноту и дискомфорт в эпигастральной области после приёма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неё была обнаружена анемия. В результате лечения состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована. При осмотре: состояние очень тяжёлое, больная без сознания, температура 36°С, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отёков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс - 120 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезёнка. Анализ крови: эритроциты – 1×1012/л, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - 18×109/л, лейкоциты - 4×109/л, базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч. Сахар в крови и креатинин в пределах нормы. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Критерии основного диагноза.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Дополнительные методы обследования. 5. Лечебная тактика, выбор препаратов. **ОТВЕТ** 1.В12 – дефицитная анемия (Болезнь Аддисона-Бирмера) тяжёлой степени. Осложнения. Анемическая кома. Фуникулярный миелоз. Циркуляторно-гипоксический синдром. 2.Критериями В12-дефицитной анемии являются: Снижение содержания эритроцитов (менее $3{,}0 \cdot 10^{12}$/л); Повышение цветового показателя (более 1,1); Макроцитоз; Появление мегалоцитов; Полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кэбота; Проявления фуникулярного миелоза: боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выявить этиологическую причину В12 дефицитного состояния 3.Анемическая кома, фуникулярный миелоз, циркуляторно-гипоксический синдром. 4.Определение содержания витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови, содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стернальная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия (исключить дивертикулёз толстого кишечника), исследование титра антител к гастромукопротеину, кал на яйца глист (исключить глистную инвазию), копрологическое исследование (исключить малабсорбцию). 5.Гемотрансфузии эритроцитарной массы по 250-300 мл (5-6 трансфузий), , цианкобаламин по 1000 мкг внутримышечно в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В12. В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно). **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37°С, вечерами до 38,5°С), одышку при движении, кашель с небольшим

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4-х раз в день. Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулёзом не болел. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии. Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лёгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8\times10^{12}$/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $11,2\times10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество. Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лёгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. 5. Определите тактику ведения пациента. **ОТВЕТ**

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. 2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител. 3. 1. Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК. 2. Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому. 3. Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без чѐткой связи с недавно перенесённой стрептококковой инфекцией. 4. Поиск очагов инфекции. 4. Режим – постельный при выраженных отёках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объём жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). При выраженном отёчном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстропрогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев. 5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		сохраняться более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамические наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов. **Ситуационная задача 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной А. 64 лет, работающий пенсионер (ведущий инженер шахты), жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трёх месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Работа связана с суточными дежурствами. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранён. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс 70 уд в минуту, высокий, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии. При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты 5,2×1012/л, лейкоциты 7,6×109/л, эозинофилы

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		2%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, общий билирубин 16,4 (прямой 3,1; свободный 13,3) ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, сахар 4,5 ммоль/л. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии. **Вопросы:** 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор. **ОТВЕТ** 1. Язвенная болезнь с локализацией язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, впервые выявленная, ассоциированная с H.pylori, рубцово-язвенная деформация задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Диффузный поверхностный гастродуоденит, активность IIстепени. 2. Диагноз выставлен на основании: • Болевого синдрома: периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи. • Диспепсического синдрома: изжога, кислая отрыжка, двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. • Данных анамнеза заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. • Наличия у пациента факторов риска развития ЯБ: отягощённая наследственность (отец оперирован по поводу желудочного кровотечения), курение, ненормированный график работы. • Данных ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послеязвенный рубец звёздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. 3.Исследование секреторной функции желудка - при язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического канала обычно отмечаются повышенные показатели секреции HCl, при язвах тела и субкардиального отдела желудка – нормальные или сниженные. • Анализ кала на скрытую кровь 4. Ингибиторы протонной помпы - являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки. 5. Дальнейшая тактика: эрадикационная терапия H.pylori.Проведение эрадикации инфекции H.pylori у больных ЯБ приводит к снижению частоты последующих рецидивов ЯБ.
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мужчина Ф. 34 лет, грузчик. При госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6°С, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
	стандартов медицинской помощи	нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,9×109/л; эритроциты - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. 5. Определите тактику ведения пациента. **ОТВЕТ** 1.Правосторонний экссудативный плеврит 2.Данные анамнеза, результаты физикального, рентгенологического, лабораторного исследования 3.Выполнить УЗИ правой плевральной полости, КТ органов грудной полости. При подтверждении выпота в правой плевральной полости произвести плевральную пункцию, полученную плевральную жидкость направить в лабораторию для исследования и решения вопроса – полученная жидкость транссудат или экссудат. Если экссудат определяется этиология заболевания. Если полученные результаты исследования не позволяют решить поставленный вопрос, необходима ВТС правой плевральной полости с биопсией плевры для морфологического подтверждения диагноза. Исследование промывных вод бронхов, если мокроту не отделяет, методом ПЦР, посев ВАСТЕК, на твердую питательную среду на МБТ. 4. Туберкулез органов дыхания, онкопатология. 5. Тактика ведения пациента определяется установленной

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		этиологией заболевания – консультация фтизиатра, онколога. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Обоснуйте причину гипогликемических состояний. 4. Обоснуйте необходимость определения гликированного гемоглобина (HbA1c). 5. Дайте рекомендации пациенту для избежание гипогликемических состояний. 4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор. 5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи. **ОТВЕТ** 1. Сахарный диабет 1 типа. Целевой уровень HbA1c< 6.5%.Легкие гипогликемические состояния. 2. Гликемия во время приступов голода, сопровождающихся дрожью в теле, головной болью, агрессивностью поведения, 2,8-3,5 ммоль/л, пациентка купировала данные состояния самостоятельно. 3. Нарушение режима питания: пациентка продолжала делать инъекции инсулина, но пропускала приемы пищи. 4. Гликированный гемоглобин отражает степень компенсации углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом, его следует определять каждые 3 месяца. 5. Для избежания гипогликемических состояний следует: • Делать инъекции инсулина короткого/ультракороткого действия за 30/15 минут до приема пищи. • Не пропускать приемы пищи после сделанной инъекции инсулина короткого/ультракороткого действия. • Не вводить инсулин короткого/ультракороткого действия, если прием пищи не запланирован.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		• Рассчитывать дозу инсулина короткого/ультракороткого действия на каждый основной прием пищи исходя из углеводного коэффициента на завтрак, обед и ужин и количества углеводов (в хлебных единицах), которые пациентка планирует съесть. • **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациентка 52 лет страдает железодефицитной анемией и принимает по поводу этого заболевания препараты железа (II). В связи с обострением хронического пиелонефрита пациентке назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата больная принимала одновременно. Через 5 дней от начала приѐма Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия. **Вопросы:** 1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии? 2. Какие исследования необходимо выполнить дополнительно? 3. По данным бактериологического анализа мочи выделена Escherichia coli, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии? 4. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению? 5. Какова длительность приѐма препаратов железа? **ОТВЕТ** 1. 1. Отсутствие чувствительности возбудителя хронического пиелонефрита к Ципрофлоксацину. 2. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность. 2. Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи. 3. Железа сульфат уменьшает всасывание Ципрофлоксацина, тем самым снижая его биодоступность. 4. Приостановить лечение препаратами железа на время лечения антибактериальным препаратом. 5. До момента нормализации уровня гемоглобина, с последующим приѐмом в течение 1 месяца.
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентамв соответствии с действующими порядками оказания	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
	медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×109/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: РН - 7,5; Р СО2 - 20; Р О2 - 50; ВЕ - 10. **Вопросы:** 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Критерии основного диагноза. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 5. Лечебная тактика, выбор препаратов. **ОТВЕТ** Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно – токсический шок. Острое повреждение почек. 2. Клинические проявления, острое начало заболевания, синдром очаговых изменений лёгочной ткани с объективными признаками внутриальвеолярной экссудации. Тяжёлое течение пневмонии обусловлено выраженной интоксикацией, тяжёлым общим состоянием, повышением температуры тела до 40, выраженной одышкой (44 дыхания в минуту), тахикардией, проявлениями инфекционно-токсического шока с гипотонией и анурией. 3. Инфекционно-токсический шок, дыхательная недостаточность 3 степени, острое повреждение почек, токсический гепатит 4. Ведущую роль в диагностике пневмоний играет обзорная рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекциях. При необходимости проводится томографическое исследование с целью детализации внутренней структуры инфильтрата. Комплексное микробиологическое исследование

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Бактериоскопию мазков мокроты, окрашенных по Граму Микроскопию мазков по Цилю-Нильсену. Посев материала на питательные среды для выделения, идентификации и определения чувствительности к возбудителю. Обнаружение специфических антител в сыворотке крови серологическими методами. КФО почек, мониторинг креатинина и клубочковой фильтрации, мониторинг КОС. 5. Антибактериальная терапия внутривенно – цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, в последующем выбор препаратов с учётом результатов бактериологоического исследования мокроты. При тяжёлой пневмонии показано введение двух антибиотиков: левофлоксацин + цефтриаксон; цефотаксим+макролид; эртапенем+макролид. Отхаркивающие средства (ацетилистеин, лазольван). Восстановление ОЦК, плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов. Дезинтоксикационная терапия (гемодез, реополиглюкин). Оксигенотерапия. В связи с развитием ОПП - форсированный диурез с использованием петлевых диуретиков. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - 4,4×1012/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×109/л, лейкоциты - 5,1×109/л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. **ОТВЕТ** 1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения). 2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении (100×109/л), лейкопении (1,6×109/л), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ). 3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки (поражение лёгких). ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма. 4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трѐх дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите. 5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета,

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы. **Ситуационная задача 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мужчина 51 года обратился к врачу обще практики с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор. 5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. **ОТВЕТ** 1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c<7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (С2), альбуминурия 2 стадия (А2). Артериальная гипертония II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия. 2. Диагноз «сахарного диабета (СД)» установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертонии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП. 3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторирование АД для оценки стабильного повышения АД, 4. Препараты сульфанилмочевины: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией. 5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – лозартан **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг. Объективно: повышенного питания. Рост 158 см, вес 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объём талии 120 см, объём бёдер 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края. Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет – «соломенно-жёлтый», относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		зрения. Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки. СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 уд/мин, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бета-блокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. **ОТВЕТ** 1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия. 2. Диагноз «артериальной гипертонии (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 18 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек - микроальбуминурия, сердца - гипертрофия миокарда ЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболического синдрома» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак. 3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		АД, суточного профиля АД; консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. 4. Для комбинации предлагаются: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их органопротективных свойствах. Данные группы препаратов обладают наибольшим кардиопротективным эффектом (по регрессу ГЛЖ); ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II обладают наиболее выраженным нефропротективным эффектом. Комбинация бета-блокатор и диуретик назначена неправильно, оба класса препаратов не имеют существенных органопротективных эффектов и вызывают лекарственный метаболический синдром. 5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной Д. 55 лет. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты - 8,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей. **Вопросы:** 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Назначьте немедикаментозную терапию пациенту **ОТВЕТ** 1. ГЭРБ: катаральный рефлюкс-эзофагит 1 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Алиментарно-конституциональное ожирение IIстепени. Гипертоническая болезнь (стадия и степень требуют уточнения). 2. Суточная pH метрия пищевода и желудка (во время которой определяется уровень желудочной секреции и наличие патологических рефлюксов из желудка в пищевод. Наиболее важным критерием наличия и тяжести рефлюкс-эзофагита считается общее время, при котором pH составляет менее 4 ед).; - импеданс-pH-метрия пищевода (исследование нормальной и ретроградной перистальтики пищевода и рефлюксов различного происхождения); -рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД-эндоскопическая биопсия слизистой и морфологическое исследование биоптата (для исключения кишечной метаплазии); -ЭКГ -суточное мониторирование АД. 3. Нормализация веса, соблюдение щадящей диеты, дробное питание с последним приемом пищи не позднее 3-х часов до сна, сон в кровати с приподнятым изголовьем, исключение физических нагрузок. Отказ от курения
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет. Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входила рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления. Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышаться температура до 37,1°С, появились отчётливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось лёгкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°С. В Сибири находился впервые. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°С. Кожные покровы и склеры жёлтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчёсы отсутствуют. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счёт увеличенной печени, правая доля определяется ниже рёберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглён, поверхность гладкая,

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительные пузырные симптомы: Керра, Мерфи и Френикус. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, лейкоциты – 11,9×109/л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 U/L (норма - 4-42 U/L); АСТ - 42 U/L (5-37 U/L), холестерин - 6,6 мкмоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 U/L (норма 7 - 64 U/L), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час). Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед., жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены. УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 (норма до 150), левая - 85 (норма до 70), структура однородная, эхогенность снижена, имеется расширение крупных внутрипечёночных жёлчных протоков. Rg лёгких: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос. Вирусологическое исследование: ИФА: вирусы А, В, Е – отрицательны **Вопросы:** 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе монотерапии или комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании. **ОТВЕТ** 1. Описторхоз. Ранняя фаза. Смешанная форма (желтушная, гепатохолангитическая). Средней степени тяжести. 2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента, анамнестических данных, данных эпидемиологического анамнеза, объективного обследования, лабораторных (ОАК:

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		лейкоцитоз, эозинофилия; биохимический анализ крови: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение цитолитических ферментов, гиперхолестеринемия, повышение ЩФ, ГГТП) и инструментальных методов исследования (УЗИ печени: гепатомегалия). 3. Исследование крови методом ИФА (определение IgM а/т к а/г описторхисов. -Дуоденальное зондирование (для обнаружения признаков воспаления, наличия описторхисов). 4. Антигельминтное средство: Бильтрицид (Празиквантел) 60 мг/кг 3 р/д в теч 1 сут. Как основное средство специфической терапии описторхоза после подготовительного этапа лечения. 5. Основной мерой профилактики описторхоза является употребление в пищу только хорошо обработанной рыбы семейства карповых, что достигается термической обработкой, замораживанием, копчением и солением в соответствии с разработанными рекомендациями. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов – Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В лѐгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 5,4×109/л, СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л. **Вопросы:** 1. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		3. Какое лечение следует назначить данному больному 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? **ОТВЕТ** 1. Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная анемия средней степени тяжести. 2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевина. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых. 3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид. При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг. 4 р/сут., при не эффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг. сут в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут. 4. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков. 5. Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы**

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
	команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара	Больной Д., 32 года, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон. Общийанализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4{,}1 \times 10^9$/л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6{,}8 \times 10^9$/л, сегментоядерные - 76 %, палочкоядерные - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 15 %. СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г. Биохимическпй анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумин - 33 г/л, мочевина - 7,9 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4 ммоль/л. Бактериологическое исследовании мазка из зева: патологической микрофлоры не выявлено. **Вопросы:** 1. Какие симптомы и синдромы определяются у больного 2. Сформулируйте клинический диагноз. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза 4. Назначьте лечение. 5. Сформулируйте методы медицинской реабилитации

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Ответ 1. У больного нефритический синдром: макрогематурия, протеинурия 1,8 г/сут. 2. Диагноз: острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. 3. УЗИ почек, сцинтиграфия почек. 4. Лечение. • Стол № 7. Уменьшение потребления жидкости, поваренной соли, белковой пищи. • Постельный режим. • Контроль диуреза (учет выпитой и выделенной жидкости). • Ингибитор АПФ с нефропротективной целью. 5. Соблюдение диеты, физическая активность не менее 1 часа в день, физиолечение на момент курации противопоказано. Показан санаторно-курортный этап реабилитации на специализированных курортах
ОПК-6.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной П., 49 лет, получает терапию программным гемодиализом в течение 2-х лет (основное заболевание – сахарный диабет 1 типа с 5 лет, диабетическая нефропатия, стадия ХПН), находился на санаторно-курортном лечении (3 тап медицинской реабилитации) в течение 3-х недель. Получал – диетотерапию, инсулинотерапию, программный гемодиализ, антигипертензивную терапию (Моноприл 10 мг/сут, Фиизиотенз 0,4 мг/сут), ЛФК, консультации клинического психолога, суховоздушные ванны, гидрокинезотерапию. В сравнении с параметрами, предшествующими лечению в санатории, отмечается: стабилизация АД на уровне 130-140/80 мм рт ст, увеличение сатурации с 94 до 97%, данные теста с 6-минутной ходьбой – до лечения 450 м, после – 520 м, отмечает улучшение сна. **Вопросы:** 1. Оцените эффективность проведенных методов реабилитации 2. Дайте рекомендации по физической активности пациенту 3. Оцените нуждаемость в дальнейшей медицинской реабилитации 4. Составьте план дополнительного обследования. 5. Составьте план лечения. **ОТВЕТ** 1. Отмечается положительный эффект от реабилитационных мероприятий: нормализацию АД, улучшение физической активности (более 10%) в виде повышения функционального класса ХСН с ФК2 до ФК1, улучшение показателей ВНД (улучшение сна), что свидетельствует о достижении целей

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		реабилитации 2. Пациенту рекомендовано 30-60 минут ежедневной физической активности в виде ходьбы, утренней гимнастики и т.п., дополнительно не менее двух раз в неделю интенсивные физические нагрузки по 45 минут – бег трусцой, катание на велосипеде, бадминтон и т.п. 3. Пациент нуждается в ежегодной медицинской реабилитации 3-го этапа для улучшения качества жизни и поддержания навыков самообслуживания, возможно выполнение работы интеллектуального направления, не требующей тяжелых физических затрат 4. Пациенту показаны: ежедневный контроль основных гемодинамических показателей и сатурации, глюкометрия, тесты Штанге и Генче, биохимический анализ крови общетерапевтический, ЭКГ, ЭхоКГ (1 раз в 3-6 месяцев) 5. Программный гемодиализ по 4 часа 3 раза в неделю, диета с содержанием белка 1,0-1,2 г/кг/сут, инсулинотерапия под контролем гликемии с подсчетом хлебных единиц, водный режим, предполагающий междиализную прибавку массы тела не более 2,5 кг, ограничение потребления поваренной соли менее 5 г/сут, физическую активность
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Работница М, 19лет, при сроке беременности 28 недель родила здорового ребенка и через 7 дней была выписана из родильного дома с ребенком. **Вопросы:** **1.Как оформить листок нетрудоспособности по беременности и родам работнице М?** **Ответ** При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется (выдаётся) медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 дней **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Служащий Г, 43лет по решению суда направлен на судебно-медицинскую экспертизу; при проведении экспертизы были выявлены признаки нетрудоспособности. **Вопросы:** **1.Как оформить листок нетрудоспособности?** **Ответ** Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую экспертизу и признанным нетрудоспособным, листок нетрудоспособности формируется со дня явки

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		гражданина на экспертизу. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Рабочий М,44 лет, находился в отпуске без сохранения заработной платы с 12июля по 20 июля. Получил травму в результате ДТП 15 июля и был госпитализирован в хирургическое отделение стационара. В момент получения травмы был трезв. **Вопросы:** **1.Как оформить нетрудоспособность работника в данном случае?** **Ответ** При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы листок нетрудоспособности формируется (выдаётся) со дня окончания указанного отпуска **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациентка Н 23 лет, наблюдается у акушера-гинеколога. Срок беременности 26 недель. Беременность многоплодная. **Вопросы:** **1.Как оформить, листок нетрудоспособности по беременности и родам при многоплодной беременности, протекающей без осложнений?** **Ответ** При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется (выдаётся) в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной М. 31 года заболел остро: внезапно повысилась температура до 39°С, появился озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты гнойного характера, потливость вечернее время, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В течение 2 недель отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулёзом имел в местах лишения свободы 3 года назад. По скорой помощи поступил в терапевтическое отделение, где на флюорограмме органов грудной клетки отмечается тотальное затемнение правого

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		лёгкого с полостями распада и очагами отсева в левое лёгкое. Анализ мокроты по Циль-Нильсену КУМ ++. Переведён в противотуберкулёзный стационар. При поступлении: состоянии средней степени тяжести. Температура до 37,5°С. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Пальпируются увеличенные подмышечные лимфоузлы до 1 см, безболезненные. Перкуторно: справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение лёгочного звука. Аускультативно: бронхиальное дыхание справа и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ясные ритмичные. Тахикардия. АД - 90/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см, безболезненная. Снижение диуреза. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты - 4,1×1012/л; цветовой показатель - 0,75; лейкоциты - 11,8×109/л, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 52%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, лимфоциты – 8%, моноциты – 12%, СОЭ – 54 мм/час. Люминесцентная микроскопия: КУМ +++. ПЦР - МБТ комплекс обнаружен. На обзорной рентгенограмме лёгких отмечается тотальное затенение правого лёгкого средней интенсивности, негомогенной структуры, содержащей много мелких и средних полостей распада и множественные очаги в нижней доле справа и в верхней доле слева. Смещение органов средостения вправо. Высокое стояние купола диафрагмы. **Вопросы:** 1. Наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае? 3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 4. Какие осложнения возможны у данного больного? 5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации. **ОТВЕТ** 1. Крупозная пневмония, локализация процесса справа, фаза распада и обсеменения. МБТ + 2. Исследование мокроты на определение чувствительности к противотуберкулезным препаратам, общий анализ мокроты (в том числе на пневмоцисты), КТ органов грудной полости (при отсутствии возможности линейные томограммы) для уточнения характера и протяженности патологических изменений 3. Крупозная пневмония, пневмоцистная пневмония, грибковые поражения легких, паразитарные поражения легких. 4. Кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз 5. Лечение в данной ситуации должно быть

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		комбинированным с учетом чувствительности МБТ к лекарственным препаратам и их переносимостью, комплексным, контролируемым в условиях противотуберкулезного стационара. **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный приём в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов. Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых образований не определяется. Лактореи нет. Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - 3,8×1012/л, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - 5,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ – 19 Ед/л, Na – 142 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 3,0 см3, V лев. доли – 2,1 см3, V общ. – 5,1 см3. Эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется. ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 26,7 мкМЕ/мл.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Т4своб – 6,1 пмоль/л, АТ к ТПО – 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину – 310 мкг/мл. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения. **ОТВЕТ** 1.АИТ. Первичный гипотиреоз, впервые выявленный. 2. Диагноз выставлен на основании наличия клинических синдромов: астеновегетативный, кератодистрофический, гастроинтестинальный, отёчный, а также осиплости голоса; Лабораторных показателей: повышенного уровня ТТГ, сниженного уровня Т4, наличия высокого титра АТ; Инструментальных исследований: выраженных изменений щитовидной железы по результатам УЗИ, ЭКГ – сниженного вольтажа зубцов, брадикардии 3.БАК: холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды – так как при гипотиреозе часто отмечается дислипидемия. Измерение массы тела с целью назначения адекватной дозы заместительной терапии тиреоидными гормонами. 4.L-тироксин (из расчёта 1,6мкг/1 кг массы тела) утром, натощак, за полчаса до еды. Необходима постепенная титрация доз при наличии коморбидной сердечно-сосудистой патологии. Для контроля эффективности терапии необходимо сдавать ТТГ через 4-8 недель после начала терапии. 5.При назначении адекватной заместительной дозы прогноз благоприятный. При правильной терапии отмечается регресс клинических проявлений. Для контроля эффективности терапии необходимо сдавать ТТГ через 4-8 недель после назначения новой дозы, после подбора дозы - ТТГ 1 раз в 6 месяцев. УЗИ ЩЖ 1 раз в год.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Пациент 54 года. Страдает гипертонической болезнью, принимает регулярно антигипертензивные препараты. В анамнезе гастрит (неутонченная форма). Жалобы на боль в области сердца (подозрение на стенокардию), не курит, нерациональное питание, злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние удовлетворительное, АД 145/90 мм рт.ст., рост 179 см, вес – 86,5 кг. При аускультации тоны сердца, ясные ритмичные, в лёгких дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул и диурез в норме. Лабораторные показатели: ОХС 5,6 ммоль/л, глюкоза крови 4,0 ммоль/л. ЭКГ без изменений. **Вопросы:** 1.Выделите факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациента. 2.Оцените кардиоваскулярный риск по шкале SCORE и установите группу здоровья для пациента. 3.Тактика ведения пациента. 4.Группа здоровья. **Ответ:** 1.Факторы риска развития ХНИЗ: некорригируемые: мужской пол, возраст корригируемые гипертоническая болезнь; избыточная масса тела; нерациональное питание; злоупотребление алкоголем; гиперхолестеринемия (>5,0 ммоль/л) 2. Уровень СССР по SCORE по таблице 3%- средний , но из-за имеющихся состояний, таких как гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, подозрение на ИБС, окончательная интерпретация уровня СССР – высокий! 3.Рекомендации пациенту по коррекции образа жизни: (расписываем согласно стратегии кардиоваскулярной профилактике при высоком кардиоваскулярном риске, см. выше) соблюдать принципы здорового питания; разобраться с болями в сердце, это- приоритет, так как смертельно опасно! физическая активность: 30 мин умеренной физической нагрузки в день; Рекомендуемые методы исследования 2 этапа диспансеризации: Консультация кардиолога: ЭХО-КС (т.к. ИБС?); определение липидного спектра крови ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов (т.к. гиперхолестеринемия); консультация эндокринолога: определение гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (т.к. избыточный вес +гиперхолестеринемия) 4.Группа здоровья : III а (так как имеется ХНИЗ - ГБ)

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации,в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** У больного С., 47 лет, при диспансерном осмотре было выявлено повышение АД до 200/110 мм рт.ст. При более тщательном опросе удалось установить, что больного в течение 4-5 лет беспокоят головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния последние полгода. Из-за занятности к врачу не обращался. Продолжал работать. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ангина, аппендэктомия 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, у отца язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Отеков нет. ЧД - 19 в минуту. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной тупости сердца на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой, шумов нет. Ритм сердца правильный. Пульс - 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД - 200/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Клинический анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4{,}2 \times 10^9$/л, лейкоциты - $5{,}8 \times 10^9$/л, палочкоядерные - 4 %, сегментоядерные - 56 %, лимфоциты - 33 %, моноциты - 7 %. СОЭ - 16 м м/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1016, белок - 4,3 г/л. лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 6-8 в поле зрения. Суточная протеинурия - 2,2 г. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи от 1006 до 1018. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 60 мл/мин, канальце-вая реабсорбция - 98 %. Биохимический анализ крови: креатинин - 138 мкмоль/л.ъ **Вопросы:** 1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного? 2. Сформулируйте клинический диагноз. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		4. Назначьте лечение. 5. Проведите экспертизу трудоспособности **Ответ:** 1. У больного определяется мочевой синдром: протеинурия 2,2 г/сут, гематурия, АГ - 200/110 мм рт.ст., ХПН: снижение скорости клубочковой фильтрации до 60 мл/мин, увеличение креатинина сыворотки до 138 мкмоль/л. 2. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. ХПН. 3. Дополнительные исследования: исследование глазного дна, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, сцинтиграфия почек. 4. На данном этапе проводится симптоматическая терапия. • Стол № 7 (ограничение потребления поваренной соли до 3-5 г. • Антигипертензивня терапия: ингибиторы АПФ, блокаторы медленных кальциевых каналов, р-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина. В процессе терапии необходимо снизить давление до уровня менее 130/80 мм рт.ст. 5. Пациенту показано направление на МСЭ с оформлением электронного документа, включающего полное лабораторное и клиническое обследование, описание объективного состояния, консультации узких срециалистов
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина, 60 мг преднизолона. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного? 3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации? 4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния? 5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному? **ОТВЕТ** 1. Бронхиальная астма, эндогенная (инфекционнозависимая), тяжелая, персистирующая, неконтролируемая, тяжелое обострение. Эмфизема легких. ДН II. 2. Обоснование: жалобы (чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель). Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%. Вероятная причина ухудшения состояния больного – передозировка (в течение суток получил более 15 ингаляций) Беротека. 3. Системные ГКС в дозе 1-2 мг/кг, при отсутствии эффекта – увеличение дозы до 2 мг/кг, оксигенотерапия, теофиллин парэнтерально, при неэффективности – В2-агноисты парентерально. 4. План обследования: ОАК, ОАМ, БАК общетерапевтический, СРБ, ЭКГ, ЭхоКГ, анализ мокроты

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		общий, на ВК, атипичные клетки, посев мокроты, ФВД, пикфлуометрия, сывороточный иммуноглобулин Е, антитела к антигенам растительного, животного и химического происхождения, пульсоксиметрия, рентгенография и КТ органов грудной клетки, бронхоскопия, пульмонолог, лор-врач. 5. Госпитализация. Необходимо провести коррекцию терапии: ингаляционные ГКС в дозе до 2000 мкг в сутки, пероральные системные ГКС, бронходилятаторы длительного действия и В2-агонисты короткого действия не более 3-4 раз в день.
ПК-1.1	Проводит обследование пациентов с целью установления диагноза	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста. При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое нёбо». На коже голеней – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов. **Вопросы:** 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Критерии основного диагноза. 3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи. 4. Составьте план дополнительных методов обследования. 5. Лечебная тактика. **ОТВЕТ** 1. Микросфероцитарная гемолитическая анемия. 2.Врождённая патология, анемический синдром и рецидивирующая в течение жизни желтуха (повышение непрямого билирубина), ретикулоцитоз, микросфероцитоз, спленомегалия, изменения костей черепа. 3.Отличить микросфероцитарную гемолитическую анемию от негемолитических желтух помогает выраженный микросфероцитоз и ретикулоцитоз в крови, снижение осмотической стойкости эритроцитов, непрямая гипербилиробинемия, уробилинурия, наличие в костном мозге компенсаторной реакции эритроидного ростка на гемолиз, а также обнаружение спленомегалии без признаков портальной гипертензии. 4.Осмотическая резистентность эритроцитов Стернальная пункция с изучением эритроидного ростка

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		костного мозга. Исследование длительности жизни эритроцитов, меченых Cr^{51} 5.Спленэктомия – единственный метод лечения. **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Б-я И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на приём к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 130/60 мм рт. ст. Печень у края рѐберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения. **Ответ:** 1. Вероятный диагноз: Диффузный токсический зоб 2 степени. Тиреотоксикоз средней степени тяжести, декомпенсация. Эндокринная офтальмопатия. 2. Диагноз поставлен на основании жалоб на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкоразмашистый тремор век, пальцев

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		рук. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Пульс - 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 130/60 мм рт. ст. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный экзофтальм с двух сторон. При обследовании: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 =76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый. 3. Выполнить УЗИ щитовидной железы, экзофтальмометрию, УЗИ орбит с оценкой степени тяжести и активности эндокринной офтальмопатии 4. Режим психического и физического покоя. Назначить препараты тиамазола (тирозол) в дозе 30 мг в сутки в 3 приема, в-блокаторы (анаприлин) 20 мг 3 раза в день – до достижения клинико-лабораторной ремиссии с переходом на поддерживающую терапию. В случае прогрессирования офтальмопатии решить вопрос о необходимости иммуносупрессивной терапии. 5. Возможность достижения стойкой ремиссии на медикаментозной терапии составляет около 30%. Длительность поддерживающей тиреостатической терапии должна быть не менее 1,5-2-х лет. В случае рецидива тиреотоксикоза после отмены тироестатической терапии, будет показано радикальное лечение (радиойодтерапия и тиреоидэктомия).
ПК-1.2	Осуществляет лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру. Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306). RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. **Ответ** 1. Болезнь Крона: илеоколит с поражением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящего отдела ободочной кишки, пенетрирующая (свищевая) форма, осложненная перианальными поражениями, стриктурой терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости, хроническое непрерывное течение, среднетяжелая атака. Анемия легкой степени тяжести. 2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента,

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		анамнестических данных, объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования. 3. Копрограмма (для обнаружения непереваренных фрагментов пищи, большого количества жира и грубых пищевых волокон). ОАМ (для контроля за мочевыделительной системой). Тотальная колоноскопия с илеоскопией (для подтверждения эндоскопических признаков болезни Крона). КТ органов брюшной полости (для оценки состояния желудка, ДПК, тонкого кишечника). Трансректальное ультразвуковое или МР-исследование прямой кишки и анального канала (при перианальных поражениях). 4. Препараты группы ГКС (как средства для индукции ремиссии, при болезни Крона илеоцекальной локализации, среднетяжелой атаки). Системные ГКС: преднизолон 60 мг; метилпреднизолон 48 мг перорально. Топические ГКС: будесонид 9мг/сут в теч 8 недель с последующим снижением по 3 мг в неделю. Иммуносупрессоры: азатиоприн 2-2,5 мг/кг; 6-меркаптопурин 1,5 мг/кг. Контроль эффективности через 2-4 недели. Терапия ГКС не превышает 12 недель. Затем поддерживающая терапия тиопуринами. 5. Прогноз неблагоприятный т.к. заболевание носит прогрессирующий характер течения, пациент будет получать пожизненную терапию и проходить пожизненный мониторинг активности заболевания. Наблюдаются неблагоприятные факторы: перианальные поражения, пенетрирующая форма. **Ситуационная задача 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лёгких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжёлое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах лёгких - жёсткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отёки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, изменённые эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г. **Вопросы:** 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Укажите диагностические критерии основного заболевания. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Дополнительные методы обследования. 5. Лечебная тактика, выбор препаратов. **Ответ** 1.Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема. 2.Эритема на щеках, дисковидная эритема. Неэрозивный артрит двух или более периферических суставов с болезненностью, припуханием. Плеврит — плевритические боли или шум трения плевры, выслушиваемый врачом. Поражение почек. Высокая протеинурия. Гематологические нарушения: панцитопения. Для верификации достоверного диагноза СКВ необходимо наличие четырёх или более из 11 диагностических критериев 3.Волчаночный нефрит с исходом в почечную недостаточность, сердечная недостаточность. Геморрагические и инфекционные ослшожнения на фоне панцитопении. 4.Иммунологическое исследование: антитела к двухспиральной ДНК, или АТ к Sm-антигену (антигену Смита), антинуклеарный фактор, антитела к кардиолипинам. Комплексное функциональное исследование почек, биопсия почек для уточнения морфологической формы люпус-нефрита. Эхокардиография Рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Рентгенологическоое исследование суставов. Проба Кумбса для исключения аутоиммунной гемолитической анемии. 5.Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки с очень постепенным снижением дозы после достижения

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		клинического эффекта и переходом на поддерживающую дозу, азатиоприн 100 мг в сутки или микофенолата мофетил (селсепт) 500 мг 2 раза в день. Учитывая максимальную степень активности процесса, возможна пульс-терапия преднизолоном, циклофосфаном. При неблагоприятном клинико-морфологическом варианте люпус-нефрита по результатам биопсии возможно проведение пульс-терапии метилпреднизолоном. Для предупреждения побочных действий кортикостероидов показано применение препаратов калия анаболических препаратов, салуретиков, гипотензивных средств (ингибиторов АПФ с нефропротективным действием), антацидных препаратов или ингибиторов протонной помпы.
ПК-1.3	Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** К врачу общей практики обратилась женщина 29 лет. Роды произошли 6 дней назад, осложнились ранним излитием околоплодных вод и слабостью родовых сил. Ребенок приложен к груди через 2 часа после родов, сосет активно. На третьи сутки после родов отмечено нагрубание молочных желез, затрудненное сцеживание молока. На пятые сутки после родов появился озноб, повышение температуры тела до 38,4°С, головная боль, слабость, боль в правой молочной железе. Молочные железы в состоянии выраженного нагрубания, имеются трещины на сосках. В правой молочной железе в наружном квадранте пальпируется болезненное уплотнение, кожа над ним гиперемирована, горячая. **Вопросы;** 1. Поставить диагноз. 2. Врачебная тактика. **Ответ** 1Диагноз: Послеродовый лактациионный мастит. Инфильтративная форма. 2. Лечение: антибактериальная терапия (защищенные пенициллины), цефалоспорины, аминогликозиды. Временное прекращение кормления грудью. Сцеживание грудного молока. При инфильтративном гнойном процессе подавление лактации (бромкриптин 2-3 суток) **Ситуационная задача 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** К врачу общей практики обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная. Женщина работает воспитательницей в детском саду. Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		38° С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка соответствует 10—11 неделям беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета. **Вопросы:** 1. Поставить диагноз. 2. Врачебная тактика. **Ответ** 1 Диагноз: Беременность 10–11 недель. Краснуха. 2. Исходы беременности, которые возможны при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи: самопроизвольный аборт, мертворождение, врожденные пороки развития плода. Наиболее опасны врожденные пороки развития плода характерны для внутриутробного инфицирования вирусом краснухи в I триместре беременности. К ним относятся повреждение тканей всех зародышевых листков; катаракта, глухота, порок сердца микроцефалия с нарушением умственного развития. В случае обнаружения первичного инфицирования беременной женщины вирусом краснухи в I триместре беременности рекомендуется прерывание беременности. **Ситуационная задача 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева. На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 нед беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась;2 года назад миома матки увеличилась до 10 нед беременности. В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота. Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину, брюшной тиф. Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок. Половую жизнь ведет с 30 лет, замужем. Всего было две беременности: первая закончилась искусственным абортом (срок 12 нед) без осложнений, вторая - искусственным абортом (срок 7 нед) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		противовоспалительная терапия. Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие. Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД — 100/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотная, слегка болезненная матка. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 нед беременности, со множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная по левому ребру. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные. **Вопросы:** 1. Какой диагноз поставил врач женской консультации 2. Какой должна быть тактика врача общей практики 3. Поставьте клинический диагноз. 4. Каковы показания к операции **Ответ** 1.Диагноз врача женской консультации: симптомная миома матки. 2. Тактика врача общей практики заключается в следующем: госпитализировать женщину в гинекологическое отделение стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения 3.Клинический диагноз: симптомная миома матки (интралигаментарный узел миомы) 4.Показания к операции и ее объем: показанием к оперативному лечению является симптомная миома (величина миомы, соответствующая: 14 нед беременности, интралигаментарное расположение узла, дающего болевой симптом, поскольку шейка матки не имеет патологии, больной показана надвлагалищная ампутация матки, вопрос об удалении придатков решить по вскрытии брюшной полости.
ПК-1.4	Оказывает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях	**Ситуационная задача 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Эффективная терапия хронической боли различного генеза – сложная задача, требующая применения многокомпонентного комплексного подхода. На всех

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адъювантными средствами: противосудорожными, кортикостероидами, трициклическими антидепрессантами, транквилизаторами и др. **Вопросы:** 1. Что является основой лечения хронической боли у пациентов всех возрастных групп, и демонстрирует эффективность более чем в 80% случаев 2. На какие категории делятся лекарственные препараты, используемые для лечения боли 3. В какой последовательности, согласно «анальгетической лестнице» ВОЗ, назначаются анальгетики при лечении хронической боли 4. Перечислите принципы, которые необходимо строго соблюдать для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии хронической боли. 5. Какие опиоидные анальгетики, разрешенные к применению в РФ, рекомендуются для лечения хронической боли **Ответ** 1. Системная фармакотерапия 2. Неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адъювантные препараты 3. При слабой боли - неопиоидные анальгетики, при умеренной дополнительно - опиоиды слабой потенции, для лечения сильной боли – опиоиды сильной потенции. 4. Индивидуальный подбор дозы анальгетика; назначение анальгетика строго «по часам»; применение анальгетиков «по восходящей» от слабого препарата к более сильному; приоритет неинвазивным лекарственным формам. 5. Просидол, морфин, фентанил трансдермальный, бупренорфин. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Проблемы больных ВИЧ/СПИДом, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, могут продолжаться неопределенное время и приводить не только к интенсивному изменению психологического состояния, но и возникновению выраженных психических расстройств, требующих специализированной психиатрической помощи. ВИЧ/СПИД является заболеванием, вызывающим интенсивный хронический стресс, проявляющийся разнообразными ответными эмоциональные реакциями. **Вопросы:** 1. Какими ответными эмоциональными реакциями проявляется хронический стресс у больных ВИЧ/СПИДом

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		2.Какие основные аспекты неразрешенных проблем являются факторами, травмирующими психику больных ВИЧ/СПИДом 3. Какие медицинские проблемы влияют на качество жизни больных ВИЧ/СПИДом 4. Какие психологические аспекты более всего беспокоят больных ВИЧ/СПИДом 5. Какие наиболее частые социальные проблемы больных с ВИЧ/СПИДом в связи с приближающейся смертью усиливают социальную изоляцию больного, членов его семьи и обостряют проблемы семьи **Ответ** 1. Тревога, депрессия, страх, гнев, вина, горе, утрата, потеря 2. Медицинский, психологический и социальный. 3. Боли и адекватное обезболивание, качественный уход. 4. Проблема смерти и умирания, одиночество, физическое и психологическое страдание 5. Отсутствие гарантированной социальной помощи, финансовые и правовые проблемы, стоимость и организация ритуальных услуг.
ПК-2.1	Проводит диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Ребенок, 9 месяцев, болен в течение трех дней. Температура 38–39 °С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3 °С, веки отечны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снялась легко, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1–2 см, безболезненные, эластичные. Нёбные миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 132 уд./мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Физиологические отправления без патологии. Общий анализ крови: эритроциты — 4,3 х1012/л, Нв –133 г/л, цв. п.— 0,93, лейкоциты –10,9 х109 , э — 2%, п/я — 4%, с/я — 38%, л — 51%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол./желтый, прозрачность — прозрачная, относительная плотность — 1020, белок — 0,3%, лейкоциты — 1–3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок — 74,0 г/л, мочевина — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 32,2 Ед/л, АСТ — 42,4 Ед/л. **Вопросы:** 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Определите потребность в дополнительном обследовании и консультациях.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		3. Назначьте лечение. **ОТВЕТ** 1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелая форма. 2. Консультация ЛОР-врача. Рентгенография органов грудной клетки. Забор мазков-отпечатков с эпителия слизистой оболочки носа для иммунофлюоресцентного экспресс-метода, серологический метод ИФА для определения IgM к аденовирусу, ПЦР-диагностика с определением ДНК аденовирусов из различных биологических сред: крови, слизистых оболочек конъюнктивы, ротоглотки, носа. 3. Туалет глаз и носа, глазные капли (офтальмоферон), муколитические препараты, сосудосуживающие капли в нос, анаферон в течение 7 дней. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Мальчику 7 лет, заболел ветряной оспой, типичная, среднетяжелая форма. На 8-й день от начала болезни появились кратковременные, не более двух минут генерализованные судороги с потерей сознания. Температура тела не превышала 37,3 °С. При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. На коже лица, туловища, конечностей — элементы высыпаний в стадии корочек. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 82 уд./мин. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий. Больной адинамичен. Стоит неуверенно, беспокоят головокружения. Менингеальных симптомов нет. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Речь дизартрична. Положительная проба Ромберга, а также пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Общий анализ крови: эритроциты — 4,2 х10^{12}/л, Нв — 135 г/л, лейкоциты — 5,5 х109 /л, э — 4%, п/я — 2%, с/я — 25%, л — 64%, м — 5%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Анализ спинномозговой жидкости: прозрачная, бесцветная, вытекает каплями, цитоз — 39 клеток (из них 65% составляют лимфоциты), белок — 0,39 г/л, реакция Панди — слабо положительная, сахар — 2,9 ммоль/л. **Вопросы:** 1. Поставьте диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования 4. Назначьте лечение. 5. Определите показания к выписке. Каков прогноз

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Ответ 1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма, осложненная энцефалитом (церебеллит). В анализе крови — относительный лимфоцитоз, в ликворе — клеточно-белковая диссоциация с лимфоцитарным плеоцитозом. 2. Энцефалиты другой этиологии: энтеровирусные, корь, краснуха, токсоплазмоз, герпесвирусные. 3. М-ЭХО, ЭЭГ. ПЦР ликвора ко всем перечисленным инфекциям. 4. Постельный режим, противовирусная терапия внутривенно (ацикловир), дегидратация (фуросемид или диакарб), вазоактивные препараты (кавинтон). 5. Прогноз благоприятный, выписка проводится после исчезновения неврологических симптомов. Диспансерное наблюдение у невролога в течение одного года. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Девочке 5 лет, посещает детский сад, заболела остро: подъем температуры до 38 °С, кашель, насморк. В последующие три дня температура держалась на фебрильных цифрах, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, конъюнктивит, светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела поднялась до 39,5 °С, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие два дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. На восьмой день болезни появилась головная боль, была двукратная рвота, затем возникли генерализованные судороги с потерей сознания. Ребенок был срочно госпитализирован. При поступлении: состояние крайне тяжелое, ребенок без сознания, был приступ тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища, конечностей имеется пигментация. Слизистая оболочки рта шероховатая, слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. В легких жесткое дыхание, тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. В течение суток стула не было. Общий анализ крови: эритроциты — 4,0 х1012/л, Нв — 120 г/л, лейкоциты — 8,1 х109 /л, э — 5%, п/я — 3%, с/я — 42%, л — 43%, м — 7%, СОЭ — 22 мм/час. Спинномозговая жидкость: прозрачная, бесцветная, вытекает частыми каплями, цитоз — 32 клетки (60% лимфоциты), белок — 0,45 г/л **Вопросы:** 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз 3. Перечислите необходимые лабораторные исследования. 4. Назначьте лечение.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		Ответ 1. Корь, типичная, тяжелая форма, период пигментации. Осложнение — коревой энцефалит. 2. Дифференцировать с краснушным энцефалитом. 3. Определение антител IgM, IgG к вирусу кори в крови; определение антител IgM, IgG к вирусу краснухи, общий анализ мочи, биохимический анализ крови: глюкоза, калий, натрий, КЩС. 4. Купировать приступ судорог (седуксен, реланиум). Постельный режим, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, вазоактивные препараты (кавинтон).
ПК-2.2	Организовывает и проводит профилактические мероприятия детям: медицинские осмотры, вакцинопрофилактику, диспансерное наблюдение, санитарно-противоэпидемические (профилактические) в очаге инфекции, в том числе, санитарно-просветительную работу, включая родителей или их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** На профилактическом осмотре в поликлинике находится мать с ребенком в возрасте 8 месяцев. Жалоб в момент осмотра нет, мать нуждается в совете по питанию ребенка. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом первой половины. Роды срочные. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок приложен к груди в первые 30 минут после рождения. Выписан из роддома в удовлетворительном состоянии на пятые сутки после вакцинации БЦЖ. Период новорожденности протекал без особенностей. Привит по календарному плану. С 5 месяцев получает адаптированную смесь «Нан». Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 8700 г, длина 69 см. Нервно-психическое развитие: ребенок самостоятельно садится, встает у опоры, ходит, держась за нее, громко произносит различные слоги. Кожа розовая, чистая, эластичная; слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тургор мягких тканей упругий. Голова, грудная клетка правильной формы. Большой родничок 0,8х0,8 см, края плотные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, сердцебиение ритмичное. ЧСС — 125 в 1 минуту. Живот овальной формы, не вздут, пальпация живота безболезненна. Печень выступает на 0,5 см из-под правого края реберной дуги, эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, гомогенный, без патологических примесей, 2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту. Общий анализ крови: эр.— 4,1 х 10^{12}/л, Нв — 125 г/л, цв. пок.— 1,0, лейк.— 7,8 х 109 /л, п — 1%, с — 24%, л — 68%, м — 6%, СОЭ — 4 мм/час. Общий анализ мочи: относительная. плотность — 1015, белок — нет, глюкоза — нет, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з. Копрограмма: оформлен, светло-коричневого цвета, гомогенной

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		консистенции, запах обычный, нейтр. Жир — +, непер. клетчатка — +, йодоф. бак. +, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з. **Вопросы:** 1. Определить группу здоровья ребенка, учитывая данные физического и нервно-психического развития. 2. Назначить индивидуальное питание ребенку на один день. 3. Какие витамины нужно назначить ребенку с профилактической целью? **Ответ** 1. Ребенка можно отнести к первой группе здоровья, учитывая: отсутствие жалоб в момент осмотра; данные анамнеза; данные объективного обследования: нормальные масса-ростовые прибавки за 8 месяцев жизни, соответствие показателей физического развития паспортному возрасту, оптимальные темпы психомоторного развития (1 группа нервно-психического развития), наличие всех признаков нормотрофии; данные лабораторных исследований. 2. Индивидуальное питание: 6.00 — адаптированная молочная смесь «Нан», 200 мл; 10.00 — каша рисовая 10% — 150 г, 1/2 желтка, 80 мл яблочного сока; 14.00 — овощное пюре — 150 г, 30 г мясного пюре, 80 г яблочного пюре; 18.00 — кефир (160 мл), творог (40 г); 22.00 — адаптированная молочная смесь «Нан», 200 мл. 3. Продолжать профилактику рахита — витамин в суточной дозе 1000 МЕ (2 кап.). **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2** **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** В связи с заболеванием матери необходимо срочно перевести ребенка на искусственное вскармливание. Ребенок родился массой 3100 г. В настоящее время ему 3 мес. Масса его 5400 г. Кормится грудью 7 раз в сутки. **Вопросы:** 1. Соответствует ли масса ребенка долженствующей 2. Рассчитайте данному ребенку необходимый объем пищи на сутки. 3. Какова потребность в белке, жире и углеводах на кг массы при данном способе вскармливания **Ответ** 1. Соответствует: 3100 г + 600 г + 800 г х 2 = 5300 г. Объем пищи составляет 1/6 массы, т.е. 900 мл. 2. В сутки 6 кормлений, объем одного кормления — 150 мл адаптированной молочной смеси. 3. Потребность в белке 3 г/кг, жире — 6 г/кг, углеводах — 12– 14 г/кг.

Код	*Формулировка индикатора*	*Формулировка задания*
		СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 **Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы** Девочке четырех с половиной месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На второй день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». При осмотре: температура тела 37,8 °С. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см. **Вопросы:** 1. Ваш диагноз. 2. Какие лечебные мероприятия следует провести 3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами 4. Как объяснить матери, данную ситуацию **Ответ** 1. Диагноз: посттравматическая реакция на вакцину АКДС. 2. Лечебные мероприятии — супрастин. Холодную примочку на место введения вакцины. 3. В осмотре врача-специалиста не нуждается. 4. Объясните матери: адекватный ответ на введение вакцины.

4.5. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания, структура экзаменационного билета

Первый этап ГИА – тестирование. Предлагаемые тестовые задания включают вопросы, позволяющие оценить уровень теоретической подготовленности, отражающих индикаторы достижения компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности «**Общая врачебная практика (семейная медицина)**», утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09 января 2023 г. №16.

Для формирования заданий использована закрытая форма. У ординатора есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий необходимо изучить лекционный материал по дисциплинам, включённым в учебный план по специальности, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников, нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи по профилю Аллергология и иммунология, клинических рекомендаций по изучаемым нозологиям.

Второй этап ГИА – собеседование. Цель второго этапа – оценивание уровня, сформированности у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач. Форма проведения – собеседование по вопросам и выполнение индивидуальных заданий, сформулированных в

форме клинических и ситуационных задач. Каждый комплект из двух индивидуальных заданий (ситуационных задач) представлен как «плановыми», так и «неотложными» ситуациями. При написании ситуационных задач авторы использовали данные действующих федеральных клинических рекомендаций, федеральных и международных руководств, монографий и директивных документов, а также опирались на свой клинический и педагогический опыт.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут.

Типовое задание включает следующую информацию (5 из предложенных вопросов):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и обеспечения безопасности пациента.

3. Укажите основные принципы лечения (с оценкой эффективности и безопасности).

4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

5. Какие виды документов должен оформить врач?

6. Оцените необходимость оказания медицинской помощи в экстренной форме.

7. Обоснуйте назначение немедикаментозного лечения.

8. Профилактика, экспертиза трудоспособности, медицинская реабилитация, прогноз заболевания

5. Порядок подачи апелляций

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

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

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

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

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

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

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

В случае удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии.

Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные университетом.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в университете обучающегося, подавшего апелляцию. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

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

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

6. Порядок проведения ГИА для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

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

6.2. При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;

присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);

пользование необходимыми обучающимся техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;

обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

6.3. Все локальные нормативные акты университета по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

6.4. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть

увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;

продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, - не более чем на 20 минут.

6.5. В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слепых: задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для слепых, либо зачитываются ассистентом; письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту; при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых;

б) для слабовидящих: задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом; обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс; при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

в) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи: обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

г) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей): письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

6.6. Обучающийся инвалид не позднее чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием особенностей его психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности). К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в организации). В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

7. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

Печатные издания	Электронные издания
1. Гериатрия.Рук.для врачей /под ред. Л. П. Хорошининой. - М:	1. Общая врачебная практика: национальное руководство.практика [Электронный ресурс]. - В 2-х т. Т.1. / под ред. акад. РАМН Денисова И.Н., проф. Лесняк

ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 704 с. 2. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст]: [учебное пособие для высшего профессионального образования] / [А. В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков]. - 10-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2015. - 298 с. 3. Поликлиническая терапия [Текст]: учебник / под ред. И. И. Чукаевой, Б. Я. Барта. - Москва: Кнорус, 2018. - 696 с. 4. Ингерлейб М.Б. Медицинские анализы. Самый полный современный справочник [Текст] / М.Б. Ингерлейб. - М.: АСТ, 2016. - 416 с. 5. Маколкин В. И. Боли в области сердца [Текст]: рук. для врачей / В.И. Маколкин, В.А. Сулимов. - М.: МИА, 2015. - 192 с. 6. Мурашко В.В. Электрокардиография [Текст]: учеб. пособие / В.В. Мурашко, А.В. Струтынский. - 13-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 320 с. 7. Руксин В.В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология [Текст]: краткое рук. / В. В. Руксин. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. 8. Лабораторная диагностика инфекционных болезней [Текст]: справ. / под ред. В. И. Покровского, М.Г.	О.М.-2017. – 976 с.- http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp 2. Остеопороз: факторы риска, диагностика, лечение, профилактика: справочное руководство / под ред. В. Н. Лариной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7015-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента":[сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470152.html. - Режим доступа: по подписке. 3. Общая врачебная практика [Электронный ресурс]: нац. рук.: в 2 т. Т. 2 / [П. Н. Олейников и др.] ; гл. ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 892 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp 4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов: учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 800 с. - Режим доступа: http://books-up.ru. 5. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 640 с. - http://books-up.ru. 6. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов дыхания: учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 3-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 512 с. - Режим доступа: http://books-up.ru. 7. Атлас клинической медицины [Электронный ресурс]: внеш. признаки болезней / А. Ф. Томилов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp. 8. Хроническое легочное сердце в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ларина В. Н., Вартанян Е. А., Барт Б. Я. и др. - Москва, 2019. - http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101. 9. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: сердечно-сосудистая система: учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 904 с. - Режим доступа: http://books-up.ru. 10. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов пищеварения: учеб.пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 560 с. - Режим доступа: http://books-up.ru. 11. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Е. Н. Медуницына и др.]: под ред.

Твороговой, Г. А. Шипулина. - М.: БИНОМ, 2016. - 648 с.
9. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы [Текст]: рук. для врачей / Я. Ю. Попелянский. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 352 с.
10. Физическая и реабилитационная медицина [Текст]: нац. рук. / под ред. Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с.
11. Рубан Э.Д. Глазные болезни [Текст]: новейший справочник / Э.Д. Рубан. - Ростов н/Д.: Феникс, 2016. - 622 с.
12. Инфекционные болезни [Текст]: учеб. для студ. мед. вузов / Е.П. Шувалова, Е. с. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.И. Змушко. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 727 с.
13. Кошечкин, В.А. Фтизиатрия [Текст]: учеб. для студ. вузов / В.А. Кошечкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с.
14. Крымская геморрагическая лихорадка (клиника, диагностика, лечение, организация медицинской помощи) [Текст]: учеб. пособие для врачей-инфекционистов, реаниматологов, врачей общей практики / сост.: И.В. Санникова, М.В. Титоренко, Л.В. Ртищева [и др.]. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. - 76 с.

Р.М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – Крат. изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 634 с. - http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
12. Онкология [Электронный ресурс]: нац. рук. / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 572 с. - http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
13. Удаленный доступ Внутренние болезни [Электронный ресурс]: тесты и ситуац. задачи: учеб. пособие / В. И. Маколкин и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 294 с. - http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp.
14. Непосредственное исследование больного [Электронный ресурс] учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 176 с. – http://books-up.ru.
15. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438213.html.
16. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432730.html.
17. Персональная телемедицина [Электронный ресурс]. Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва: Практика, 2015. – 248 с. - http://books-up.ru.
18. Воздушно-капельные инфекции в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.Г. Головко, В. Н. Ларина, В.Г. Ларин, Г.И. Порядина - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 73 с. - http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.
19. Сахарный диабет в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов / В.Н. Ларина, Е. В. Кудина. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 38 с. - http:// http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.
20. Ведение желчнокаменной болезни в условиях поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / М. П. Михайлусова, С. В. Михайлусов, А. С. Николаева. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 75 с. http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.

15. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции [Текст]: метод. рек. / О.С. Левин, Е.Е. Васенина. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 80 с. 16. Леонтьев О.В. Юридические основы медицинской деятельности [Текст]: учеб. пособие для студ. мед. вузов / О. В. Леонтьев. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 111 с. 17. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы: учеб. пособие для врачей / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. - 4-е изд. перераб. и доп.- М.: МИА, 2015. - 104 с.	21. Артериальная гипотензия в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов / Е. В. Кудина, В. Н. Ларина. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 22 с. -http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101. 22. Удаленный доступ Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда. Ведение больных в поликлинике [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / под ред. И. И.Чукаевой - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 63 с. - http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101. 23. Возбудители бактериальных воздушно-капельных инфекций [Электронный ресурс]: учебное пособие / под общ. ред. Л. И. Кафарской: - Москва, 2018. - http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101

Дополнительная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Эндокринная патология на амбулаторном приеме. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных врачом-терапевтом [Текст]: учеб. пособие / сост.: Н.В. Агранович, И.В. Коровина. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. - 152 с. 2. Калинин А.В. Острый и хронический панкреатиты [Текст] / А.В. Калинин. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 160 с. 3. Дерматовенерология [Текст]: нац. рук. / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К.	1. Арутюнов, Г. П. Внутренниеболезни : избранные лекции : учебное пособие / Г. П. Арутюнов, А. Г. Арутюнов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-6407-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464076.html - Режим доступа : по подписке. 2. Амбулаторно-поликлиническаятерапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента":[сайт].-URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450871.html - Режим доступа : по подписке. 3. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В. , Бусарова Г. А. , Андреев Д. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-4874-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448748.html - Режим доступа : по подписке.

Скрипкина, О.Л. Иванова. - кратк. изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 896 с. 4. Чуканова Е.И. Хроническая ишемия мозга (факторы риска, патогенез, клиника, лечение) [Текст] / Е.И. Чуканова, А.С. Чуканова. - М., 2016. - 87 с. 5. Капитан Т.В. Справочник по педиатрии. Заболевания детей раннего возраста [Текст] для врачей общего профиля / Т.В. Капитан. - М.: МЕДпресс- информ, 2017. - 336 с. 6. Основы формирования здоровья детей [Текст]: учеб. для студ. вузов / под ред. В.А. Шашель. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 382 с. 7. Конь, И.Я. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей раннего возраста [Текст] / И.Я. Конь, М. В. Гмошинская, Т. В. Абрамова. - М.: МИА, 2015. – 216 с. 8. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. - 1072 с. 9. Воспалительные заболевания пищевода [Текст]: учебно-методическое пособие / А. Н.Иванов, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко; - Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2018. - 59 с. 10. Современная	4. Левчук, И. П. Поражения кожи при болезняхвнутренних органов : иллюстрированное руководство для врачей / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-5379-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453797.html - Режим доступа : по подписке. 5. Окороков, В. Г. Неотложные состояния в клинике внутреннихболезней. Ч. 1 : Кардиология : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31. 05. 01. Лечебное дело / В. Г. Окороков [и др.]; под ред. профессора С. С. Якушина - Рязань : ООП УИТТиОП, 2018. - 176 с. - ISBN --. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ryazgmu_022.html - Режим доступа : по подписке. 6. Петров, В. С. Неотложные состояния в клинике внутреннихболезней. Ч. 2 : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31. 05. 01. Лечебное дело / В. С. Петров [и др.]; под ред. проф. С. С. Якушина - Рязань : ООП УИТТиОП, 2018. - 228 с. - ISBN --. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ryazgmu_023.html - Режим доступа : по подписке. 7. Мухин, Н. А. Избранные лекции по внутреннимболезням / Мухин Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 328 с. - ISBN 978-5-9704-4107-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441077.html - Режим доступа : по подписке. 8. Щёкотова, В. В. Дифференциальная диагностика внутреннихболезней / под ред. В. В. Щёкотова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4778-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447789.html - Режим доступа : по подписке. 9. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. - 12-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-6360-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463604.html - Режим доступа : по подписке. 10. Ахмедов, В. А. Диагноз при заболеваниях внутренних

тактика ведения пациентов с контролируемой и неконтролируемой бронхиальной астмой [Текст]: учебно-методическое пособие / О.Ю. Позднякова - Ставрополь, 2018. - 73 с. 11. Желтуха в клинической практике [Текст]: учебно-методическое пособие / А.Н. Иванов, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко; - Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2018. - 59 с. 12. Принципы ведения пациентов после перенесенных инсультов или транзиторных ишемических атак в общей врачебной практике [Текст]: учебно-методическое пособие / О.Ю. Позднякова - Ставрополь, 2021. - 32 с. 13. Неотложная терапия бронхиальной астмы. [Текст]: учебное пособие / О.Ю. Позднякова, А.П. Байда - Ставрополь, 2013. - 48 с. 14. Современные аспекты диагностики и лечения бронхиальной астмы.[Текст]: учебное пособие / О.Ю. Позднякова, А.П. Байда - Ставрополь, 2013. - 65 с.	органов. Формулировка, классификации / авт. -сост. : В. А. Ахмедов [и др.] ; под. ред. В. А. Ахмедова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 256 с. : ил. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4732-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447321.html - Режим доступа : по подписке. 11. Дементьев, А. С. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. (Серия "Стандарты медицинской помощи") - ISBN 978-5-9704-3670-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436707.html - Режим доступа : по подписке. 12. Березин, И. И. Медицинские осмотры : руководство для врачей / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439081.html - Режим доступа : по подписке. 13. Зеренин, А. Г. МЕДИЦИНСКОЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ / А. Г. Зеренин, С. М. Мостовой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0060.html - Режим доступа : по подписке. 14. Викторова, И. А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике : учебное пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 184 с. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-6743-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467435.html - Режим доступа : по подписке. 15. Сердечно-сосудистые заболевания / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. (Серия "На амбулаторном приеме") - ISBN 978-5-9704-6937-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469378.html - Режим доступа : по подписке. 16. Острые респираторные вирусные инфекции / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 112 с.

	(Серия "На амбулаторном приеме") - ISBN 978-5-9704-6809-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468098.html - Режим доступа : по подписке. 17. Герасименко, Н. Ф. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 664 с. - ISBN 978-5-9704-4167-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441671.html - Режим доступа : по подписке. 18. Доброхотова, Ю. Э. Антенатальная помощь беременным с экстрагенитальнымизаболеваниями / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5795-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457955.html - Режим доступа : по подписке

9. Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Medinfo.ru: http://www.medinfo.ru – медицинская поисковая система;
2. Medscape: http://www. Medscap.com
3. PubMed: http://www. pubmed.com – медицинская база данных.
4. Медицинские сайты: http://www. rnmot, http://www.scardio.ru, http://www.gastro.ru, spulmo.ru, http://www.nonr.ru
5. Научная электронная библиотека http://www.old.elibrary.ru
6. Русский медицинский журнал http://www.rmj.ru
7. Страница Российского отделения Кокрановского сотрудничества http://www.cochrane.ru
8. Утвержденные стандарты медицинской помощи. - Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246 - utverzdenniestandartimedicinskoipomoshi/visual

10. Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

№	Название	Договор
1	Сервис проверки уникальности текста	Договор № 149/ЗК от 24.07.2023
2	Платформа видеоконференций Webinar	Договор № С-9820 от 14.12.2022
3	1С: Университет Проф	Договор № 27 от 30.04.2014
4	kaspersky endpoint security	Договор № 179/ЗК от 18.08.2023
5	Архиватор 7-zip	Бесплатный
6	Adobe Acrobat Reader DC	Бесплатный
7	Astra Linux Common Edition	Договор № 199/ЭТ от 12.09.2023
8	1С: Электронное обучение. Корпоративный университет	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
9	1С: Электронное обучение. Веб-кабинет преподавателя и студента	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
10	Консультант Плюс	Договор № 318/ЭТ от 09.01.2023

11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине.

11.1 Помещения для проведения ГИА

Помещения для проведения ГИА, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам

11.2 Технические средства обучения

Для проведения ГИА используются технические средства, входящие в перечень оборудования компьютерного класса