

**Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР
Е.В.Коновалова

18 июня 2020 г.

ПРОГРАММА

государственной итоговой аттестации выпускников по специальности

31.08.31 Гериатрия

(код, наименование специальности)

(уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)

квалификация - врач-гериатр

(наименование квалификации)

Программа составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.31 Гериатрия, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1092 от «25» августа 2014 г.

Составители программы:

«Сургутский государственный университет»,
доцент кафедры госпитальной терапии
к.мед.н.


(подпись)


Терентьева Н.Н.
(фамилия, инициалы)

Согласование рабочей программы:

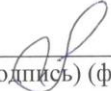
Подразделение (кафедра/ библиотека)	Дата согласования	Ф.И.О., подпись нач. подразделения
Кафедра Внутренние болезни	12.05.2020	Д.м.н., профессор Арямкина О.Л.
Отдел комплектования НБ СурГУ	12.05.2020	Зав.отделом Дмитриева И.И.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на межкафедральном заседании, состоявшемся на кафедре внутренних болезней
Протокол № 10/1 «12» мая 2020 г.

Зав. кафедрой, д.мед.н. профессор

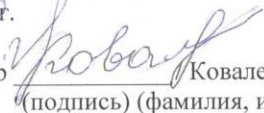
 / Арямкина О.Л. /
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Программа государственной итоговой аттестации утверждена на заседании УМС института,
Протокол №8 «15» мая 2020 г.

Председатель УМС, к.м.н., доцент  Лопатская Ж.Н.
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Программа государственной итоговой аттестации утверждена на заседании Ученого Совета
МИ БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет»

Протокол № 12 «05» июня 2020 г.

Председатель Ученого Совета МИ, директор МИ  Коваленко Л.В. /
д.м.н. профессор (подпись) (фамилия, имя, отчество)

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Общие положения

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Приказ Министерства здравоохранения от 29.11.2012 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранения и медицинские науки»;
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1092 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.31 Гериатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ПСП-2.13 «Положение о медицинском институте»;
- СТО-2.1.2 «Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре».
- СТО-2.12.2 «Государственная итоговая аттестация выпускников Медицинского института по программам ординатуры».

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) проводится на основе принципа объективности оценки качества подготовки обучающихся для определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы по специальности 31.08.31 Гериатрия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС ВО).

ГИА включает в себя подготовку и проведение государственного междисциплинарного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования требованиям ФГОС ВО.

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие в полном объеме курс теоретического и практического обучения и успешно выполнившие все требования учебного плана.

1.2 Квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускника ординатуры СурГУ по специальности «31.08.31 Гериатрия»

1.2.1. Область профессиональной деятельности выпускника

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

1.2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются физические лица пожилого и старческого возраста (пациенты); население; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.2.3 Виды профессиональной деятельности выпускника

Специалист по направлению специальности 31.08.31 «Гериатрия» готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

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

1.2.4 Задачи профессиональной деятельности выпускника ординатуры и приобретаемые умения

Врач - выпускник по специальности 31.08.31 «Гериатрия» должен быть готов **решать следующие профессиональные задачи:**

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
организация проведения медицинской экспертизы;
организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
соблюдение основных требований информационной безопасности.

1.2.5. Требования к результатам освоения программы ординатуры

В результате освоения программы ординатуры у выпускника по программе ординатуры должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции:

1.2.5.1. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

1.2.5.2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями.

Профилактическая деятельность:

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

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

2.1.1. Модуль «Болезни сердечно-сосудистой системы»

1. Дифференциальная диагностика кардиологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в кардиологии.

3. Атеросклероз, диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика. Сердечно-сосудистый риск, практическое использование SCORE. Критерии эффективности гиполипидемической терапии.

4. Ишемическая болезнь сердца. Классификация, диагностика, лечение и профилактика.

5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии, безболевой ишемии миокарда.

6. Острый коронарный синдром. Диагностика. Тактика лечения при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST.

7. Инфаркт миокарда. Классификация. Диагностика. Лечение и вторичная профилактика инфаркта миокарда.

8. Инфаркт миокарда с подъемом ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.

9. Инфаркт миокарда без подъема ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.

10. Медицинская реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Этапы физической реабилитации.

11. Артериальная гипертензия. Диагностика и лечение гипертонической болезни. Профилактика осложнений.

12. Рефрактерная артериальная гипертензия, тактика лечения. Профилактика и лечение гипертонических кризов.

13. Диагностика и лечение вторичных артериальных гипертензий.

14. Эндокринные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.

15. Почечные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.

16. Заболевания миокарда, классификация, диагностика.

17. Миокардиты, диагностика, лечение, профилактика.

18. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний миокарда.

19. Метаболические кардиомиопатии, диагностика, лечение, профилактика.

20. Идиопатические кардиомиопатии. Дифференциальный диагноз кардиомиопатий.

21. Дилатационная кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

22. Гипертрофическая кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

23. Перикардиты, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

24. Инфекционный эндокардит, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
25. Врожденные пороки сердца у взрослых: дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, пролапс митрального клапана.
26. Врожденные пороки сердца у взрослых: синдром Лютембаше, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера, триада, тетрада, пентада Фалло.
27. Нарушения ритма, суправентрикулярные и вентрикулярные тахикардии, диагностика, лечение, профилактика.
28. Фибрилляция предсердий ишемического и неишемического генеза, классификация, лечение, профилактика.
29. Нарушения проводимости, диагностика, лечение, тактика ведения. Показания к кардиостимуляции, постановке искусственного водителя ритма.
30. Хроническая сердечная недостаточность, диагностика, лечение.
31. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности.
32. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.
33. Дифференциальный диагноз острой сосудистой недостаточности, дифференциальная диагностика, тактика лечения.

2.1.2. Модуль «Болезни органов дыхания»

1. Дифференциальная диагностика пульмонологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в пульмонологии.
3. Пневмонии. Современные представления о патогенезе, возбудителях и лечении, дифференциальный диагноз, прогноз при тяжелом течении.
4. Острый и хронический бронхит. Этиология. Патогенез. Критерии диагноза. Лечение.
5. ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, сердечной астмой.
6. ХОБЛ. Бронходилатирующая, отхаркивающая, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия с учетом тяжести больного и наличия сопутствующих заболеваний.
7. Бронхиальная астма. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификация, клиника.
8. Бронхиальная астма. Современные подходы диагностики и лечения.
9. ТЭЛА. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Легочные гранулематозы. Фиброзирующие альвеолиты.
11. Заболевания плевры (плевральный выпот, пневмоторакс, опухоли плевры): классификация, этиология, клиника, лечение, осложнения.
12. Легочное сердце. Причины, классификация, диагностика, принципы терапии при формировании хронического легочного сердца.
13. Рак легкого. Дифференциальный диагноз, тактика ведения, методы диагностики.
14. Эмфизема легких, первичная и вторичная, дифференциальный диагноз, рентгенологические признаки.
15. Первичные и вторичные бронхоэктазии. Бронхоэктатическая болезнь.
16. Первичная легочная гипертензия. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
17. Острая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.
18. Хроническая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.

2.1.3. Модуль «Болезни почек и мочевыводящих путей»

1. Дифференциальная диагностика нефрологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в нефрологии.
3. Генетические и врожденные поражения почек.

4. Гломерулонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
5. Пиелонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
6. Нефротический синдром. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
7. Амилоидоз почек. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
8. Поражение почек при заболеваниях дыхательной системы.
9. Поражение почек при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
10. Поражение почек при заболеваниях пищеварительной системы.
11. Поражение почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани.
12. Поражение почек при системных васкулитах.
13. Поражение почек при сахарном диабете.
14. Алкогольное поражение почек. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
15. Острая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
16. Хроническая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.

2.1.4. Модуль «Болезни органов пищеварения»

1. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов в гастроэнтерологии и гепатологии. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в гастроэнтерологии.
3. Болезни пищевода. Эзофагиты. ГЭРБ. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний пищевода. Прогноз.
4. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастриты. Язвенная болезнь. Постгастрорезекционные расстройства. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Прогноз.
5. Болезни кишечника. Язвенный колит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
6. Болезни кишечника. Болезнь Крона. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
7. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
8. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
9. Болезни печени. Гепатозы. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
10. Болезни печени. Цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
11. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Дискинезия желчных путей. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.

12. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Острый и хронический холецистит, холангит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
13. Болезни поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
14. Опухолевые заболевания органов пищеварения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Принципы лечения. Симптоматическое лечение. Прогноз.
15. Интенсивная терапия и реанимация при неотложных состояниях в гастроэнтерологии.

2.1.5. Модуль «Болезни органов кроветворения»

1. Дифференциальная диагностика гематологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов кроветворения.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в гематологии.
3. Анемии, связанные с нарушением образования эритроцитов и гемоглобина. Депрессии кроветворения. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
4. Анемии, связанные с костномозговой недостаточностью; гемолитические анемии. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
5. Анемии гемолитические. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
6. Гемобласты. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
7. Лимфомы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
8. Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз с заболеваниями системы кроветворения. Тактика ведения терапевтом.
9. Трансфузиология в гематологии.
10. Неотложные состояния в гематологии. Тактика ведения терапевтом гематологических больных.

3.1.6. Модуль «Ревматологические болезни»

1. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов в ревматологии. Обследование больных с ревматологическими заболеваниями.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в ревматологии.
3. Ревматическая болезнь сердца. Критерии диагноза.
4. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
5. Повторная ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
6. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика и лечения повторной ревматической лихорадки, этапность и преемственность лечения, санация очагов хронической инфекции и диспансерное наблюдение.
7. Приобретенные пороки сердца. Митральные пороки. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая тактика при митральных пороках.

8. Приобретенные пороки сердца. Аортальные пороки сердца. Гемодинамика, клинические проявления на разных стадиях их формирования, диагностическая и дифференциально-диагностическая. Пороки трехстворчатого клапана. Комбинированные и сочетанные клапанные пороки сердца.
9. Приобретенные пороки сердца. Принципы терапии, возможные комбинации применяемых препаратов, противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты. Действия врача при критическом стенозе, лечение недостаточности кровообращения и различных осложнений. Показания к хирургическому лечению в зависимости от вида порока, виды хирургического лечения, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения, осложнения в послеоперационном периоде и реабилитация больных после оперативного лечения, методы вторичной профилактики.
10. Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные этапы лечения.
11. Системная склеродермия. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.
12. Первичный и вторичный дерматомиозит. Критерии диагноза. Клиника. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.
13. Системные васкулиты. (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Такаясу, височный артериит, другие формы). Критерии диагноза. Лечение.
14. Ревматоидный артрит. Этиология. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Современные подходы в терапии.
15. Серонегативные спондилоартриты. Этиология. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Современные подходы в терапии.
16. Деформирующий остеоартроз. Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Современные подходы в терапии.
17. Микрористаллические артриты. Подагра. Метаболизм мочевой кислоты. Первичная и вторичная гиперурикемия. Клиническая картина. Рентгенологическая и лабораторная диагностика. Критерии диагноза. Лечение.
18. Лихорадка неясного генеза в практике терапевта. Дифференциальный диагноз.
19. Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней.
20. Антицитокиновая терапия. Показания, противопоказания.

2.1.7. Модуль «Болезни эндокринной системы»

1. Дифференциальная диагностика эндокринологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями эндокринной системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в эндокринологии.
3. Заболевания щитовидной железы. Синдромы гипотиреоза, тиреотоксикоза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Сахарный диабет. Классификация. Патогенез в зависимости от вида диабета. Критерии диагностики. Дифференцированный подход к диетотерапии. Показания к инсулинотерапии. Лечение гестационного диабета. Диагностика и лечение осложнений сахарного диабета.
5. Заболевания гипоталамо – гипофизарной системы. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ: болезнь Иценко-Кушинга, вторичный гипокортицизм.
6. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста: акромегалия, гигантизм, соматотропная недостаточность.
7. Заболевания надпочечников. Синдром гиперальдостеронизма. Синдром гиперкортицизма. Синдром гипокортицизма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Метаболический синдром. Критерии диагноза. Современная тактика ведения.

2.2 Рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену

2.2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, устанавливает выпускающая кафедра по специальности ординатуры.

2.2.2 Приказом ректора университета утверждается государственная экзаменационная комиссия, состав которой доводится до сведения ординатора.

2.2.3 Допуск каждого ординатора к государственным экзаменам осуществляется приказом проректора по учебно-методической работе.

2.2.4 В соответствии с программой государственных экзаменов проводятся консультации.

2.2.5 Сроки проведения экзаменов и консультаций отражаются в расписании.

2.2.6 ГИА выпускников ординатуры МИ СурГУ предусматривает оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 31.08.31 «Гериатрия».

2.2.7 ГИА по специальности осуществляется в три этапа:

– проверка уровня теоретической подготовленности путем междисциплинарного тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе;

– проверка уровня освоения практических умений;

– оценка теоретических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам (проводится при проведении государственного экзамена по специальности).

2.2.8 ГИА состоит из трех последовательных этапов проверки, каждый из которых в результате определяется оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Положительная оценка сдачи каждого из этапов являются основанием для допуска к следующему этапу аттестации и собеседованию при сдаче государственного экзамена по специальности.

2.2.9 При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом института.

2.2.10 При необходимости обучающемуся после ответа на теоретический вопрос билета задаются дополнительные вопросы.

2.2.11 После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать обучающемуся дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы государственного экзамена. На ответ обучающегося по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 30 минут.

2.2.12. По завершении государственного экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого обучающегося и выставляет каждому обучающемуся согласованную итоговую оценку.

2.2.13. Протоколы государственного экзамена утверждаются председателем ГЭК, оформляются в специальном журнале, хранятся в учебном отделе в соответствии с номенклатурой дел. По истечении срока хранения протоколы передаются в архив.

2.2.14 Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы государственного экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.

2.2.15 Порядок и последовательность изложения материала определяется самим студентом.

2.2.16 Студент имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы при обязательной ссылке на авторство излагаемой теории.

2.2.17 Теоретические положения должны подтверждаться примерами из практической деятельности.

2.2.18 Выпускник, не сдавший завершающий этап аттестации, считается не прошедшим ГИА.

2.3 Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

2.3.1. Критерии оценок каждого из этапов аттестационных испытаний утверждаются председателем ГЭК. Уровень знаний обучающихся определяется следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Все оценки заносятся в протоколы квалификационного экзамена и экзаменационную ведомость (СТО-2.12.2-18 г.)

2.3.2. Критерии результатов междисциплинарного аттестационного тестового экзамена (первый этап) определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится – от 90% до 100 % правильных ответов.

Оценка «хорошо» – от 80% до 89,9% правильных ответов.

Оценка «удовлетворительно» – от 70% до 79,9% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» – от 0% до 69,9 % правильных ответов.

2.3.3. Критерии второго этапа государственного аттестационного экзамена практические навыки – определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, не допускает существенных ошибок и неточностей.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основные практические навыки, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в проведении обследования и лечения больного и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие общепрофессиональных и специальных умений и навыков, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, не умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией.

Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

2.3.4. Критерии результатов государственного экзамена по специальности (третий этап) определяются следующими оценками.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся глубоко и прочно усвоил весь программный материал и материал дополнительных источников, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически его излагает, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок и неточностей.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в

ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении заданий.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие знаний отдельных разделов основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не может правильно применять теоретические положения, не владеет необходимыми умениями и навыками. Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех оценок за 3 этапа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по экзамену. В зависимости от результатов экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач гериатр» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач гериатр».

В случае, когда у одного из членов комиссии появится оценка, резко отличающаяся от других, ее надо рассматривать и обсуждать отдельно, так как именно она может быть признана более верной, после заслушивания аргументов, приведенных экспертом, ее поставившим. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

3. Перечень рекомендуемой литературы

3.1. Список основной литературы

№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, электронный ресурс
1	Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 3. Клиническая гериатрия. Авдеев С.Н., Аникин В.В., Анохин В.Н. и др. / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. 2010. - 896 с.: ил.
2	Внутренние болезни: учебник. - 6-е изд., перераб. и доп. / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970433355-0012/000.html
3	ЭКГ при аритмиях. Атлас: руководство. Колпаков Е.В., Люсов В.А., Волов Н.А. и др. 2013. - 288 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426036.html

3.2 Список дополнительной литературы

№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, электронный ресурс
1	Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: руководство. Кишкун А.А. 2008. - 973 с.
2	Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения = Molecular and Physiological Mechanisms of Aging : [монография] : в 2 т. / В. Н. Анисимов ; [Российская академия наук, Геронтологическое общество и др.] .— Изд. 2-е, доп. — СПб. : Наука, 2008.
3	Воронина Л.П. Проблемы старения и долголетия / Л. П. Воронина; Белорусская медицинская академия последипломного образования, Кафедра геронтологии и гериатрии.— Минск: Асобны, 2007 .— 47 с.

4	Ревматология [Текст] : клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация. Ассоциация ревматологов России ; под ред. Е. Л. Насонова .— 2-е изд., испр. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011 .— 738 с. ; 21 .— (Клинические рекомендации) .— Библиогр. в конце разд. — Список лекарств. средств, упоминаемых в кн.: с. 726-728 .— Предм. указ.: с. 729-738
5	Пульмонология [Текст] : национальное руководство / [В. Н. Абросимов и др.] ; гл. ред. А. Г. Чучалин ; подготовлено под эгидой Российского респираторного общества и Ассоциации меди-цинских обществ по качеству .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 .— 957 с., [16] л. цв. ил. : ил. ; 25 + 1 электронный оптический диск (CD-ROM)
6	Кардиология [Текст] : клинические рекомендации : [учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей] / Всероссийское научное общество кардиологов ; гл. ред.: Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов .— 2-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 .— 901 с
7	Эндокринология [Текст] : национальное руководство / Российская ассоциация эндокринологов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008 .— 1064 с., [6] л. цв. ил. : ил. ; 25 + 1 электронный оптический диск (CD-ROM)
8	Нефрология [Текст] : национальное руководство / [Аляев Ю. Г. и др.] ; гл. ред. А. Мухин, отв. ред. В. В. Фомин ; подготовлено под эгидой Научного общества нефрологов России и Ассоциации медицинских обществ по качеству .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 .— 716 с. : ил. ; 25 + 1 электронный оптический диск (CD-ROM)
9	Гематология [Текст] : руководство для врачей / [Б. В. Афанасьев и др.] ; под ред. Н. Н. Мамаева .— Санкт-Петербург : СпецЛит, 2011 .— 615 с.
10	Гастроэнтерология [Текст] : национальное руководство : краткое издание / Ассоциация медицинских обществ по качеству ; [Буеверов А. О. и др.] ; под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной .— Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012 .— 462 с.
11	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432914.html
12	Общественное здоровье и здравоохранение : рук. к практ. занятиям : учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427224.html
13	Шарипов, Ф. В. Педагогика и психология высшей школы [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ф. В. Шарипов. – М.: Логос, 2012. – 448 с. – Режим доступа: http://www.znaniium.com/catalog.php?bookinfo=933001
14	Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. 2013. - 240 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/
15	Медицина катастроф / И. В. Рогозина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/
16	Пальцев М. А., Пауков В. С. Патология [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов: в 2 т. / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 .— 485 с. : ил., цв. ил. + 1 электронный оптический диск (CD-ROM). Количество экземпляров в фонде - 20 http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412800.html
17	Косарев В.В. Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия [Текст]: учебное пособие: для системы послевузовского профессионального образования

	врачей / В. В. Косарев, С. А. Бабанов.— Москва: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2012.— 235, [1] с.: табл. + 1 электронный оптический диск (CD-ROM) . http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html
18	Социальная психология. Курс лекций: Учебное пособие / В.Г. Крысько. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 256 с. – Режим доступа: http://znanium.com/bookread.php?book=460588#none
19	Социальная психология: Учебное пособие / Н.С. Ефимова. - М.: ИД ФОРУМ: НИЦ Инфра-М, 2013. - 192 с. – Режим доступа: http://znanium.com/bookread.php?book=395969
20	Патофизиология: учебник [Электронные ресурсы]: в 2-х томах. Том 2 / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 640 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426586.html

2.3 Интернет-ресурсы:

1. Электронная библиотека диссертаций (<http://diss.rsl.ru/>)

В связи с вступившей с 1 января 2008 года в действие главой 4-й «Гражданского кодекса РФ», изменились условия доступа к «Электронной библиотеке диссертаций» РГБ: просмотреть или распечатать диссертацию можно только в помещении научной библиотеки СурГУ. База данных Российской государственной библиотеки содержит около одного миллиона полных текстов диссертаций и авторефератов диссертаций. С 2007 года состав ЭБД РГБ пополняется всем объемом диссертаций, включая работы по медицине и фармации. Поступление новых диссертаций в базу данных происходит по мере их оцифровки (около 25000 диссертаций в год). Диссертации можно просмотреть по перечню специальностей или воспользоваться поисковой системой. Каталог электронных версий диссертаций открыт для всех пользователей Интернета без пароля с любого компьютера (домашнего, рабочего и т. д.). Просмотр полнотекстовых электронных версий диссертаций возможен только с компьютеров научной библиотеки по логину и паролю. Получить логин и пароль (зарегистрироваться) можно в зале электронных ресурсов научной библиотеки СурГУ.

2. Polpred.com (<http://polpred.com/>) Обзор СМИ. Архив важных публикаций собирается вручную. База данных с рубрикаторм: 53 отрасли / 600 источников / 9 федеральных округов РФ / 235 стран и территорий / главные материалы / статьи и интервью 6000 первых лиц. Ежедневно тысяча новостей, полный текст на русском языке, миллион лучших сюжетов информагентств и деловой прессы за 15 лет. Поиск с настройками. Экспорт в Word сотен статей в один клик. Интернет-сервисы по отраслям и странам. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Существует возможность самостоятельной регистрации пользователей для доступа из дома или с любого устройства. Ссылка "Доступ из дома" в верхнем правом углу polpred.com доступна с ip-адресов библиотеки.

3. АРБИКОН (<http://www.arbicon.ru/>) Доступ к библиографическим записям (с аннотациями) на статьи из журналов и газет (некоторые записи включают ссылки на полные тексты статей в интернете); к объединенному каталогу, обеспечивающему поиск в электронных каталогах более ста библиотек России одновременно; к полнотекстовым авторефератам диссертаций РНБ за 2004 год. Доступ возможен по логину и паролю с компьютеров научной библиотеки.

4. Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) (<http://www.eapatis.com/>) разработана Евразийским патентным ведомством (ЕАПВ) и является информационно-поисковой системой, обеспечивающей доступ к мировым, региональным и национальным фондам патентной документации. Русскоязычный фонд представлен в ЕАПАТИС патентной документацией ЕАПВ, России, национальных

патентных ведомств стран евразийского региона, включая документацию стран-участниц Евразийской патентной конвенции. Предусмотрены различные виды патентных поисков. В результате проведения поиска формируются списки найденных патентных документов и предоставляются их реферативно-библиографические описания.

5. Библиотека диссертаций (<http://disser.h10.ru/about.html>) Доступ к электронным версиям кандидатских и докторских диссертаций по всем отраслям знания. Библиотека формируется в результате добровольного размещения полных текстов диссертаций самими авторами. Поиск возможен по теме, ключевым словам, автору и шифру специальности. Тексты документов в формате MicrosoftWord или pdf.

6. Государственная публичная научно-техническая библиотека Сибирского отделения РАН. (<http://www.spsl.nsc.ru/>) Содержит библиографические записи на отечественные авторефераты диссертаций, входящие в фонд ГПНТБ СО РАН с 1992 года. По содержанию база данных является политематической. Поиск возможен по словам из заглавий и предметных рубрик, а также по фамилии автора. ЭК обновляется еженедельно. Для работы в ЭК требуется бесплатная регистрация.

7. Единое окно доступа к образовательным ресурсам – информационная система(<http://window.edu.ru/window/>) Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" создана по заказу Федерального агентства по образованию в 2005-2008 гг. Целью создания информационной системы "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" (ИС "Единое окно") является обеспечение свободного доступа к интегральному каталогу образовательных интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов для общего и профессионального образования и к ресурсам системы федеральных образовательных порталов. В разделе Библиотека представлено более 27 000 учебно-методических материалов, разработанных и накопленных в системе федеральных образовательных порталов, а также изданных в университетах, ВУЗах и школах России. Все электронные копии учебно-методических материалов были размещены в "Библиотеке" с согласия университетов, издательств и авторов или перенесены с порталов и сайтов, владельцы которых не возражают против некоммерческого использования их ресурсов. В Каталоге хранится более 54 000 описаний образовательных интернет-ресурсов, систематизированных по дисциплинам профессионального и предметам общего образования, типам ресурсов, уровням образования и целевой аудитории. В ИС "Единое окно" предусмотрена единая система рубрикации, возможен как совместный, так и раздельный поиск по ресурсам "Каталога" и "Библиотеки".

8. КиберЛенинка – научная электронная библиотека (<http://cyberleninka.ru/>) «КиберЛенинка» – это научная электронная библиотека, основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки. КиберЛенинка поддерживает распространение знаний по модели открытого доступа (OpenAccess), обеспечивая бесплатный оперативный доступ к научным публикациям в электронном виде, которые в зависимости от договорённостей с правообладателем размещаются по лицензии CreativeCommonsAttribution (CC-BY). Для поиска текстов «КиберЛенинка» предлагает каталог научных статей на основе Государственного рубрикатора научно-технической информации (ГРНТИ), а также систему полнотекстового научного поиска, поддерживающую русскую морфологию. С июня 2013 года «КиберЛенинка» полноценно индексируется в системе научного поиска GoogleScholar. Пользователям библиотеки предоставляется возможность читать научные работы с экрана планшета, мобильного телефона и других современных мобильных устройств.

9. Российская национальная библиотека (http://primo.nlr.ru/primo_library/libweb/action/search.do?menuitem=2&catalog=true) коллекции Электронных изданий Российской национальной библиотеки.

10. УИС Россия (<http://www.cir.ru/>; <http://uisrussia.msu.ru/index.jsp>) Университетская информационная система РОССИЯ включает коллекции законодательных и нормативных

документов, статистику Госкомстата и Центризбиркома России, издания средств массовой информации, материалы исследовательских центров, научные издания и т. д. Доступ к аннотациям и частично полным текстам документов (свободный доступ) можно получить с любого компьютера. Для этого необходимо зарегистрироваться на сайте и получить пароль.

11. Электронный каталог диссертаций и авторефератов (<http://www.nbu.gov.ua/db/dis.html>) ЭК содержит библиографические записи на 39 тыс. диссертаций и 51 тыс. авторефератов диссертаций с 1994 года.

12. PubMedCentral (PMC) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) База данных обеспечивает свободный доступ к рефератам, полнотекстовым статьям из зарубежных научных журналов по биологии и медицине.

13. Medline. (<http://www.medline.ru>) База MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США.

14. База данных ВИНТИ (<http://www.viniti.ru/>) по естественным, точным и техническим наукам - База данных (БД) ВИНТИ – одна из крупнейших в России баз данных по естественным, точным и техническим наукам. Включает материалы РЖ (Реферативного Журнала) ВИНТИ с 1981 г. по настоящее время. Общий объем БД – более 20 млн. документов. БД формируется по материалам периодических изданий, книг, фирменных изданий, материалов конференций, тезисов, патентов, нормативных документов, депонированных научных работ, 30% которых составляют российские источники. Пополняется ежемесячно. Документы БД ВИНТИ содержат библиографию, ключевые слова, рубрики и реферат первоисточника на русском языке.

15. База данных ВНИИЦ (<http://www.rntd.citis.ru/>) Всероссийский научно-технический информационный центр (ФГАНУ «ЦИТИС» – Федеральное государственное автономное научное учреждение «Центр информационных технологий и систем органов исполнительной власти») осуществляет формирование и поддержку национального библиотечно-информационного фонда Российской Федерации в части открытых неопубликованных источников научной и технической информации – отчеты о научно-исследовательских работах и опытно-конструкторских разработках (НИР и ОКР), кандидатские и докторские диссертации, переводы, информационные и регистрационные карты НИР и ОКР, информационные карты диссертаций, информационные карты алгоритмов и программ по всем областям науки и техники. БД содержат рефераты и библиографические описания соответствующих полнотекстовых документов.

16. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. (<http://www.studmedlib.ru/>) Электронно-библиотечная система «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» от издательской группы ГЭОТАР – Медиа содержит учебную литературу и дополнительные материалы, в том числе аудио-, видео-, анимации, тестовые задания, необходимые в учебном процессе студентам и преподавателям медицинских вузов.

17. Сургутский виртуальный университет. Электронная библиотека СурГУ.

5. Материально-техническое оснащение

5.1 Материально-техническое оснащение:

5.1.1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 224

Аудитории оборудованы мультимедийными средствами обучения, позволяют использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально: учебные аудитории оснащены мультимедиа проектором, экраном, ноутбуком, стационарной учебной доской, типовой учебной мебелью (столы, стулья). Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 22.

5.1.2 Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся в учебной аудитории № УК – 14/49.

Помещения предусмотрены для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связаны с медицинскими вмешательствами, оснащены специализированным оборудованием: тонометр, стетофонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий.

Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

- Учебные комнаты кафедры госпитальной терапии (терапевтический корпус Сургутской окружной клинической больницы, диагностический корпус Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» с оборудованием:

- мультимедийные проекторы,

- ноутбуки,

- персональные компьютеры.

- Терапевтические и реабилитационные отделения БУ Сургутской окружной клинической больницы и Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

Клинические лаборатории и диагностические отделения БУ Сургутской окружной клинической больницы и Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

- Отделения лучевой и эндоскопической диагностики (блок «В» терапевтического корпуса Сургутской окружной клинической больницы) и Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии

Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 14; ул. Ленина 69/1.

5.1.3 Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами в достаточном количестве. Адрес: г. Сургут ул. Энергетиков – 22.

6. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

6.1 Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания (Приложение 4), а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена.

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

6.3 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.

6.4 Апелляционная комиссия при рассмотрении апелляции о нарушении установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания принимает одно из следующих решений:

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

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

В последнем случае результат проведения ГИА подлежит аннулированию, в связи с чем, протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения комиссии.

6.5 Обучающемуся предоставляется возможность пройти ГИА в дополнительные сроки, установленные СурГУ.

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

– об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

– об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

6.7 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

6.9 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

Примеры тестового контроля для междисциплинарного тестового экзамена

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки

- A. Общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- B. Общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- C. Общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение - это

- A. Гигиеническая наука
- B. Клиническая наука
- C. Интегративная наука
- D. Общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы

- A. Исторический
- B. Статистический
- C. Экспериментальный
- D. Экономический
- E. Социологический
- F. Все вышеперечисленные

4. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме

- A. Генетические
- B. Природно-климатические
- C. Уровень и образ жизни населения
- D. Уровень, качество и доступность медицинской помощи
- E. Все вышеперечисленное

5. Основными задачами здравоохранения на этапе кризисного развития экономики являются, кроме:

- A. Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- B. Использование финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- C. Сохранение общественного сектора здравоохранения
- D. Увеличение кадрового потенциала
- E. Переход на медицинское страхование

6. При атеросклерозе первично поражаются:

- A. Артериолы
- B. Артерии мышечного типа
- C. Артерии эластического типа
- D. Артерии мышечно-эластического типа
- E. Вены

7. Выбрать один правильный ответ. Оболочка стенки артерии, которая преимущественно поражается при атеросклерозе:

- A. Адвентиция
- B. Медиа
- C. Интима

8. Выбрать все правильные ответы. Клинико-морфологические формы атеросклероза:

- A. Аорты
- B. Почечных артерий
- C. Артерий желудка
- D. Артерий мозга
- E. Легочной артерии

9. Выбрать все правильные ответы. Стадии атеросклероза:

- A. Жировые бляшки
- B. Пристеночный тромб
- C. Жировые пятна и полосы
- D. Фиброзные бляшки
- E. Осложненные поражения

10. Выбрать все правильные ответы. Факторы риска атеросклероза:

- A. Гиперлипидемия
- B. Увеличение уровня ЛПВП в сыворотке крови
- C. Гипергликемия
- D. Артериальная гипертензия
- E. Стресс

11. Морфологические признаки гепатоза:

- A. Зернистая дистрофия
- B. Гидропическая дистрофия
- C. Гиалиново – капельная дистрофия
- D. Жировая дистрофия
- E. Роговая дистрофия

12. Наследственный гепатоз проявляется при заболеваниях:

- A. болезнь Вильсона
- B. болезнь Гирке
- C. болезнь Пика
- D. болезнь Риклинхаузена
- E. болезнь Боткина

13. Эндогенные причины токсической дистрофии печени:

- A. Тиреотоксикоз
- B. Сахарный диабет
- C. Болезнь Иценко-Кушинга
- D. Акромегалия

14. Морфологические признаки цирроза:

- A. Склероз портальных трактов
- B. Некроз гепатоцитов
- C. Нарушение балочного строения гепатоцитов
- D. Воспалительная инфильтрация
- E. Пролиферация желчных протоков

15. Причинами гемолитической анемии являются:

- A. Гемосидероз печени
- B. Отравление соединениями свинца
- C. Введение пенициллина
- D. Сфероцитоз

16. Признаками железодефицитной анемии являются:

- A. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
- B. Увеличение размеров эритроцитов
- C. Гиперхромия эритроцитов
- D. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге
- E. Дефицит фолиевой кислоты

17. Понятие «медицинская этика» включает в себя

- A. форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников
- B. форму правовой регуляции деятельности медицинских работников

18. При каком сроке беременности допускается прерывание беременности по желанию женщины

- A. до 12 недель
- B. до 24 недель

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1 A	2 D	3 F	4 E	5 D	6 ACD	7 C	8 ABD	9 CDE
10 ABCDE	11 A	12 AC	13 A	14 CE	15 D	16 ACDE	17 A	18 A

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)**

Примерный перечень основных практических навыков, рекомендованных к освоению

1. Правильная оценка жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, клинического обследования пациента терапевтического профиля; установление предварительного диагноза.
2. Правильный выбор и оценка результатов лабораторных методов исследования для данного клинического случая.
3. Правильный выбор и оценка результатов инструментальных методов исследования для данного клинического случая.
4. Проведение дифференциального диагноза.
5. Установление клинического диагноза: определение основного заболевания и его осложнений, фонового и сопутствующего (-их) заболеваний.
6. Назначение не медикаментозной и медикаментозной терапии на госпитальном и амбулаторном этапе ведения.
7. Составление программы профилактических мероприятий для данного клинического случая.

БУ ВО ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)

Пример теоретического вопроса

Болезни печени. Цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.

Пример ситуационной задачи

Мужчина, 75 лет, пенсионер. Жалобы на приступообразные давящие, жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Около двух месяцев назад по пути на работу во время ходьбы в привычном темпе впервые возникли давящие боли за грудиной, прекратившиеся через 2–3 мин после остановки. Продолжил ходьбу в более медленном темпе. В дальнейшем подобные приступы возникали ежедневно, обычно в утренние часы, и при ходьбе в привычном темпе через 200–300 метров. По совету сослуживца начал принимать нитроглицерин во время приступа болей с положительным эффектом. В течение последних пяти лет отмечаются колебания артериального давления в пределах 150–170/96–100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты не принимал. В настоящее время обратился в поликлинику по месту жительства.

Из анамнеза жизни: курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Отец пациента умер от инфаркта миокарда в 53-летнем возрасте. Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение свободное. Рост 175 см. Вес 78 кг. ИМТ 25,2 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски. Цианоза нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Ширина сосудистого пучка 5 см. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – снаружи от правого края грудины на 1 см, левая – по левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне третьего ребра. Тоны сердца приглушены, ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 164/96 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации безболезненный. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$; Hb – 145 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %; нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 71 %; лимфоциты – 22 %; моноциты – 3 %; СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: уд. вес – 1018; сахар, белок – отрицательный; плоский эпителий 1–2 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты отсутствуют.

Биохимическое исследование крови: общий холестерин крови – 6,2 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 98 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

ВЭМ: на 2-й минуте нагрузки в 50 Вт достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений, появилась желудочковая экстрасистолия, горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,5 мм.

1. Сформулировать диагноз.
2. Составить план дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
4. План диспансерного наблюдения больного.
5. Прогноз.

**Резолюция председателя апелляционной
комиссии
СурГУ:**

В апелляционную комиссию
СурГУ

(Ф.И.О. заявителя)

проживающей(го) по адресу

Телефон _____

Электронная почта _____

« ____ » _____ 20__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу пересмотреть в порядке апелляции результат итогового аттестационного испытания (государственного экзамена/защиты выпускной квалификационной работы), в связи с (ненужное зачеркнуть)

(указывается на нарушение установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и/или несогласия с результатами государственного экзамена)

« ____ » _____ 20__ г.

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. заявителя)

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Приложение к рабочей программе

**Государственная итоговая аттестация
выпускников ординатуры**

Специальность:
31.08.31 ГЕРИАТРИЯ

Уровень подготовки кадров высшей
квалификации по программе
ординатуры

Квалификация:
Врач - гериатр

Форма обучения:
очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры внутренних болезней
«_12» _мая _2020года, протокол № 10/1



Зав.кафедрой д.м.н., профессор

___ О.Л. Арямкина

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция УК-1

Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
Знает	Умеет	Владеет
теоретической основы нервной деятельности, механизмы абстрактного мышления;	организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез);	методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления.

Компетенция УК-2

Готовностью управления коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия		
Знает	Умеет	Владеет
Конституцию РФ, законы и иные нормативные акты в сфере образования и здравоохранения; обучение и переподготовка персонала теория управления персоналом; аттестация и сертификация персонала	применять современные методы управления коллективом;	нормативно- распорядительной документацией в области управления коллективом, формирования толерантности

Компетенция УК-3

Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно- правовому регулированию в сфере здравоохранения.		
Знает	Умеет	Владеет
нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе высшего, среднего и дополнительного образования, роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала;	осуществлять отбор и использовать оптимальные методы преподавания, разработать программу непрерывного профессионального образования и повышения квалификации медицинского персонала учреждения;	современными образовательными технологиями

Компетенция ПК-1

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания		
Знает	Умеет	Владеет
методику исследования здоровья пациентов пожилого и старческого возраста с целью его сохранения, укрепления и	использовать информацию о здоровье населения пожилого и старческого возраста в деятельности медицинских организаций; анализировать информацию о состоянии здоровья пожилого населения;	методикой исследования здоровья пациентов пожилого и старческого возраста с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методикой

<p>восстановления; методику определения влияния факторов окружающей среды на здоровье пожилого населения; формы и методы организации гигиенического образования пожилого населения; основные проблемы и направления современного общественного здравоохранения и международной политики в этой области; принципы организации программ профилактики, диспансеризацию населения пожилого и старческого возраста; особенности первичной, вторичной и третичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний; современные методики лабораторной и инструментальной диагностики; особенности лабораторных и инструментальных признаков патологии внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; методы профилактики возникновения заболеваний различных органов; устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания</p>	<p>перечень мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности профилактической помощи населению пожилого и старческого возраста, формированию здорового образа жизни; интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования; использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности; использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие заболеваний.</p>	<p>определения влияния факторов окружающей среды на здоровье пожилого населения; методами организации гигиенического образования пожилого населения; методикой формирования и реализации профилактических программ; выполнением лабораторных и инструментальных исследований различных органов и систем с целью выявления ранних симптомов патологии внутренних органов; навыками осуществления санитарно-просветительской работы с пациентами пожилого и старческого возраста, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение возникновения заболеваний, методами профилактики заболеваний</p>
---	---	--

Компетенция ПК-2

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными		
Знает	Умеет	Владет
<p>основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения пожилого и старческого возраста; основные и дополнительные методы обследования, необходимые для оценки состояния внутренних органов и результатов лечения на</p>	<p>анализировать и оценивать качество медицинской, специализированной помощи, состояние здоровья населения пожилого и старческого возраста; влияние его факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; провести общеклиническое</p>	<p>навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением пожилого и старческого возраста; направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний; навыками заполнения учетно-отчетной документации врача гериатра; навыками оформления</p>

<p>этапах наблюдения; алгоритм обследования пациентов пожилого и старческого возраста с заболеванием внутренних органов; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации; требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; комплексную взаимосвязь между общими заболеваниями; правила составления диспансерных групп; основные причины диспансеризации больных пожилого и старческого возраста с различными заболеваниями; задачи и основные направления исследований в области общественного здоровья; понятие о планировании исследования; основы качественных и количественных методов исследования в общественном здравоохранении; организацию работы с информацией при проведении исследований; понятие о достоверности результатов исследования; понятие моделирования при проведении исследований; понятие о доказательной медицине и доказательной медицинской практике.</p>	<p>исследование по показаниям; выяснить жалобы пациента. Собрать анамнез заболевания и жизни, заполнять карту здоровья; проводить клиническое обследование пациента пожилого и старческого возраста; внешний осмотр, оценку локального статуса; формировать диспансерные группы; обосновать необходимость проведения методов профилактики заболеваний различных органов; выявлять состояния, угрожающие жизни больного, связанные с заболеваниями; работать с профессиональной, в том числе научной литературой; определить тему исследования в области общественного здоровья, актуальность темы, формулировать цель, задачи; правильно выбирать единицу наблюдения, объект, предмет, методы исследования в области общественного здоровья; составить план исследования; оформить результаты исследования.</p>	<p>информированного согласия; методами контроля за эффективностью диспансеризации; основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки научной информации; основами организации, планирования, проведения, обработки результатов исследования по общественному здравоохранению и их публичного представления; способами организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных,</p>
--	---	---

Компетенция ПК-3

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях		
Знает	Умеет	Владеет
<p>методы осуществления комплекса противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста; и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций.</p>	<p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии заболеваемости у пациентов пожилого и старческого возраста; проводить санитарно-</p>	<p>методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии заболеваний человека в условиях чрезвычайных ситуаций; основами профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению заболеваемости населения пожилого и старческого возраста.</p>

	просветительную работу по санитарно-гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях.	
--	---	--

Компетенция ПК-4

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков		
Знает	Умеет	Владеет
методику исследования здоровья населения пожилого и старческого возраста с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье пожилого населения; ведущие медико-демографические показатели, характеризующие общественное здоровье, определение и уровень в динамике; структуру причин и уровни смертности; показатели заболеваемости пациентов пожилого и старческого возраста и инвалидности, определение, характеристики, уровень и структур; основные показатели работы медицинской организации.	вычислять и оценивать основные демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения пожилого и старческого возраста; вычислять и оценивать уровень и структуру заболеваемости, смертности; вычислять и оценивать показателя, характеризующие заболеваемость с временной утратой трудоспособности; вычислять и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций.	навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения пожилого и старческого возраста; навыками вычисления и оценки уровня и структуры заболеваемости, смертности; навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности; навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций.

Компетенция ПК-5

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Знает	Умеет	Владеет
основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику); современные методы оценки состояния функций различных органов и систем, необходимые для определения ведущего синдрома патологии, постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем пациентов пожилого	интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования; поставить предварительный диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования у пациентов пожилого и старческого возраста;	алгоритмом постановки ведущего клинического синдрома патологии с заболеваниями внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; в соответствии с международной классификацией болезней; анализом основных лабораторных и инструментальных исследований; алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний

и старческого возраста; алгоритм диагностики патологических состояний различных органов; алгоритм диагностики неотложных состояний; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики заболеваний внутренних органов.		
--	--	--

Компетенция ПК-6

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

Знает	Умеет	Владеет
порядок оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста с патологией внутренних органов; современные рекомендации и стандарты лечения заболеваний внутренних органов; клиническую фармакологию основных лекарственных препаратов, используемых в терапии заболеваний внутренних органов; основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при заболеваниях внутренних органов.	Назначать адекватную этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, используемую при заболеваниях внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; оценивать эффективность терапии, побочные эффекты назначенного лечения, проводить коррекцию терапии.	навыками назначения адекватной терапии при заболеваниях внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; навыками оценки эффективности терапии, оценки побочных эффектов назначенного лечения, проведения коррекции терапии.

Компетенция ПК-7

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

Знает	Умеет	Владеет
- как диагностировать жизнеопасные нарушения и как оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; - как идентифицировать основные опасности окружающей среды, оценивать риск их реализации; - выбирать методы защиты от вредных и опасных факторов; - как применять методы защиты от опасностей в процессе деятельности врача;	- определить необходимый вид медицинской помощи, - организовать медицинскую сортировку на этапах медицинской эвакуации; - организовать лечебно-эвакуационные мероприятия в случае применения современных видов оружия; - определять риски, связанные с применением современных средств вооруженной борьбы; - умеет оказать медицинскую помощь при поражающих факторах чрезвычайных ситуаций природного	- приемами медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях; - способами оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи при неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; - приемами и способами эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; - приемами и способами использования индивидуальных средств защиты;

<p>- как определять объем и вид медицинской помощи в зависимости от медицинской обстановки;</p> <p>- как выбирать методы защиты от вредных и опасных факторов;</p> <p>- как оказывать первую, доврачебную и первую врачебную помощь при неотложных состояниях пораженному населению пожилого и старческого возраста в чрезвычайных ситуациях различного характера;</p>	<p>характера: землетрясения, наводнения, другие стихийные бедствия;</p>	
--	---	--

Компетенция ПК-8

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

Знает	Умеет	Владеет
<p>основы законодательства РФ, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения, различных возрастно-половых и социальных групп; основы страховой медицины в РФ, структуру современной системы здравоохранения РФ, деятельность органов и учреждений системы здравоохранения; основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения различных возрастно-половых и социальных групп; основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения и подростков, деятельности медицинских учреждений и в научных исследованиях; основы организации амбулаторно - поликлинической и стационарной помощи населению заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста, современные организационные формы работы</p>	<p>организовать деятельность медицинской организации и их структурных подразделений в соответствии с действующим законодательством;</p> <p>анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья пожилого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи;</p> <p>участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической, профилактической и реабилитационной помощи населению пожилого и старческого возраста с учетом социально-профессиональной и возрастно-половой структуры;</p> <p>разработать пожилому пациенту план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;</p>	<p>методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения; оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых и социальных групп;</p> <p>алгоритмом организации диспансерного наблюдения декретированных контингентов населения и пациентов с хроническими заболеваниями.</p>

и диагностические возможности поликлинической службы; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов; организацию и проведение реабилитационных мероприятий среди населения пожилого и старческого возраста, механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению;	проводить с пациентами и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни; вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях;	
---	--	--

Компетенция ПК-9

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		
Знает	Умеет	Владеет
формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения; основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья; хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности; главные составляющие здорового образа жизни.	организовать работу по формированию у населения, пациентов пожилого и старческого возраста; и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека; устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны; понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни.	проведением бесед, лекций на тему раннего выявления заболеваний методом проверочных рентгенологических исследований.

Компетенция ПК-10

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны

здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
Знает	Умеет	Владеет
нормативные правовые акты РФ в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в РФ; основы медицины катастроф.	организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений в различных эпидемиологических условиях, в том числе в чрезвычайных ситуациях.	навыками организации деятельности медицинских организаций в различных эпидемиологических условиях, в том числе в чрезвычайных ситуациях.

Компетенция ПК-11

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Знает	Умеет	Владеет
методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций; методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала; вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.	оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; применять знания по нормативному, финансовому, ресурсному, методическому обеспечению качества медицинской помощи при решении ситуационных задач; анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач; применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи.	методами оценки качества медицинской помощи.

Компетенция ПК-12

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Знает	Умеет	Владеет
- порядок взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения.	- выбирать методы защиты от вредных и опасных факторов, включая чрезвычайные ситуации, связанные с применением современных средств вооруженной борьбы и чрезвычайные ситуации	- приемами медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях; - приемами и способами эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

	природного характера: землетрясения, наводнения, другие стихийные бедствия.	
--	---	--

По итогам обучения ординаторов проводятся этапы Государственной итоговой аттестации, состоящей из междисциплинарного тестового экзамена, практических навыков, государственного экзамена по специальности.

Каждый из этапов Государственной итоговой аттестации оцениваются по четырехбальной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	-нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе высшего, среднего и дополнительного образования, роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала -методику исследования здоровья населения пожилого и старческого возраста с целью его сохранения, укрепления и восстановления; -современные методики рентгенологической диагностики; -ранние рентгенологические признаки патологии органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, поверхностных органов; -основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения пожилого и старческого возраста; основные и дополнительные методы обследования,	Отлично	заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание;
		Хорошо	заслуживает учащийся, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется учащемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы, правильно выполнившему

<p>необходимые для оценки состояния внутренних органов и результатов лечения на этапах наблюдения;</p> <p>-алгоритм обследования пациентов пожилого и старческого возраста с заболеванием внутренних органов;</p> <p>-ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации;</p> <p>-требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры;</p> <p>- комплексную взаимосвязь между общими заболеваниями</p> <p>-правила составления диспансерных групп;</p> <p>- основные причины диспансеризации</p> <p>- понятие о достоверности результатов исследования; понятие моделирования при проведении исследований;</p> <p>-понятие о доказательной медицине и доказательной медицинской практике.</p> <p>-методы осуществления комплекса противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения заболеваний и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций.</p> <p>-основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику);</p> <p>- современные методы</p>		<p>практическое задание, но допустившему при этом непринципиальные ошибки.</p>
	Удовлетворительно	<p>заслуживает учащийся, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
	Неудовлетворительно	<p>выставляется студенту обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.</p>

	<p>оценки состояния функций различных органов и систем у пожилых, необходимые для определения ведущего синдрома патологии, постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритм диагностики патологических состояний различных органов; - алгоритм диагностики неотложных состояний; -классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста. -классификации и метрологические характеристики аппаратуры для рентгенологической диагностики; -основы анатомии и клинической физиологии сердечно-сосудистой, нервной, костно-мышечной, мочевыделительной, репродуктивной, дыхательной систем, ЖКТ у пациентов пожилого и старческого возраста; -нормальную рентгенологическую картину костной системы, органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза мужчины и женщины, сердца, поверхностных органов, мягких тканей, суставов у 		
--	--	--	--

	<p>пожилых;</p> <ul style="list-style-type: none"> -основные рентгенологические симптомы патологии костной системы, органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза мужчины и женщины пожилого и старческого возраста, сердца, поверхностных органов, мягких тканей, суставов; -показания и анализ результатов проведения инвазивных, УЗ исследований функциональных исследований, МРТ. -формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения пожилого и старческого возраста; - основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья у пожилых; - хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности; -главные составляющие здорового образа жизни. -системы здравоохранения (государственная система здравоохранения, система медицинского страхования и др.); -основные принципы организации первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и неотложной помощи; -структуру амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи медицинских организаций, оказывающих 		
--	---	--	--

	<p>медицинскую помощь различным группам населения;</p> <ul style="list-style-type: none"> -международный опыт организации и управления здравоохранением; -основные принципы организации лекарственного обеспечения населения. -методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций; - методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала; - вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности. -нормативные правовые акты РФ в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; -теоретические основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в РФ; - основы медицины катастроф. 		
Умеет	<ul style="list-style-type: none"> -организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез) -применять современные методы управления коллективом -осуществлять отбор и использовать оптимальные методы преподавания, разработать программу непрерывного профессионального образования и повышения квалификации 	Отлично	<p>заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно ответившему на все вопросы в</p>

<p>медицинского персонала учреждения</p> <ul style="list-style-type: none"> -использовать информацию о здоровье населения пожилого и старческого возраста в деятельности медицинских организаций; -анализировать информацию о состоянии здоровья пожилого населения; -составлять перечень мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности профилактической помощи населению пожилого и старческого возраста формированию здорового образа жизни; -интерпретировать результаты лабораторных и рентгенологических методов исследования; -использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности; -использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие особенности развитие заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста. анализировать и оценивать качество медицинской, специализированной помощи, состояние здоровья населения пожилого и старческого возраста, влияние его факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; -провести общеклиническое исследование по 		<p>рамках основной программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание;</p>
	Хорошо	<p>заслуживает учащийся, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется учащемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом не принципиальные ошибки.</p>
	Удовлетворительно	<p>заслуживает учащийся, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
	Неудовлетворительно	<p>выставляется студенту обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.</p>

	<p>показаниям; выяснить жалобы пациента.</p> <p>-Собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять карту здоровья;</p> <p>-проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, оценку локального статуса;</p> <p>-формировать диспансерные группы;</p> <p>-обосновать необходимость проведения методов профилактики заболеваний различных органов у пациентов пожилого и старческого возраста;</p> <p>-выявлять состояния, угрожающие жизни больного, связанные с заболеваниями;</p> <p>-работать с профессиональной, в том числе научной литературой;</p> <p>-определить тему исследования в области общественного здоровья, актуальность темы,</p> <p>-формулировать цель, задачи;</p> <p>-проводить санитарно-просветительную работу по санитарно-гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях.</p> <p>-интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования у пациентов пожилого и старческого возраста;</p> <p>-поставить предварительный диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.</p> <p>-определять показания и</p>		
--	--	--	--

	<p>целесообразность к проведению рентгенологического метода исследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбирать адекватные методы исследования; - определять какие дополнительные методы обследования пациента необходимы для уточнения диагноза; -оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; - проводить исследование на различных видах рентген-аппаратуры; -соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами; -оценивать исправность отдельных блоков и всей рентгенологической установки; выбрать необходимый режим для рентгенологического исследования; -получать и документировать диагностическую информацию в удобном для интерпретации виде; - выявлять изменения исследуемых органов и систем у пожилых; -определять характер и выраженность отдельных рентгенологических признаков; -сопоставлять выявленные при лучевом методе исследования признаки с данными клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования; -относить полученные данные к тому или иному классу заболеваний; 		
--	--	--	--

	<p>-квалифицированно оформлять рентгенологическое заключение;</p> <p>-давать рекомендации лечащему врачу о плане дальнейшего исследования пациента;</p> <p>-оформлять учетно-отчетную документацию;</p> <p>-распределять во времени выполнение основных работ, составлять планы работ;</p> <p>-распределять по времени и месту обязанности персонала и контролировать выполнение этих обязанностей;</p> <p>-проводить систематическую учебу и повышение теоретических знаний и навыков персонала;</p> <p>-оценивать результаты и дифференцировать основные диагностические признаки заболеваний, выявляемых при других методах визуализации (УЗ, МРТ, радионуклидных, эндоскопических);</p> <p>-организовать работу по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;</p> <p>-понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни.</p> <p>-организовать деятельность медицинской организации и их структурных</p>		
--	--	--	--

	<p>подразделений в соответствии с действующим законодательством.</p> <ul style="list-style-type: none"> -оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; -оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; -применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; -применять знания по нормативному, финансовому, ресурсному, методическому обеспечению качества медицинской помощи при решении ситуационных задач; -анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач; -применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи. -организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений в различных эпидемиологических условиях, в том числе в чрезвычайных ситуациях. 		
--	--	--	--

<p>Владеет</p>	<p>-методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления. -нормативно-распорядительной документацией в области управления коллективом, формирования толерантности -современными образовательными технологиями -навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний; -навыками заполнения учетно-отчетной документации врача рентгенолога; -навыками оформления информированного согласия; -методами контроля за эффективностью диспансеризации; -основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки научной информации; -основами организации, планирования, проведения, обработки результатов исследования по общественному здравоохранению и их публичного представления; -способами организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, -методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии заболеваний человека в</p>	<p>Отлично</p>	<p>заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безусловно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание;</p>
----------------	---	----------------	---

	<p>условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <ul style="list-style-type: none"> -основами профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению заболеваемости населения. -навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения пожилого и старческого возраста; -навыками вычисления и оценки уровня и структуры заболеваемости, смертности; -навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности; -навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций. -алгоритмом постановки ведущего клинического синдрома патологии с заболевания внутренних органов в соответствии с международной классификацией болезней у пациентов пожилого и старческого возраста; -анализом основных лабораторных и инструментальных исследований; - алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний провести полное рентгенологическое исследование органов, исходя из возможностей аппарата; 		
--	---	--	--

	<p>- выявить рентгенологические признаки изменений в костной системе, органах брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, сердца, сосудов, поверхностных органах, суставах, мягких тканях;</p> <p>-провести рентгенологическую дифференциальную диагностику, исходя из возможностей рентгенологического метода, выявив признаки патологии;</p> <p>-выявить вторичные изменения, вызванные патологическими процессами смежных органов и тканях при генерализованном процессе;</p> <p>-выявить рентгенологические признаки изменений после наиболее распространенных операций, оперативных осложнений;</p> <p>-сформулировать заключение (либо, в некоторых случаях дифференциальный ряд), определить при необходимости сроки и характер повторного рентгенологического исследования и целесообразность дополнительного проведения других диагностических исследований.</p> <p>-проведением бесед, лекций на тему раннего выявления заболеваний методом проверочных рентгенологических исследований.</p>		
--	---	--	--

	<p>-алгоритмом организации диспансерного наблюдения населения пожилой и старческого возраста с хроническими заболеваниями.</p> <p>-методами оценки качества медицинской помощи.</p> <p>-навыками организации деятельности медицинских организаций в различных эпидемиологических условиях, в том числе в чрезвычайных ситуациях.</p>		
--	--	--	--

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

1. Дисциплины: Гериатрия, Хирургические болезни в пожилом и старческом возрасте, Заболевания нервной системы в пожилом и старческом возрасте, Особенности инфекционных заболеваний в пожилом и старческом возрасте, Неотложные состояния при заболеваниях мочеполовых органов в пожилом и старческом возрасте, Онкология, Физиотерапия, Организация медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста, Диетотерапия в гериатрии.

Компетенция	Значение компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Номера тестов: 1-80
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Номера тестов: 51, 77
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Номера тестов: 1-80
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Номера тестов: 2, 24, 30, 36, 44, 62, 71, 73
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Номера тестов: 32, 65, 69, 74, 75
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Номера тестов: 2, 11, 12, 77
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Номера тестов: 13
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Номера тестов: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31, 34, 38, 42, 55, 56, 59, 60, 63, 58, 70, 71, 73, 74, 75

ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов пожилого и старческого возраста	Номера тестов: 27, 32, 36, 57, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 76, 77, 78, 79, 80
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Номера тестов: 11, 12, 77
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Номера тестов: 36, 69, 78, 79, 80
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Номера тестов: 1, 23, 24, 30, 36, 37, 53
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Номера тестов: 12, 13, 65

Тестовые задания:

- Выраженным гепатотоксическим эффектом обладает следующий препарат:**
 - циклофосфан;
 - адриобластин и его аналоги;
 - винкристин;
 - натулан;
 - 6-меркаптопурин.
- Цитостатик, обладающий нефротоксическим эффектом:**
 - циклофосфан;
 - интерфероны;
 - алкеран;
 - мустарген;
 - лейкеран.
- Цитостатик, который обладает нейротоксическим эффектом, особенно у людей старших возрастных групп:**
 - мустарген;
 - цитазар;
 - винкристин;
 - лейкеран;
 - алкеран.
- Плазмаферез является абсолютным показанием при:**
 - обычном течении миеломной болезни;
 - парапротеинемической коме;
 - аутоиммунной гемолитической анемии с неполными тепловыми антителами;
 - аутоиммунной гемолитической анемии с полными холодowymi антителами и криоглобулинемией;

- Д) выраженных признаках иммуннокомплексной патологии.
5. **Для выведения из гипогликемической комы необходимы мероприятия:**
А) внутривенное капельное введение 10% глюкозы;
Б) внутривенное струйное введение 40% глюкозы; внутривенное струйное введение 40% изотонического раствора;
Г) внутривенное капельное введение 5% глюкозы;
Д) внутривенное капельное введение 40% глюкозы с 6-8 ЕД инсулина.
6. **Патогенетической терапией при постменопаузальной дисгормональной кардиопатии является назначение:**
А) бета-блокаторов;
Б) эстрогенов;
В) андрогенов;
Г) L- тироксина;
Д) антагонистов кальция.
7. **Лиц пожилого возраста на медико-социальную экспертизу направляет:**
А) врач поликлиники;
Б) врач стационара;
В) врач реабилитационного центра;
Г) врач санатория;
Д) врач диспансера.
8. **Тяжелая стадия некоторых заболеваний у пожилых сопровождается белковой недостаточностью. При этом:**
А) снижается масса тела;
Б) снижается метаболизм лекарственных средств в печени;
В) возникают отеки;
Г) изменяется фармакокинетика лекарственных средств;
Д) развивается гипопротеинемия.
9. **При развитии декомпенсированного хронического легочного сердца назначают следующие препараты:**
А) сердечные гликозиды;
Б) эуфиллин;
Г) мочегонные средства;
Д) ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (каптоприл, энап);
Е) М-холиномиметики.
10. **Найдите верные утверждения:**
А) количество воды в организме у пожилых снижено, поэтому концентрация водорастворимых препаратов в крови может увеличиваться;
Б) в связи с увеличением в старческом организме количества жировой ткани, концентрация жирорастворимых веществ в крови уменьшается, объем их распределения увеличивается;
В) концентрация альбуминов в организме у пожилых уменьшается, поэтому в крови увеличивается пропорция несвязанных лекарственных средств;
Г) распределение лекарственных средств в организме у пожилых уменьшается в связи со снижением скорости кровотока;
Д) распределение лекарственных средств в старческом организме изменяется из-за увеличения веса тела.

- 11. Особенности фармакокинетики лекарственных средств в пожилом организме:**
А) всасывание лекарственных средств замедляется;
Б) метаболизм препаратов снижается;
В) меняется распределение лекарственных средств;
Г) изменяется экскреция лекарственных средств;
Д) меняется проникновение лекарственных средств через клеточные оболочки.
- 12. Всасывание лекарственных средств у пожилых замедляется из-за:**
А) замедления кровотока;
Б) снижения физической активности;
В) снижения двигательной активности желудочно-кишечного тракта;
Г) увеличения коронарного кровотока;
Д) увеличения количества воды в организме.
- 13. Причинами изменения распределения лекарственных средств в старческом организме являются:**
А) снижение массы тела;
Б) снижение количества воды в организме;
В) повышение количества жировой ткани;
Г) изменение липидного спектра крови;
Д) повышение концентрации альбуминов плазмы.
- 14. Причинами снижения метаболизма лекарственных средств в пожилом организме являются:**
А) уменьшение индукции ферментативных процессов в печени;
Б) уменьшение печеночного кровотока;
В) уменьшение почечного кровотока, клубочковой фильтрации и канальцевой секреции;
Г) увеличение количества воды в организме;
Д) изменение липидного спектра крови.
- 15. С возрастом увеличивается частота побочных реакций на лекарственные средства. Это связано с:**
А) увеличением числа принимаемых необходимых лекарственных средств;
Б) полиморбидностью;
В) потребностью в дополнительной коррекции доз лекарственных средств в связи с особенностями физиологического состояния старческого организма;
Г) снижением скорости клубочковой фильтрации и функцией почечных канальцев;
Д) уменьшением концентрации и связывающей способности белков плазмы.
- 16. Основная причина развития застойной сердечной недостаточности в пожилом возрасте - это:**
А) артериальная гипертония;
Б) ишемическая болезнь сердца;
В) клапанные пороки;
Г) метаболические расстройства;
Д) коллагеновые заболевания.
- 17. Поражение клапана в сочетании с субфебрильной температурой, увеличением СОЭ и эмболиями указывает на:**
А) миокардит;
Б) инфекционный эндокардит;

- В) ревмокардит;
- Г) порок сердца;
- Д) атеросклероз.

- 18. Применение β -блокаторов у лиц пожилого возраста с сахарным диабетом может привести к:**
- А) декомпенсации сахарного диабета;
 - Б) нарушению сердечного ритма;
 - В) гипертензии;
 - Г) гипергликемии;
 - Д) гипогликемии.
- 19. Вазодилататором, действующим преимущественно на артериолы, является:**
- А) нитроглицерин;
 - Б) каптоприл;
 - В) апрессин;
 - Г) празозин;
 - Д) нитропруссид натрия.
- 20. Изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых соответствует уровень артериального давления, равный:**
- А) 140/85- 159/90 мм рт. ст.;
 - Б) ДАД 95-ММ мм рт. ст.;
 - В) ДАД 105-114 мм рт. ст.;
 - Г) САД > 160, ДАД не более 90 мм рт. ст.;
 - Д) ДАД > 105 мм рт. ст.
- 21. Внезапная, без предвестников, потеря сознания характерна для:**
- А) ортостатической гипотонии;
 - Б) вертебро-базилярной недостаточности;
 - В) нарушений сердечного ритма и/или проводимости;
 - Г) проявлений эпи-синдрома;
 - Д) интоксикации сердечными гликозидами.
- 22. Основным дифференциально-диагностическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда от нестабильной стенокардии является:**
- А) более выраженный болевой синдром;
 - Б) более длительное изменение ЭКГ;
 - В) выявление зон асинергии миокарда;
 - Г) повышение активности кардиоспецифических ферментов сыворотки крови в 1,5-2 раза выше нормы;
 - Д) более высокое значение СОЭ.
- 23. При спонтанной стенокардии средством выбора являются:**
- А) антагонисты кальция;
 - Б) нитраты;
 - В) бета-блокаторы;
 - Г) аспирин;
 - Д) анальгетики
- 24. Примерно у 30% больных со злокачественной артериальной гипертензией выявляют:**

- А) альдостерому;
- Б) феохромоцитому;
- В) вазоренальную артериальную гипертензию;
- Г) хронический гломерулонефрит;
- Д) хронический пиелонефрит.

25. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается:

- А) митральный стеноз;
- Б) митральная недостаточность;
- В) стеноз устья аорты;
- Г) недостаточность аортального клапана;
- Д) стеноз клапана легочной артерии.

26. Для установления диагноза и идентификации формы острого лейкоза необходимы следующие параклинические исследования:

- А) полный клинический анализ крови;
- Б) стерильная пункция;
- В) трепанобиопсия;
- Г) цитохимическое исследование;
- Д) цитогенетическое исследование.

27. Чаще всего причиной смерти больных острыми лейкозами является:

- А) кровоизлияние в мозг;
- Б) резко выраженное малокровие;
- В) цитостатическая энтеропатия;
- Г) поражение печени;
- Д) осложнения трансфузионной терапии.

28. Тяжелым по прогнозу заболеванием является:

- А) зрелоклеточная лимфома;
- Б) острый лейкоз;
- В) хронический миелолейкоз;
- Г) эритремия;
- Д) сублейкемический миелоз (миелофиброз).

29. Первое лечебное мероприятие при миеломной болезни - это:

- А) лучевая терапия;
- Б) лечение инфекционных осложнений;
- В) полихимиотерапия;
- Г) ортопедические мероприятия;
- Д) методы профилактики кардиотоксического действия лекарственных препаратов.

30. Наиболее частая причина смерти больных хроническим лимфолейкозом:

- А) инфекционные осложнения;
- Б) резко выраженное малокровие;
- В) кровоизлияние в мозг;
- Г) трансформация в лимфосаркому;
- Д) поражение печени

31. Из перечисленных заболеваний наиболее курабельным является:

- А) меланома;

- Б) множественный полипоз желудка или кишечника;
- В) лимфогранулематоз;
- Г) эритремия;
- Д) мелкоклеточный рак легкого.

32. **Основное отличие лейкомоидных реакций периферической крови от изменений крови при лейкозах - это:**
- А) несовпадение картины крови с тяжестью течения болезни;
 - Б) особенности клинического течения;
 - В) сложность диагностики;
 - Г) морфология клеток крови;
 - Д) степень тяжести прогноза.
33. **У больного 67 лет с нарастающей слабостью и похуданием отмечается нормохромная анемия (Hb 90 г/л), СОЭ 44 мм/ч, гиперпротеинемия 90г/л за счет гипергаммаглобулинемии, патологический парапротеин IgG, в пунктате костного мозга 10% плазматических клеток, наличие в моче белка Бене-Джонса; рентгенологически выявлены дефекты округлой формы в костях таза, черепа, компрессионный перелом XI грудного позвонка. Ваш диагноз:**
- А) болезнь Вальденстрема;
 - Б) миеломная болезнь;
 - В) болезнь тяжелых цепей;
 - Г) хронический лимфолейкоз;
 - Д) лимфогранулематоз.
34. **У больного мужчины 75 лет отмечаются: слабость, похудание, кровотечение из носа, десен, головокружение, увеличение селезенки, расширение и переполнение вен глазного дна, диффузный остеопороз, анемия, количество лейкоцитов $3,4 \cdot 10^9$ /л, лимфоцитов 40%, моноцитов 35%, СОЭ 90 мм/ч, гиперпротеинемия 70г/л, криоглобулины, патологический парапротеин IgM, наличие в моче белка Бене-Джонса, белок в моче 0,6 г/л, в пунктате костного мозга лимфоидная метаплазия. Ваш диагноз:**
- А) болезнь Вальденстрема (макроглобулинемический лимфоматоз);
 - Б) миеломная болезнь;
 - В) болезнь тяжелых цепей;
 - Г) хронический лимфолейкоз;
 - Д) лимфогранулематоз.
35. **У больного 65 лет отмечается: прогрессирующая слабость, гемоглобин 80г/л, эритроцитов $3,4 \cdot 10^{11}$ /л, сывороточное железо 11 мкм/л, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки до 88мкм/л, цветной показатель 0,80, концентрация гемоглобина в эритроците 30%, гематокрит 31%, коэффициент насыщения трансферрина железом 18%, лейкоцитов $3,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 12мм/ч, в пунктате костного мозга мегалобластов не обнаружено. Ваш диагноз:**
- А) железодефицитная анемия;
 - Б) В₁₂-дефицитная анемия;
 - В) серповидно-клеточная анемия;
 - Г) дефицит глюкозо-6 фосфат дегидрогеназы;
 - Д) большая талассемия.
36. **У больного через 48 часов после контакта с чихающим родственником внезапно**

поднялась температура тела до 39°C, появились общая слабость, потливость, боль головная и в мышцах, сухой кашель, слабовыраженная краснота ротоглотки. Ваш диагноз:

- А) респираторно-синцитиальная инфекция;
- Б) грипп;
- В) парагрипп;
- Г) ангина;
- Д) герпетическая инфекция.

37. У больного через 36 часов после контакта осенью на улице с чихающим прохожим остро повысилась температура тела до 39°C, появились озноб, грубый лающий кашель, осипший голос, шумное стенотическое дыхание, боли в горле, выраженная краснота ротоглотки. Ваш диагноз:

- А) респираторно-синцитиальная инфекция;
- Б) грипп;
- В) парагрипп;
- Г) ангина;
- Д) герпетическая инфекция.

38. Через 7 дней после контакта осенью на улице с кашляющим прохожим у больного при хорошем самочувствии повысилась температура тела до 37,8°C, появились небольшие слизистые выделения из носа, постоянный усиливающийся кашель, затруднение выдоха, краснота ротоглотки, в легких выслушивается большое количество свистящих сухих хрипов в легких. Рентгенологически - усиление бронхиального и сосудистого рисунка. Ваш диагноз:

- А) респираторно-синцитиальная инфекция;
- Б) грипп;
- В) парагрипп;
- Г) ангина;
- Д) острый бронхит.

39. Острое воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов, характеризующееся увеличением бронхиальной секреции, кашлем и иногда одышкой, называют:

- А) острым бронхитом;
- Б) острым ларингитом;
- В) острой пневмонией;
- Г) бронхолитеазом;
- Д) трахеобронхомегалией.

40. Наиболее частой внелегочной патологией, предшествующей острой пневмонии у больных пожилого возраста является:

- А) сахарный диабет;
- Б) опухоли;
- В) пиелонефрит;
- Г) ишемическая болезнь сердца;
- Д) тромбофлебит.

41. В течении типичной бактериальной пневмонии патоморфологи выделяют следующие фазы:

- А) инфильтрации, распада и обсеменения;

- Б) некроза и кальцинации;
- В) экссудации, трансудации и отложения фибрина;
- Г) серого и красного «опеченения»;
- Д) обструкции, рестрикции и деструкции.

42. Назокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

- А) у ранее не леченого человека;
- Б) до 48 ч после госпитализации человека;
- В) у беременной женщины после 20 недель беременности;
- Г) позднее 48 часов после госпитализации пациента;
- Д) у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания.

43. Согласно Международному консенсусу и Российскому терапевтическому протоколу, в классификацию пневмоний введены:

- А) острая, подострая, затяжная, хроническая;
- Б) аллергическая, бензиновая, посттравматическая, профессиональная;
- В) внебольничная, внутрибольничная, у лиц с иммунодефицитами, аспирационная;
- Г) требующая и не требующая хирургического лечения;
- Д) врожденная и приобретенная.

44. Основным результатом воздействия табачного дыма на систему местной защиты лёгких - это:

- А) угнетение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов;
- Б) уменьшение количества сульфгидрильных групп в бронхиальном секрете;
- В) уменьшение антипротеазной защиты;
- Г) угнетение активности акрилсульфата в лимфоцитах;
- Д) повышение содержания IgA в сыворотке крови.

45. Препаратами выбора при эмпирической терапии пожилых больных внебольничной пневмонией являются:

- А) ципрофлоксацин, перфлорксацин, офлоксацин;
- Б) стрептомицин и гентамицин;
- В) линкомицин и левомицетин;
- Г) имипенем и меропенем;
- Д) пенициллин, эритромицин, азитромицин.

46. Из заболеваний, вызывающих эзофагогастродуоденальные кровотечения, кровавая рвота наименее характерна для:

- А) язвы желудка;
- Б) грыжи пищеводного отверстия;
- В) варикозного расширения вен пищевода;
- Г) язвы 12-перстной кишки;
- Д) дивертикула пищевода.

47. Наличие желудочной метаплазии нижнего пищеводного сфинктера характерно для:

- А) эзофагита;
- Б) склеродермии;
- В) ахалазии пищевода;
- Г) скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы;

Д) пищевода Баррета.

- 48. Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются:**
- А) появление болей в эпигастрии через 40 минут после еды;
 - Б) дисфагия;
 - В) гиперсаливация;
 - Г) полиурия;
 - Д) повторная рвота, «шум плеска» натошак.
- 49. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в пожилом возрасте чаще связана с:**
- А) повреждающими свойствами рефлюктата (НСІ, пепсин, желчные кислоты);
 - Б) повышением внутрибрюшного давления;
 - В) повышением клиренса пищевода;
 - Г) снижением функции антирефлюксного барьера;
 - Д) нарушением опорожнения желудка.
- 50. Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни характерны:**
- А) боли в правом подреберье;
 - Б) задержка стула;
 - В) повторная рвота;
 - Г) кровотечение из вен пищевода;
 - Д) изжога, отрыжка, дисфагические расстройства.
- 51. Основным симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита у пожилых и старых:**
- А) симптом Щеткина-Блюмберга;
 - Б) симптом Ровзинга;
 - В) напряжение мышц в правой подвздошной области;
 - Г) симптом Кохера-Волковича;
 - Д) болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании.
- 52. Для возрастных изменений активности ферментов в 12-пестной и тощей кишках характерно:**
- А) повышение активности г- амилазы;
 - Б) повышение активности мальтазы;
 - В) сохранность активности инвертазы;
 - Г) сохранность активности лактазы;
 - Д) сохранность активности дипептидаз.
- 53. Секретин образуется:**
- А) в двенадцатиперстной кишке;
 - Б) в печени;
 - В) в поджелудочной железе;
 - Г) в дистальных отделах тонкой кишки;
 - Д) в гипоталамусе.
- 54. Для возрастных изменений слизистой оболочки 12-перстной и тонкой кишки характерно:**
- А) сохранение толщины слизистой;
 - Б) уменьшение высоты ворсинок;
 - В) увеличение толщины ворсинок;

- Г) увеличение митотического индекса;
- Д) сохранение параметров слизистой.

55. В соответствии с модифицированной Сиднейской системой (Хьюстонской системой) выделяют следующие типы гастритов:

- А) неатрофический, атрофический, особые формы;
- Б) реактивный, химический, метапластический;
- В) антральный, интерстициальный, язвенный;
- Г) эозинофильный, гранулематозный, идиопатический;
- Д) медикаментозный, геликобактерный, прочие формы.

56. Клиническими проявлениями гипотиреоза у пожилых являются:

- А) тахикардия;
- Б) выпадение волос, ломкость ногтей;
- В) дискинезия желчных путей;
- Г) ожирение;
- Д) снижение когнитивных функций.

57. При лечении гипотиреоза у пожилых целесообразно применять:

- А) йодактива;
- Б) антиструмина;
- В) L- тироксина;
- Г) йодида калия;
- Д) мерказолила.

58. Хронические неспецифические тиреоидиты возникают при следующем заболевании:

- А) туберкулезе;
- Б) амилоидозе;
- В) системной красной волчанке;
- Г) лимфогранулематозе;
- Д) актиномикозе.

59. В большинстве случаев аутоиммунный тиреоидит манифестирует в возрасте:

- А) до 18 лет;
- Б) от 18 до 30 лет;
- В) от 30 до 60 лет;
- Г) от 60 до 80 лет;
- Д) старше 80 лет.

60. Тиреотоксическая аденома чаще всего характеризуется:

- А) наличием зоба;
- Б) отсутствием зоба;
- В) тахикардией;
- Г) отсутствием жалоб пациента;
- Д) жидким стулом.

61. Тиреотоксическая аденома является:

- А) аутоиммунным заболеванием;
- Б) функциональной автономией щитовидной железы;
- В) раком щитовидной железы;
- Г) диффузно-узловым зобом;

Д) врожденной патологией щитовидной железы.

62. Первым клиническим проявлением рака щитовидной железы является:

- А) узловой эутиреоидный зоб;
- Б) парез возвратного нерва;
- В) увеличение шейных лимфоузлов;
- Г) диффузное увеличение щитовидной железы;
- Д) узловой гипертиреоидный зоб.

63. Частота рака щитовидной железы с возрастом:

- А) увеличивается у обоих полов;
- Б) увеличивается у мужчин и уменьшается у женщин;
- В) увеличивается у женщин и уменьшается у мужчин;
- Г) увеличивается у мужчин;
- Д) увеличивается у женщин.

64. Симптомы гипокалиемии характерны для:

- А) первичного гиперальдостеронизма;
- Б) феохромоцитомы;
- В) синдрома Кушинга;
- Г) Аддисоновой болезни;
- Д) синдрома Нельсона.

65. В топической диагностике феохромоцитомы определяющим является:

- А) сцинтиграфия с холестерином, 131I;
- Б) УЗИ;
- В) сцинтиграфия с 131I- метайодбензилизанидином;
- Г) ангиографическое исследование;
- Д) пункционная биопсия.

66. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

- 1. суставов поясничного отдела позвоночника;
- 2. симфиза;
- 3. тазобедренных суставов;
- 4. илеосакральных сочленений.

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

67. Для системного остеопороза характерны:

- 1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани;
- 2. подчеркнутость контуров тел позвонков;
- 3. выраженная трабекулярность костной ткани;
- 4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей.

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

68. Для системной склеродермии характерно развитие:

1. диффузного пневмофиброза;
2. базального пневмофиброза;
3. адгезивного плеврита;
4. увеличения размеров сердца.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

69. К белкам острой фазы относятся:

1. С-реактивный белок;
2. гаптоглобин;
3. альфа-глобулин;
4. церуллоплазмин.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

70. Деструкция костной ткани сопровождается изменением:

1. увеличением экскреции гидроксипролина;
2. увеличением концентрации сывороточного кальция;
3. повышением активности щелочной фосфатазы;
4. повышением содержания фибриногена в сыворотке.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

71. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- А) ОРЛ;
- Б) системной красной волчанки;
- В) дерматомиозита;
- Г) ревматической полимиалгии;
- Д) системной склеродермии.

72. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- А) локтевых суставах;
- Б) плечевых суставах;
- В) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- Г) коленных суставах;
- Д) голеностопных суставах.

73. Для остеоартроза характерно:

1. наличие боли "механического" типа в суставах;
2. периодическая "блокада" суставов;

3. медленное развитие болезни;
4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

74. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- А) ревматоидный артрит;
- Б) острая ревматическая лихорадка;
- В) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза);
- Г) вирусный артрит;
- Д) подагрический артрит.

75. В отношении ОРЛ справедливо:

1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией;
2. наличие типичных проявлений - "абсолютных признаков ОРЛ" (критерий Киселя-Джонса);
3. склонность к формированию порока сердца;
4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

76. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно:

1. деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата;
2. поражение крупных суставов;
3. высокие показатели активности ревматического процесса;
4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

77. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения:

1. возбудителем является гонококк;
2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага;
3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность;
4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;

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

78. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- А) сохранение или ослабление I тона;
- Б) отсутствие II тона;
- В) мезосистолический щелчок;
- Г) аортальный тон изгнания;
- Д) протодиастолический шум.

79. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- А) гигантоклеточный артериит;
- Б) геморрагический васкулит;
- В) узелковый периартериит;
- Г) болезнь Бюргера;
- Д) микроскопический полиангиит.

80. Для системной красной волчанки характерно:

1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания;
2. алопеция может быть локализованной или диффузной;
3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами;
4. встречаются дискоидные очаги.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Эталоны ответов:

1.	А	31	В	61	Б
2.	Д	32	Г	62	А
3.	А	33	Б	63	Б
4.	Д	34	А	64	А
5.	А	35	А	65	Г
6.	Д	36	В	66	Г
7.	Д	37	А	67	Д
8.	А	38	Б	68	Д
9.	А	39	Г	69	Д
10.	Б	40	А	70	А
11.	А	41	В	71	В
12.	А	42	Г	72	В
13.	А	43	Б	73	Д
14.	Г	44	А	74	В
15.	Б	45	А	75	А
16.	Б	46	Д	76	В
17.	В	47	Д	77	Д
18.	А	48	Д	78	Д
19.	В	49	Г	79	А
20.	Г	50	Д	80	Д
21.	В	51	Д		

22	Г	52	В
23	А	53	А
24	В	54	Б
25	В	55	А
26	В	56	Б
27	А	57	В
28	Б	58	В
29	Г	59	В
30	А	60	А

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; УК-2; УК-3	Номера тестов: 1-10
ПК-4	Номера тестов: 3, 10
ПК-10; ПК-11;	Номерв тестов: 1-10

Тесты:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

- А) общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- В) общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- С) общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение – это:

- А) гигиеническая наука
- В) клиническая наука
- С) интегративная наука
- Д) общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

- А) исторический
- В) статистический
- С) экспериментальный
- Д) экономический
- Е) социологический
- Ф) все вышеперечисленные.

4. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме:

- А) генетические
- В) природно-климатические
- С) уровень и образ жизни населения
- Д) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- Е) все вышеперечисленное

5. Основными задачами здравоохранения на этапе кризисного развития экономики являются, кроме:

- А) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- В) использование финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- С) сохранение общественного сектора здравоохранения
- Д) увеличение кадрового потенциала
- Е) переход на медицинское страхование

6. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать:

- А) перечень соответствующих видов медицинской помощи
- В) объемы медицинской помощи
- С) базовую программу ОМС
- Д) подушевой норматив финансирования ЗО
- Е) все перечисленное

7. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме:

- А) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- В) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- С) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- Д) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

8. В целях обеспечения доступности и адекватности лекарственной помощи необходимо:

- А) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения
- В) обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств
- С) совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью
- Д) все вышеперечисленное

9. Социальной базой здравоохранения не являются:

- А) органы и учреждения здравоохранения
- В) непрофессиональные общественные организации
- С) профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации
- Д) отдельные граждане

10. Корреляционной решеткой называется:

- А) таблица, содержащая данные о величинах двух признаков
- В) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков
- С) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков, при построении которой произведена группировка членов совокупности по величине этих признаков.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	F	E	D	E	D	D	A	A

3. Дисциплина: Педагогика

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1	Номера тестов: 1, 2
УК-3	Номера тестов: 1, 2

Тесты:

1. Педагогика – это...

- А. наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности
- В. наука о педагогическом процессе
- С. наука о воспитании
- Д. наука об обучении и воспитании человека
- Е. наука о методах и формах обучения

2. Образование – это...

- А. целенаправленный процесс обучения и воспитания;
- В. процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей
- С. передача исторического и культурного опыта

Правильные ответы:

1 D	2 A
--------	--------

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-3; ПК-7; ПК-10; ПК-12	Номера тестов: 9, 10
ПК-5; ПК-6	Номера тестов: 2-8, 10

1. В каких случаях переливают кровь при оказании первой медицинской помощи?

- А) при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении;
- В) при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее зажима;
- С) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении;
- Д) гемотрансфузии при оказании первой медицинской помощи вообще не производятся.

2. Компенсация острой кровопотери при оказании первой медицинской помощи проводится с использованием следующих инфузионно-трансфузионных сред:

- А) только кристаллоидных растворов;
- В) только коллоидных растворов;
- С) и коллоидных, и кристаллоидных растворов;
- Д) основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты.

3. При какой степени ишемии конечности могут отсутствовать пассивные движения в

суставах?

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

4. При какой степени ишемии конечности отсутствуют показания к экстренному восстановлению поврежденного магистрального сосуда?

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

5. Временное шунтирование сосуда впервые может быть применено при оказании:

- A) первой врачебной
- B) квалифицированной
- C) специализированной.

6. Какая анестезия может быть применена пострадавшему с повреждением грудной клетки при оказании первой врачебной помощи?

- A) вагосимпатическая блокада;
- B) паравертебральная блокада;
- C) блокада по Школьникову;
- D) футлярная блокада;
- E) эндотрахеальный наркоз.

7. Какая анестезия может быть применена при первичной хирургической обработке огнестрельной раны верхней трети бедра?

- A) внутритазовая блокада по Школьникову;
- B) футлярная блокада;
- C) блокада бедренного нерва;
- D) наркоз;
- E) блокада седалищного нерва;
- F) эпидуральная анестезия.

8. При оказании какого вида помощи может быть выполнена внутрикостная анестезия?

- A) доврачебной помощи;
- B) первой врачебной помощи;
- C) квалифицированной помощи;
- D) специализированной помощи.

9. Укажите меры профилактики анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации.

- A) транспортная иммобилизация;
- B) первичная хирургическая обработка раны;
- C) отказ от наложения первичных швов;
- D) адекватная анестезия;

10. Укажите действия медицинского работника при оказании им доврачебной помощи, направленные на уменьшение болевого синдрома у пострадавшего с переломом бедра.

- A) анестезия области перелома;
- B) введение наркотических анальгетиков;
- C) блокада седалищного нерва;

D) транспортная иммобилизация.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	C	C	C	B	A, B	D	D	B	B, D

5. Дисциплина – Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-1	Номера тестов: 1-11
ПК-6	Номера тестов: 6, 8, 10, 11

Тесты

1. При атеросклерозе первично поражаются:

- A. Артериолы
- B. Артерии мышечного типа
- C. Артерии эластического типа
- D. Артерии мышечно-эластического типа
- E. Вены

2. Выбрать один правильный ответ. Оболочка стенки артерии, которая преимущественно поражается при атеросклерозе:

- A. Адвентиция
- B. Медиа
- C. Интима

3. Выбрать все правильные ответы. Клинико-морфологические формы атеросклероза:

- A. Аорты
- B. Почечных артерий
- C. Артерий желудка
- D. Артерий мозга
- E. Легочной артерии

4. Выбрать все правильные ответы. Стадии атеросклероза:

- A. Жировые бляшки
- B. Пристеночный тромб
- C. Жировые пятна и полосы
- D. Фиброзные бляшки
- E. Осложненные поражения

5. Выбрать все правильные ответы. Факторы риска атеросклероза:

- A. Гиперлипидемия
- B. Увеличение уровня ЛПВП в сыворотке крови
- C. Гипергликемия
- D. Артериальная гипертензия

Е. Стресс

6. Морфологические признаки гепатоза:

- А. Зернистая дистрофия
- В. Гидропическая дистрофия
- С. Гиалиново – капельная дистрофия
- Д. Жировая дистрофия
- Е. Роговая дистрофия

7. Наследственный гепатоз проявляется при заболеваниях:

- А. болезнь Вильсона
- В. болезнь Гирке
- С. болезнь Пика
- Д. болезнь Риклихауэна
- Е. болезнь Боткина

8. Эндогенные причины токсической дистрофии печени:

- А. Тиреотоксикоз
- В. Сахарный диабет
- С. Болезнь Иценко-Кушинга
- Д. Акромегалия

9. Морфологические признаки цирроза:

- А. Склероз портальных трактов
- В. Некроз гепатоцитов
- С. Нарушение балочного строения гепатоцитов
- Д. Воспалительная инфильтрация
- Е. Пролиферация желчных протоков

10. Причинами гемолитической анемии являются:

- А. Гемосидероз печени
- В. Отравление соединениями свинца
- С. Введение пенициллина
- Д. Сфероцитоз

11. Признаками железодефицитной анемии являются:

- А. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
- В. Увеличение размеров эритроцитов
- С. Гиперхромия эритроцитов
- Д. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге
- Е. Дефицит фолиевой кислоты

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
А, С, D	С	А, В, D	С, D, Е	А, В, С, D, Е	А	А, С	А	С, Е	D	А, С, D, Е

6. Дисциплина – Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; ПК-6	1-10

1. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности). Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:

- A. “орган-мишень”
- B. “клетка-мишень”
- C. “молекула-мишень”

2. Укажите основной компонент структуры рецептора к лекарственному средству:

- A. белки
- B. сиаловые кислоты
- C. липиды
- D. ионы
- E. нуклеотиды

3. Обозначьте специфические транспортные системы лекарственных веществ:

- A. сывороточный альбумин
- B. лейкоциты
- C. тромбоциты

4. Укажите необходимый этап в механизме регуляции стероидами генетической активности клеток-мишеней:

- A. связывание стероидов с цитозольными рецепторами
- B. связывание стероида с поверхностью плазматических мембран
- C. связывание стероида с комплексом Гольджи

5. При каких типах гиперлипидемии показано назначение статинов (ловастатина, флувастатина, правастатина)?

- A. III
- B. IIА и Б
- C. V
- D. гипо-альфа-холестеринемия

6. При каких типах дислипидемии эффективно назначение фибратов (гевилона, липантила 200М, ципрофибрата, безафибрата)?

- A. II Б
- B. III
- C. IV, V
- D. гипо-альфа-холестеринемия
- E. при всех

7. Представители каких классов гиполипидемических препаратов наиболее эффективно повышают ХС ЛВП (на 15-25%)?

- A. статины и смолы-секвестранты желчных кислот
- B. статины и пробукол
- C. пробукол
- D. никотиновая кислота и ее производные, фибраты
- E. все вышеперечисленные препараты

8. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены)?

- A. нет
- B. нет, если применять курсами по 2-3 месяца
- C. нет, если применять курсами по 6 месяцев
- D. да
- E. как правило, нет, однако возможно при IV и V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения).

9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:

- A. нестабильная стенокардия
- B. глаукома
- C. острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок
- D. острый инфаркт миокарда левого желудочка
- E. недостаточность кровообращения II ст.

10. Какие препараты, являющиеся донаторами SH-групп, способствуют восстановлению чувствительности к нитратами?

- A. эналаприла малеат
- B. каптоприл, N-цистеин, метионин
- C. нифедипин, верапамил
- D. корватон
- E. валсартан, ренитек

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	A	A	B	B	E	D	E	C	B

7. Дисциплина – Социально-психологические основы профессиональной деятельности

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-2; ПК-9	1-10

1. Деонтология – это:

- A. совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников
- B. перечень нравственных принципов и установок
- C. наука о взаимоотношениях врача и пациента
- D. принципы поведения врача

2. Конфликт – это:

- A. ситуация, в которой сталкиваются альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели и средства их достижения
- B. противоречия между людьми
- C. воспринимаемая несовместимость действий или целей, столкновение противоположно направленных интересов, позиций, мнений общающихся личностей

D. спорная ситуация между людьми

3. Личность – это:

- A. индивидуальное проявление особенностей характера
- B. комплекс психических функций индивидуума
- C. проявление собственных взглядов в обществе
- D. целостность субъективной реальности и способ бытия человека в системе взаимоотношений с другими

4. Коллектив – это:

- A. организационная структура с высоким уровнем внутригруппового сотрудничества
- B. группа ранее незнакомых людей, случайно оказавшихся (или специально собранных) в одном месте и в одно время
- C. группа людей, объединенных общими целями, достигшая высокого уровня развития в ходе социально ценной совместной деятельности
- D. совокупность индивидов, непосредственно взаимодействующих друг с другом для достижения общих целей и осознающих свою принадлежность к данной совокупности

5. Физические детерминанты половой принадлежности - все, кроме:

- A. генетический пол.
- B. гормональный пол
- C. соматический пол
- D. социальный пол
- E. гражданский пол

6. Гендерная роль – это:

- A. представления о том, как действительно ведут себя мужчины и женщины.
- B. набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин.
- C. несколько общепризнанных характеристик, по которым мужчины и женщины достоверно отличаются друг от друга
- D. идентификация себя с женским или мужским полом.

7. Возраст 65-72 года – это:

- A. старость
- B. пожилой возраст
- C. средний возраст
- D. зрелый возраст

8. Этапы социализации – все, кроме:

- A. социализация младенца.
- B. сервичная социализация.
- C. социализация подростка.
- D. юношеская социализация.
- E. социализация взрослых.

9. Типы общения – все, кроме:

- A. императивное
- B. диалогическое
- C. идеалогическое
- D. манипулятивное

10. Рефлексия – это:

- A. уподобление себя другому человеку
- B. осознание действующим индивидом того, как он воспринимается партнером по общению
- C. способ понимания другого человека
- D. принятие на себя свойств другого человека

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	C	D	C	D	B	B	A	C	B

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)**

1. Программа по специальности 31.08.31. Гериатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	1 - 10
УК – 2	1 - 10
УК – 3	1 - 10
ПК – 1	1 - 10
ПК - 2	1 - 10
ПК - 3	1 - 10
ПК - 4	1 - 10
ПК – 5	1 - 10
ПК – 6	1 - 10
ПК – 7	1 - 10
ПК – 8	1 - 10
ПК - 9	1 - 10
ПК - 10	1 - 10
ПК - 11	1 - 10
ПК - 12	1 - 10

Перечень основных практических навыков, рекомендованных к освоению.

Общие умения врача-специалиста по терапии:

1. получить информацию о заболевании (анамнез), применить объективные методы обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), выявить общие и специфические признаки заболевания;
2. оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, оказать необходимую срочную помощь до начала реанимационных мероприятий;
3. определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);
4. определить показания для госпитализации и организовать ее;
5. провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
6. определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
7. назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
8. определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
9. провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
10. оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (в стационаре, поликлинике, на врачебном участке).

Специальные знания и умения врача-специалиста по терапии:

Врач-терапевт должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы:

- ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и его осложнения (аневризма сердца и др.);
- гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертонии;
- миокардиты;
- перикардиты;
- врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородки сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера);
- кардиомиопатии идиопатические;
- кардиомиопатии вторичные (алкогольная, тонзиллогенная, вегетативно-дистормональная);
- инфекционный эндокардит;
- нарушения сердечного ритма и проводимости;
- острая и хроническая недостаточность кровообращения (лево- и правожелудочковая, комбинированная).

2. Болезни органов дыхания:

- бронхит (острый, хронический);
- пневмония;
- бронхоэктатическая болезнь, ателектаз легкого, абсцесс и гангрена легкого;
- бронхиальная астма;
- сухой и экссудативный плеврит;
- спонтанный пневмоторакс, гидроторакс, пиопневмоторакс;
- эмфизема легких;
- дыхательная недостаточность;
- легочное сердце (острое, подострое, хроническое);
- плевриты;

3. Болезни органов пищеварения:

- заболевания пищевода (дискинезия, ахалазия пищевода, эзофагит, пептическая язва, рак пищевода);
- острый и хронический гастриты;
- язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки;
- постгастрорезекционные расстройства;
- хронический энтерит и колит;
- острый и хронический панкреатит;
- дискинезия желчных путей, острый и хронический холецистит, холангит,
- острый и хронический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность;

4. Болезни мочевыделительной системы:

- пиелонефрит (острый и хронический);
- нефротический синдром;
- амилоидоз;
- почечно-каменная болезнь;
- острая и хроническая почечная недостаточность;
- цистит;
- уретрит.

5. Болезни системы кроветворения:

- железодефицитная, постгеморрагическая, В-12 и фолиеводефицитная анемия;
- острый лейкоз, хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз;
- миеломная болезнь;

- лимфогранулематоз, агранулоцитоз;
- геморрагические диатезы;
- ДВС-синдром.

6. Болезни эндокринной системы:

- сахарный диабет;
- тиреодит, диффузно-токсический зоб, гипотиреоз;
- болезни гипофизарно-надпочечниковой системы (болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, феохромоцитома);
- ожирение.

7. Ревматические болезни:

- острая и повторная ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца;
- ревматические и неревматические пороки сердца;
- ревматоидный артрит;
- анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева);
- болезнь Рейтера;
- реактивные артриты;
- остеохондроз позвоночника;
- остеоартроз;
- псориатический артрит;
- подагра;
- диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартрит).

Врач-терапевт должен уметь оценить:

- морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты, кала и др. биологических жидкостей;
- формы нарушения водно-солевого обмена;
- показатели коагулограммы;
- данные рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости;
- данные ультразвукового исследования органов грудной клетки и брюшной полости;
- данные электрокардиографии;
- показатели исследования центральной гемодинамики;
- данные функционального исследования желудочно-кишечного тракта;
- данные клиренса мочи и функциональные пробы почек;
- данные функционального исследования легких (спирометрия, спирография, остаточные объемы, газовый состав).

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; УК-3	1-12
ПК-4; ПК-11	1-12

Перечень практических навыков

1. Методы расчета и анализа показателей смертности.
2. Расчет показателя материнской смертности.
3. Расчет показателя младенческой смертности.
4. Расчет показателя перинатальной смертности.
5. Естественный прирост населения. Расчет и интерпретация.
6. Расчет показателей рождаемости.
7. Показатели работы амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.
8. Расчет мертворождаемости.
9. Расчет показателей ранней и поздней неонатальной смертности.
10. Расчет показателя фетоинфантильных потерь.
11. Расчет необходимого количества коек.
12. Выписка листка нетрудоспособности (дородовый и послеродовый декретный отпуск).

3. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-10
УК-3	2-10

Творческое задание

1. Проанализируйте имеющиеся международные документы по проблемам образования, выделите актуальные социально-педагогические проблемы современного высшего образования, предложите варианты их решения.
2. Проанализируйте педагогические технологии, которые используются в личностно ориентированном обучении. Приведите соответствующие примеры.
3. На основе анализа психолого-педагогических теорий составьте таблицу возможных подходов к разработке проектов обучения в высшей школе.
4. Подготовьте статью по проблемам индивидуализации обучения в высшей школе, приведите примеры эффективного решения данной проблемы.
5. Педагогическое общение и основы коммуникационной культуры преподавателя высшей школы.
6. Проанализируйте имеющиеся в психологии и дидактике подходы к диагностике учебных достижений. Разработайте вариант оценки достижений студентов в учебном процессе.
7. Подготовьте и опишите индивидуальный стиль педагогической деятельности преподавателя.
8. Разработайте план проведения учебно-просветительского занятия.
9. Покажите влияние особенностей самоутверждения личности специалиста на его профессиональную деятельность. Какие этапы выделяются в процессе самоутверждения личности? Раскройте их содержание. Как взаимосвязаны такие явления, как самоопределение и самоутверждение личности?
10. Какие личностные особенности оказывают заметное влияние на содержание и успешность самоутверждения специалиста? Обоснуйте показатели успешности профессионального самоутверждения специалиста.

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3	1-5
ПК-10	1, 3
ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	1-12

Перечень практических навыков

1. Приемы медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях.
2. Способы оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи при неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.
3. Приемы и способы эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.
4. Приемы и способы использования индивидуальных средств защиты.
5. Применение антидотных и радиозащитных средств в объеме первой врачебной помощи.
6. Оказание первой врачебной помощи при огнестрельных ранениях.
7. Выполнение этапов хирургической обработки огнестрельной раны.
8. Осуществление временной остановки наружного кровотечения с помощью: пальцевого прижатия, давящей повязки, кровоостанавливающего жгута.
9. Выполнение противошоковых мероприятий при ранениях груди, живота, таза, конечностей при оказании первой врачебной помощи.
10. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при комбинированных поражениях.
11. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при термических поражениях различной локализации.
12. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при синдроме длительного сдавления.

5. Дисциплина: Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1	1, 2
ПК-6	3, 4

Перечень практических навыков

1. Забор материала на лабораторные исследования с целью диагностики причины, морфогенеза и исхода заболевания.
2. Технология макроскопической диагностики при акушерских и гинекологических заболеваниях.
3. Сравнительный анализ данных медицинской документации умершего и данных, обнаруженных при исследовании трупа.
4. Сопоставление морфологических и клинических проявлений болезни.

6. Дисциплина: Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-16
ПК-6	3-12

Перечень практических навыков

1. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при нормальном течении беременности.
2. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при осложненном течении беременности.
3. Рациональная комбинация антибактериальных препаратов при эндометрите.
4. Эффекты глюкокортикоидов. Профилактика РДС-синдрома плода.
5. Назначение нестероидных противовоспалительных средств в акушерстве и гинекологии.
6. Назначить лечение преэклампсии.
7. Назначить лечение эклампсии.
8. Назначить лечение угрозы преждевременных родов.
9. Назначить лечение угрозы самопроизвольного выкидыша.
10. Назначить лечение железодефицитной анемии во время беременности.
11. Рассчитать и назначить инфузионно-трансфузионную терапию при кровопотере.
12. Назначить кровоостанавливающую терапию при аномальных маточных кровотечениях.
13. Назначить гормональный контрацептивный препарат.
14. Препараты для лечения пациентки с ожирением, синдромом поликистозных яичников.
15. Выписать рецепт.
16. Заполнить лист врачебных назначений.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9.	1-13

Умения и практические навыки:

1. Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?
2. Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.
3. Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.
4. Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?
5. На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?
6. Каковы специфические особенности общения с разными группами больных?

Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»: «Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.

* Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.

* Медлительный пациент.

* Обстоятельный и дотошный пациент.

* Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.

* При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.

* Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.

* Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходит к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).

* Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.

* Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.

7. Ролевая игра «Больной на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.

8. Ролевая игра «Отказ от госпитализации».

9. Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп.

10. В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?

11. Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?

12. В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?

13. Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)**

1. Программа по специальности 31.08.31 ГЕРИАТРИЯ

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	Все задачи
УК – 2	Все задачи
УК – 3	Все задачи
ПК – 1	Все задачи
ПК - 2	Все задачи
ПК - 3	Все задачи
ПК - 4	Все задачи
ПК – 5	Все задачи
ПК – 6	Все задачи
ПК – 7	Все задачи
ПК – 8	Все задачи
ПК - 9	Все задачи
ПК - 10	Все задачи
ПК - 11	Все задачи
ПК - 12	Все задачи

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Раздел I. КАРДИОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 78 лет. Жалобы на приступообразные давящие, жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Около двух месяцев назад по пути на работу во время ходьбы в привычном темпе впервые возникли давящие боли за грудиной, прекратившиеся через 2–3 мин после остановки. Продолжил ходьбу в более медленном темпе. В дальнейшем подобные приступы возникали ежедневно, обычно в утренние часы, и при ходьбе в привычном темпе через 200–300 метров. По совету сослуживца начал принимать нитроглицерин во время приступа болей с положительным эффектом. В течение последних пяти лет отмечаются колебания артериального давления в пределах 150–170/96–100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты не принимал. В настоящее время обратился в поликлинику по месту жительства.

Из анамнеза жизни: курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Отец пациента умер от инфаркта миокарда в 53-летнем возрасте. Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение свободное. Рост 175 см. Вес 78 кг. ИМТ 25,2 кг/м². Кожные покровы физиологичной окраски. Цианоза нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Ширина сосудистого пучка 5 см. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – кнаружи от правого края грудины на 1 см, левая – по левой срединноключичной линии, верхняя

– на уровне третьего ребра. Тоны сердца приглушены, ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 164/96 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации безболезненный. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$; Hb – 145 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %; нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 71 %; лимфоциты – 22 %; моноциты – 3 %; СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: уд. вес – 1018; сахар, белок – отрицательный; плоский эпителий 1–2 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты отсутствуют.

Биохимическое исследование крови: общий холестерин крови – 6,2 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 98 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

ВЭМ: на 2-й минуте нагрузки в 50 Вт достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений, появилась желудочковая экстрасистолия, горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,5 мм.

Здесь и далее инструкция для решения ситуационной задачи:

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

Задача 2

Мужчина, 86 лет, пенсионер. Жалобы на давящие боли за грудиной, общую слабость, потливость, одышку, усиливающуюся в положении лежа.

Из анамнеза заболевания. За 3 часа до госпитализации впервые возникла интенсивная боль за грудиной давящего характера, иррадирующая в левую руку, общая слабость, потливость, тошнота, одышка инспираторного характера. После введения обезболивающих препаратов интенсивность боли значительно снизилась, прекратилась тошнота, уменьшилась слабость, потливость, одышка. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение с приподнятым головным концом. Рост 178 см. Вес 86 кг. ИМТ $27 \text{ кг}/\text{м}^2$. Кожные покровы бледные, неяркий цианоз губ. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в мин сидя, лежа – 22 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 124/76 мм рт. ст. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; Нб – 130 г/л; СОЭ – 12 мм/час; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %; нейтрофилы п/я – 3 %; нейтрофилы с/я – 68 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 7 %.

Тропонины крови: 13,4 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 12,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,6 мкмоль/л; АлАТ – 31 Ед/л; АсАТ – 54 Ед/л; креатинин – 86 мкмоль/л; холестерин – 7,4 ммоль/л; ЛПВП – 0,96 ммоль/л; ТГ – 3,3 ммоль/л; ЛПНП – 4,33 ммоль/л; ЛПОНП – 0,66 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; альбумины – 58,4 %.

ОАМ: светло-желтая, кислая, относительная плотность – 1018; белок, сахар – отрицательные, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100 в мин, электрическая ось сердца нормально расположена, подъем ST на 3 мм в II, III, aVF с переходом в положительный зубец T.

ЭхоКГ: ЛП – 38 мм; КДРлж – 56 мм; КСРлж – 37 мм; КДОлж – 120 мл; КСОлж – 40 мл; ФВлж – 53 %.

Задача 3

Женщина, 62 года, учитель. Жалобы на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, ноющую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Повышение артериального давления выявили при случайном измерении около 20 лет назад. В дальнейшем неоднократно при самостоятельном измерении АД отмечала повышение до 200 и 110 мм рт. ст, что сопровождалось головной болью, слабостью, но пациентка никуда не обращалась, не обследовалась. Привычное АД 160/100 мм рт. ст. Эпизодически по совету соседки принимала эналаприл, адельфан. Последний год при быстрой ходьбе появилась одышка. Ухудшение состояния отмечает в течение последних суток, связывает с резкой переменой погоды, появились жалобы на сильную головную боль, головокружение. Принимала капотен, коринфар – без существенного эффекта. Сегодня присоединились ноющие боли в левой половине грудной клетки, постоянного характера, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 156 см, вес 100 кг. ИМТ $41 \text{ кг}/\text{м}^2$. Объем талии – 106 см. Гиперемия кожи лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, приподнимающий. Перкуторно отмечается расширение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в мин. АД 240/120 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки. Печень по Курлову: 10; 9; 7 см., край мягкоэластической консистенции, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб – 123 г/л; лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$; СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, кислая; белок – 0,099 г/л, сахар – отрицательный, эпителий – 2–3, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 11,7 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АсАТ – 13 Ед/л; АлАТ – 11 Ед/л; креатинин – 139 мкмоль/л; мочевины – 5,2 ммоль/л; холестерин – 8,4 ммоль/л; ЛПНП – 4,18 ммоль/л, ЛПВП – 1,18 ммоль/л, ТГ – 3,39 ммоль/л, ЛПОНП – 0,68 ммоль/л, К⁺ – 4,5 ммоль/л, Na⁺ – 114 ммоль/л, Са⁺⁺ – 1,02 ммоль/л, Сl⁺⁺ – 110 ммоль/л.

Гликемия натощак – 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 54 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево; косвенные

признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКГ: аорта уплотнена – 35 мм, ЛП – 38 мм, КДРЛЖ – 53 мм, КСРЛЖ – 37 мм, КДОЛЖ – 138 мл, КСОЛЖ – 69 мл, ФВЛЖ – 56 %, ТМЖП – 13 мм, ТЗСЛЖ – 12 мм, ПЖ – 29 мм, ПП – 35 мм.

Задача 4

Мужчина, 69 лет, инженер. Жалоб не предъявляет в связи с тяжелым состоянием.

Из анамнеза заболевания. Со слов родственников в течение последнего года иногда при выраженной физической нагрузке отмечал чувство дискомфорта в левой половине грудной клетки, быстро купирующееся в покое. Ежегодно проходил профилактические медицинские осмотры по месту работы, повышения артериального давления и изменений по ЭКГ не выявляли. Ухудшение состояния с вечера, когда в покое возникли и в течение всей ночи беспокоили давящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, которые резко усиливались при любой физической нагрузке. Интенсивность болей частично уменьшалась после приема нитроглицерина. Утром при посещении туалета потерял сознание. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы машиной скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни. Курит 25 лет по 1 пачке в день. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от сердечной недостаточности.

Объективно. Состояние тяжелое. Заторможен. Положение пассивное. На вопросы отвечает односложно. Рост 185 см, вес 110 кг. ИМТ 34 кг/м². Кожный покров бледный, синюшная окраска носогубного треугольника, цианоз губ, «холодный» акроцианоз. Температура тела 37,8 °С. Периферических отеков нет. Дыхание ослаблено в межлопаточном пространстве и ниже углов лопаток с обеих сторон. ЧДД 22 в мин. Верхушечный толчок низкий, разлитой. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в мин. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, «нитевидный». АД 90/60 мм рт. ст. Печень не увеличена, по Курлову: 9; 8; 7 см. Край мягкоэластической консистенции, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,77 \times 10^{12}/л$; Hb – 142 г/л; Ht – 43,2 %; лейкоциты – $12,6 \times 10^9/л$; тромбоциты – $239 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: базофилы – 0 %, эозинофилы 3 %, нейтрофилы п/я – 10 %, нейтрофилы с/я – 57 %, лимфоциты – 24 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 12 мм/час.

Глюкоза крови: 4,6 ммоль/л.

Тропонины: 78 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: АЛАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 70 Ед/л; МВ КФК 275 ммоль/л; общий белок – 68 г/л; креатинин – 100 мкмоль/л; мочевины – 4,4 ммоль/л; холестерин – 4,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,84 ммоль/л; триглицериды – 1,52 ммоль/л; ЛПНП – 2,42 ммоль/л; ЛПОНП – 0,3 ммоль/л.

Коагулограмма: Протромбиновый индекс – 98 %, фибриноген – 4,1 г/л, АЧТВ – 51 с.

ЭКГ: зубец Q и подъем сегмента ST на 2,5 мм с переходом в двухфазный зубец T в отведениях I, avL, V₂ – V₆.

Задача 5

Мужчина, 70 лет, пенсионер. Жалобы на внезапно возникшее удушье и сухой надсадный кашель.

Из анамнеза заболевания: последние 15 лет артериальное давление стабильно повышенное 160/105 мм рт. ст. Не обследовался, не лечился. 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Постепенно стала беспокоить одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, появились тяжесть в правом подреберье отеки на голенях, которые уменьшаются после

ночного отдыха. Сегодня ночью проснулся от внезапно возникшего приступа удушья, что вынудило пациента принять сидячее положение. Прием нитроглицерина без особого эффекта, одышка нарастала. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи и доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Положение ортопноэ. Рост 172 см. Вес 72 кг. ИМТ 24,3 кг/м². Диффузный цианоз верхней половины грудной клетки. Цианоз губ. Акроцианоз. При осмотре грудной клетки видно участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии по всем полям обоих легких притупление перкуторного звука. Дыхание резко ослаблено, по всем полям выслушиваются влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, ЧДД 24 в мин в покое сидя, лежа – до 28 в мин. В области третьего-четвертого межреберья слева определяется наличие пульсации. Верхушечный толчок в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, разлитой, слабый. Перкуторно – расширение границ сердца: правая на 2,5 см от правого края грудины, левая – 6 межреберье по передней подмышечной линии, верхняя смещена до нижнего края 2 ребра. При аускультации: тоны глухие, ритм сердца правильный с частотой 118 в мин, над верхушкой сердца выслушивается ритм галопа, дующий систолический шум. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Размеры печени по Курлову: 16; 12; 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеки на стопах и голенях.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Нб – 139 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 5 %, нейтрофилы п/я – 1 %, нейтрофилы с/я – 73 %, лимфоциты – 21 %, моноциты – 0 %; СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, рН – 5,5, плотность мочи – 1020; белок, сахар – отрицательный; эпителий – 0–1; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 23,5 мкмоль/л; АлАТ – 55 Ед/л; АсАТ – 45 Ед/л; мочевины – 7,9 ммоль/л; креатинин – 168,0 мкмоль/л; K^+ – 5,5 ммоль/л; Na^+ – 144,0 ммоль/л; Cl^- – 94 ммоль/л; Ca^{++} – 1,33 ммоль/л; глюкоза – 4,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 110 в мин. В отведениях $V_2 - V_5$ – наличие комплекса QS и подъем сегмента RS-T выше изолинии без изменений в динамике по сравнению с предыдущими электрокардиограммами.

Задача 6

Мужчина, 64 года, не работает. Жалобы на периодические приступы сердцебиения, возникающие внезапно, сопровождаемые незначительной общей слабостью, головокружением, проходящие при напряжении передней брюшной стенки через 2–3 минуты.

Из анамнеза заболевания. Подобные приступы беспокоят последние 3 года, провоцируются эмоциональными, физическими нагрузками, приемом обильной пищи. Не обследовался. Какие-либо хронические заболевания у себя отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно (вне приступа). Общее состояние удовлетворительное. Умеренного питания. Тип конституции астенический. Кожные покровы физиологичной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Перкуторно границы сердца не расширены, ЧСС 78 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ЭКГ (вне приступа): ритм синусовый с ЧСС 72 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Интервал P-Q 0,10 с, комплексы QRS 0,08 с.

ЭКГ (во время приступа): ритм правильный с ЧСС 165 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Комплексы QRS 0,08 с.

Раздел II. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача 1

Юноша, 69 лет, пенсионер. Жалобы на недомогание, слабость, потливость, на повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель с большим количеством гнойной мокроты.

Из анамнеза заболевания. Жалобы беспокоят около 5 дней, лечился самостоятельно лазолваном, амоксиклавом. На фоне лечения без улучшения.

Из анамнеза жизни. Курит 50 лет по 1 пачки в день. Последние года стал отмечать кашель с вязкой мокротой, периодически диарею, часто пневмонии. У сестры с детства хроническая диарея, частые пневмонии.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 18,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности, чистые. Грудная клетка цилиндрическая. ЧДД 16 в мин. Справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, справа – в межлопаточном пространстве сухие хрипы, ниже угла лопатки – влажные, стойкие, локализованные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не нарушено, шумов нет, ЧСС 72 в мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9; 8; 7 см. Отеков нет. Стул кашицеобразный, серого цвета.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 122 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 8 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 16 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 32 мм/час.

Копрограмма: кал серый, кашицеобразный, нейтральный жир +++, мышечные волокна непереваренные 12–14 в п/з, эпителий 3–4 в п/з, лейкоциты 4–5 в п/з.

Рентгенография ОГК: усиление и мелкоочечистая деформация рисунка, в нижней доле правого легкого участок затемнения с нечеткими краями, с некоторым уменьшением объема доли, с множеством линейных просветлений.

Спирография: ЖЕЛ – 65 % от должного; ОФВ₁ – 64 % от должного; ФЖЕЛ – 74 % от должного.

УЗИ ОБП: уплотнение ткани поджелудочной железы.

Задача 2

Мужчина, 74 года, пенсионер. Жалобы на одышку при ходьбе, повышение температуры тела до 38 °С, боль в грудной клетке, кашель с мокротой, головную боль, недомогание, слабость, потливость.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро. Три дня назад на работе появились озноб, повышение температуры до 39 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, потливость, слабость. К врачу не обращался, принимал жаропонижающие – без эффекта. Через 2 дня отметил появление одышки при физической нагрузке, усиление слабости, обратился к участковому врачу, которым был направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курит в течение 49 лет по 2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней тяжести. В сознании. ИМТ 24,6 кг/м². Кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки правильная, правая половина грудной клетки значительно отстает в акте дыхания. Справа в нижних отделах легких – выбухание межреберных промежутков. При перкуссии в нижних отделах правого легкого – от XI до IX ребер – тупой перкуторный звук. При аускультации справа в нижних отделах легких дыхание не проводится. Над левым легким – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 100 в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягкоэластич-

ный, безболезненный. Отеков нет. Стул без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 107 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 19 %, нейтрофилы с/я – 60 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 22 Ед/л; АсАТ – 24 Ед/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,7 г/л; креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: интенсивное гомогенное затемнение в нижней части правого легкого до уровня IV ребра.

Газовый состав крови: рО₂ крови – 70 мм рт. ст.; рСО₂ – 48,0 мм рт. ст.

Плевральный выпот: отн. плотность – 1023; белок – 4,1 г/л; лейкоциты – 16–20 в п/з; эритроциты 5–7 в п/з; мезотелий 3–6 в п/з; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 97 %, лимфоциты – 3 %.

Задача 3

Мужчина, 65 лет, инженер. Жалобы на кашель в течение дня, больше в вечернее время с отделением небольшого количества желто-зеленой мокроты, колющие боли в правой половине грудной клетки при дыхании, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39 °С, озноб, повышенную потливость, общую слабость, боли в мышцах, недомогание.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения, когда появился озноб, повышение температуры тела до 38 °С, кашель с мокротой, одышку. Лечился амбулаторно (жаропонижающие средства), состояние не улучшилось, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, обратился к терапевту.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 24,6 кг/м². Гиперемия кожи лица. Температура тела 38,6 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. ЧДД 22 в мин. Голосовое дрожание, бронхофония усилены справа в нижних отделах. Перкуторный звук в этой зоне укорочен, дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 108 в мин, соотношение тонов не нарушено, шумов нет. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10; 9; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 104 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $18,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 16 %, нейтрофилы с/я – 55 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 34 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1009; белок – 0,066 г/л; сахар – отрицательный; лейкоциты – 2–3 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 52 Ед/л; АсАТ – 67 Ед/л, общ. билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,0 г/л, креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: отмечается инфильтрация нижней доли правого легкого, корень правого легкого расширен, не структурен.

Задача 4

Женщина, 82 года, не работает. Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца, одышку в покое, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Заболела остро, 2 часа назад отметила появление болей в грудной клетке, одышку, которая усилилась в течение часа, вызвала скорую помощь,

доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни. Не курит. Алкоголь не употребляет. Перенесла 2 недели назад операцию – холецистэктомия, после чего отмечала боли в икроножных мышцах.

Объективно. Состояние тяжелое, сознание ясное. ИМТ 28,4 кг/м².
Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. Набухание вен шеи. Грудная клетка правильной формы, обе половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 118 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень 11; 9; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нб – 140 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 28 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген – 4,8 г/л; АЧТВ – 35 с, протромбиновый индекс – 100 %.

Д-димеры в крови: 1,5 нг/мл (N до 0,5 нг/мл).

Рентгенография ОГК: расширение корней легких, обеднение сосудистого рисунка, высокое стояние купола диафрагмы справа, справа дисковидный ателектаз.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 116 в мин. Зубец R-pulmonale в II, III, aVF. В I стандартном отведении – углубление зубца «S», в III отведении – углубление зубца «Q». Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ: ПП – 34 мм, ПЖ – 32 мм, СДЛА – 45 мм рт. ст.

ЗАДАЧА 5

Мужчина, 65 лет, водитель. Жалобы на сухой кашель, одышку при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Сухой кашель появился около года, обращался к терапевту, принимал бромгексин, кашель несколько уменьшился. Полгода назад стал отмечать одышку при ходьбе, последний месяц одышка усилилась.

Из анамнеза жизни. Курит по 0,5 пачки в день 40 лет, перенесенные заболевания – пневмония 10 лет назад.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ 22,1 кг/м². Кожа физиологической окраски, чистая. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, крепитация в нижних отделах легких. ЧДД 20 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 76 в мин, соотношение тонов не нарушено, шумов нет. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени 9; 8; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 130 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 66 %, лимфоциты – 27 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 25 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1017, белок, сахар – отрицательный, лейкоциты – 2–3 в п/з.

Рентгенография ОГК: ретикулярные изменения в базальных отделах легких по типу «матового стекла».

Спирография: ОФВ₁ – 70 % от должного; ФЖЕЛ – 75 % от должного, индекс Тиффно – 95 % от должного.

Задача 6

Мужчина, 88 лет, пенсионер. Жалобы на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение, отеки нижних

конечностей, потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Из анамнеза заболевания. Последние 5 лет отмечает постоянный кашель со скудной слизистой мокротой, эпизоды лихорадки весной и зимой, с увеличением отхождения мокроты слизисто-гнойного характера. В периоды обострения проводилось лечение антибактериальными и отхаркивающими препаратами – с хорошим эффектом. Последние 3 года отметил нарастание одышки, последние полгода – постоянные отеки конечностей, увеличивающиеся к вечеру, получал сердечные гликозиды, мочегонные. Настоящее ухудшение состояния в течение 2 недель, когда усилился кашель, увеличилось отхождение слизисто-гнойной мокроты, выросла слабость, усилилась одышка при движении, повысилась Т тела до 37,5 °С. По экстренным показаниям направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: Дважды перенес пневмонию в течение 2 лет. Стаж работы сварщиком 47 лет. Курит 60 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен, активен. Повышенного питания. ИМТ 30,5 кг/м². Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Цианотический румянец щек, акроцианоз, отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, SaO₂ 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинён, сухие дискантные и басовые хрипы выслушиваются над всей поверхностью легких. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 170 г/л; эритроциты – 6×10^{12} /л; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 89 %, лимфоциты – 4 %, моноциты – 8 %; тромбоциты – 288×10^9 /л; СОЭ – 2 мм/ч; гематокрит – 58 %.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 70 г/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; АЛАТ – 20 Ед/л; АсАТ – 30 Ед/л; С-реактивный белок ++.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердечная тень расширена, выбухает дуга легочной артерии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 109 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Спирография: ЖЕЛ – 80 % от должного; индекс Тиффно – 53 % от должного; ОФВ₁ – 58 % от должного.

Газовый состав крови: рСО₂ – 51 мм рт. ст.; рО₂ – 60 мм рт. ст.; насыщение Нб кислородом – 70 %; рН – 7,35.

Задача 7

Женщина, 62 года, пенсионерка. Жалобы на сухой кашель, приступ удушья в течение 3 часов, не купирующийся применением вентолина, растворов эуфиллина.

Из анамнеза заболевания. В течение 3 лет периодически (1–2 раза в неделю) отмечались приступы удушья днем и (1–2 раза в неделю) в ночное время, под утро, купировались ингаляцией вентолина. Принимала беклазон – ЭКО (1 000 мкг/сут), теопек – 1 таблетка на ночь. Больную периодически беспокоили одышка при ходьбе, кашель с трудно отделяемой мокротой, слабость, недомогание. После перенесенной ОРВИ приступы удушья участились в течение дня и ночи, использовала ингаляции вентолина до 12 раз в сутки. Вызвала скорую помощь. После внутривенного введения раствора эуфиллина и 60 мг преднизолона состояние не изменилось. Малейшее движение, кашель приводили к нарастанию одышки. Доставлена в

терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние тяжелое. В сознании, возбуждена. Умеренного питания. ИМТ 29,7 кг/м². Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Бледный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 26 в мин, SaO₂ 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, сухие дискантные хрипы. В нижних отделах легких дыхание не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 152 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $3,20 \times 10^9/л$;
СОЭ – 22 мм/ч; гематокрит – 50 %.

Газовый состав крови: pO₂ < 60 мм рт. ст.; pCO₂ > 50 мм рт. ст.; рН – 7,15.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 120 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Рентгенография ОГК: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердце не увеличено в размерах.

Спирография: ОФВ₁ – 31 % от должного; ЖЕЛ – 60 % от должного.

Раздел III. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 63 года, пенсионер. Жалобы: на боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, кровоточивость десен, отечность стоп, выраженную сонливость в дневное время, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение двух недель, когда впервые появились боли в правом подреберье, увеличение живота, снижение аппетита, потемнение мочи. Последние 2 дня отмечает выраженную общую слабость, сонливость в течение дня, бессонницу ночью.

Из анамнеза жизни: Злоупотребляет алкоголем: последние 3 года употребляет крепкие спиртные напитки 1–2 раза в неделю по 150 мл.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Заторможен. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. На вопросы отвечает односложно. Долго думает над ответом. Критика к своему состоянию снижена. Эйфоричен. Вес 88 кг, рост 172 см. ИМТ 29,7 кг/м². Температура тела 37,2 °С. Кожа и видимые слизистые интенсивно желтушные, умеренной влажности. На голенях петехиальная сыпь. На предплечьях единичные синячки. На коже груди отмечается большое количество сосудистых звездочек. Пальмарная эритема. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Гинекомастия. Стопы отечные, голени пастозны. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 110 в мин, систолический шум на верхушке. АД 105/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 110 уд./мин, сниженного наполнения. Язык обложен серо-желтым налетом, печеночный запах изо рта. Живот увеличен за счет асцита, не напряжен, болезнен в правом подреберье. На боковых поверхностях живота видна расширенная подкожная венозная сеть. Размеры печени по Курлову: 24; 18; 12 см. Печень при пальпации болезненная, плотная с заостренным краем, поверхность ее бугристая. Пальпируется увеличенная селезенка.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; Нб – 99 г/л; тромбоциты – $100 \times 10^9/л$; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %.

ОАМ: цвет темный; удельный вес – 1018; сахар, ацетон – отсутствуют: белок – 0,15 г/л; плоский эпителий – 3–4 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты – 4–6 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 60 г/л; альбумины – 32 %; общий билирубин – 338 мкмоль/л; прямой билирубин – 161 мкмоль/л; АлАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 175 Ед/л; ПТИ – 45 %; фибриноген – 1,8 г/л; АЧТВ – 45 сек.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей (правая доля 210 мм, левая доля 165 мм), диаметр воротной вены 15 мм, спленомегалия (140 мм × 90 мм), определяется свободная жидкость в брюшной полости более 3 литров.

ФГДС: варикозно расширенные вены пищевода 3 степени.

Задача 2

Женщина, 73 года. Жалобы: на общую слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры тела, носовые кровотечения, ноющие боли в суставах кистей.

Из анамнеза заболевания. Больна в течение года, когда через три недели, после лечения зубов в частном стоматологическом кабинете, повысилась температура тела до 38,6 °С, появилась желтуха, выраженная слабость. Лечилась в инфекционном отделении с положительным эффектом. Следующее ухудшение через 4 месяца: появились слабость, субфебрильная температура, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, отмечала ноющие боли в суставах кистей и стоп, снижение аппетита.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 48 кг, рост 169 см. ИМТ 16,8 кг/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа и видимые слизистые желтушные, умеренной влажности. На груди и верхних конечностях сосудистые звездочки. Пальмарная эритема. На голенях петехиальная сыпь. Отеков нет. Кости, суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Печень при пальпации болезненная, край закруглен, консистенция плотноватая, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нb – 105 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 105×10^9 /л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 59 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 7 %; СОЭ – 43 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 133 мкмоль/л; прямой билирубин – 58 мкмоль/л; АлАТ – 495 Ед/л; АсАТ – 385 Ед/л.

Серологические тесты: HBsAg «+», HBeAg «+», анти HBsAg класса Ig M «+», анти HBsAg класса Ig G «+».

Задача 3

Мужчина, 67 лет, электрик. Жалобы: на общую слабость, тошноту, рвоту после каждого приема пищи, в связи с чем, стал ограничивать себя в приеме пищи, боли в верхней половине живота, вздутие живота, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы появилось неделю назад, после очередного употребления алкоголя. Самочувствие постепенно ухудшалось в виде нарастания общей слабости.

Из анамнеза жизни. Алкоголь употребляет регулярно последние 2 года. Количество принятого алкоголя не контролирует.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в

пространстве, во времени. Вес 75 кг, рост 168 см. ИМТ 26,6 кг/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая. Лицо одутловатое, расширена капиллярная сеть на лице. На груди и плечах единичные сосудистые звездочки. Гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Пальмарная эритема. Видимые слизистые желтушные, сниженной влажности. Склеры инъецированы. Отеки до нижней трети голени. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 100 в мин, шумов нет. АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен густым серым налетом, сухой. Живот увеличен в размерах, вздут, болезнен при пальпации в верхней половине. При перкуссии во фланках выявляется притупление. Размеры печени по Курлову: 16; 14; 12 см. При пальпации печень плотная, болезненная, с закругленным краем, поверхность ровная. Не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 101 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %; тромбоциты – 128×10^9 /л; СОЭ – 30 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 55 г/л; альбумины – 25 г/л; АсАТ – 82 Ед/л; АлАТ – 125 Ед/л; общий билирубин – 48 мкмоль/л; прямой билирубин – 22 мкмоль/л; ПТИ – 70 %; фибриноген – 4,5 г/л; АЧТВ – 32 сек.

Серологические тесты: HBsAg «–», а/т к HCV «–».

Амилаза мочи: 480 Ед/л.

Задача 4

Мужчина, 66 лет, шофер. Жалобы: на постоянные боли в эпигастральной области, снижение аппетита, слабость, потерю в весе 8–10 кг в течение полутора месяца.

Из анамнеза заболевания. Полгода, без видимой причины, беспокоят слабость, снижение аппетита, нежелание употреблять мясные блюда, боли в эпигастральной области. В течение полутора месяца похудел на 8–10 кг.

Из анамнеза жизни. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. Вялый. Вес 56 кг, рост 174 см. ИМТ 18,49 кг/м². Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Видимые слизистые бледные, умеренно сниженной влажности. Отеки стоп. Слева в надключичной области пальпируется плотный лимфатический узел, размеры 1,5 × 2 см, безболезненный, подвижный. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. Пульс ритмичный, 88 уд./мин, сниженного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 26; 18; 10 см. При пальпации печень безболезненная, плотная, бугристая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; Нв – 99 г/л; MCV – 72 мкм; тромбоциты – 160×10^9 /л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 67 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 31 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 62 г/л; белковые фракции: альбумины – 38 %; α₁-глобулины – 10 %; α₂ – глобулины – 12 %; β – глобулины – 20 %; γ-глобулины – 20 %; общий билирубин – 12,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 2 мкмоль/л; ЩФ – 1240 Ед/л; ГГТ – 89 Ед/л; АсАТ – 50 Ед/л; АлАТ – 56 Ед/л.

Рентгенологическое исследование желудка: в области тела желудка по большой кривизне определяется циркулярный дефект наполнения протяженностью 6 см. С неровными контурами. Перистальтика этого отдела отсутствует, рельеф слизистой резко изменен.

ФГДС: начиная со средней трети желудка слизистая, бугристая, с участками изъязвления по большой и малой кривизне.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей. В обеих долях печени на фоне диффузных изменений определяются округлые образования размером $1,5 \times 2,5$ см; $1,5 \times 1,5$ см – в правой доле и $1,2 \times 0,8$ см – в левой доле.

Задача 5

Женщина, 66 лет, повар. Жалобы: на интенсивные, резкие боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, повышение температуры тела до 38°C .

Из анамнеза заболевания. Болеет около 4 лет, когда после приема жирной, жареной пищи стали беспокоить приступообразные, интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правую половину шеи. Боли купировала приемом но-шпы. Настоящее обострение связывает с употреблением жареного картофеля и маринованной сельди.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Беспокойна, мечется из-за болей. Вес 78 кг, рост 160 см. ИМТ $30,5 \text{ кг/м}^2$. Температура тела $37,9^\circ\text{C}$. Желтушность кожи и видимых слизистых. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Язык обложен желто-коричневым налетом, сухой. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, там же отмечается некоторое напряжение брюшной стенки, положительные симптомы Макензи, Керра, Мерфи, Ортнера – Грекова справа, Мюсси – Георгиевского справа. Размеры печени по Курлову: 15; 11; 9 см. При пальпации печень болезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Hb – 145 г/л; лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 10%, нейтрофилы с/я – 65 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %; СОЭ – 33 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 98,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 68,2 мкмоль/л; ЩФ – 350 Ед/л; ГГТ – 102 Ед/л; АсАТ – 46 Ед/л; АЛтАТ – 45 Ед/л.

УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени 160 мм, желчный пузырь 120×55 мм, стенка желчного пузыря 6 мм. В полости желчного пузыря застойное содержимое и два конкремента $3,5 \times 2,5$ см и $1,2 \times 1,8$ см, расположенных на дне желчного пузыря. Ширина холедоха – 11 мм.

Задача 6

Женщина, 65 лет, парикмахер. Жалобы: на боли внизу живота, диарею с кровавистым стулом до 5–6 раз в день, повышение температуры тела до 38°C , похудание, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Около месяца отмечает жидкий стул до 5–6 раз в день с небольшими сгустками крови. Лечилась самостоятельно противогеморроидальными свечами без эффекта. За месяц похудела на 5 кг. В течение недели стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, выросла общая слабость.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вялая. Вес 58 кг, рост 165 см. ИМТ $21,3 \text{ кг/м}^2$. Температура тела $38,3^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, физиологической влажности. Видимые слизистые бледные, умеренной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный с ЧСС 90 в мин. Пульс 90 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык слегка обложен белым налетом у корня, умеренно сниженной влажности. Живот мягкий, болезнен в проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову: 10; 8; 6 см. При пальпации печень безболезненная, мягко-эластичной консистенции, край ровный, закруглен. Селезенка не

пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 90 г/л; тромбоциты – $170 \times 10^9/л$; лейкоциты – $14,3 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 12 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 15 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 18,2 мкмоль/л; прямой – 4,2 мкмоль/л; АЛАТ – 40 Ед/л ; АсАТ – 39 Ед/л ; общий белок – 66 г/л; альбумины – 45 %; α_1 -глобулины – 7 %, α_2 -глобулины – 14 %, β -глобулины – 10 %, γ -глобулины – 24 %; ПТИ – 80 %; фибриноген – 6,5 г/л; АЧТВ – 33 сек.

Бакпосев кала на кишечную группу отрицательный.

Фиброколоноскопия: на всей протяженности слизистой прямой кишки отмечается воспаление с участками эрозий. В сигмовидной кишке отмечается отечность слизистой с микроабсцессами крипт и участками изъязвлений, легко кровоточащими при контакте.

Задача 7

Мужчина, 66 лет, пенсионер. Жалобы на желтуху кожи и видимых слизистых, тошноту, боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,9 °С.

Из анамнеза заболевания. 3 дня назад стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, появились боли в правом подреберье, тошнота. Принимал жаропонижающие, спазмолитические средства с положительным эффектом. Сегодня утром увидел пожелтение кожи и видимых слизистых.

Из анамнеза жизни. 3 недели назад выезжал на рыбалку на реку Обь, где употребил в пищу малосоленого язя. Вредные привычки отрицает.

Объективно. Состояние больного средней степени тяжести. В сознании. Вес 98 кг, рост 166 см. ИМТ 35,6 кг/м². Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Печеночных знаков нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 92 в мин. Пульс 92 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Симптом Ортнера – Грекова положительный справа. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; СОЭ – 32 мм/ч; лейкоциты – $19,5 \times 10^9 /л$; лейкоцитарная формула: базофилы – 1, эозинофилы – 40 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 42 %, лимфоциты – 10 %, моноциты – 1 %.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 88 мкмоль/л; прямой – 41,2 мкмоль/л; АЛАТ – 211 Ед/л ; АсАТ – 200 Ед/л.

Серологические тесты: HBsAg «-», а/т к HCV «-».

Задача 8

Мужчина, 78 лет. Жалобы на изжогу, боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5–2 часа после приема пищи, ночные боли, частично купируемые приемом пищи, соды.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы беспокоят 6 месяцев. Лечился альмагелем с положительным эффектом: боли прошли, но сохранялась умеренная изжога. Настоящее ухудшение состояния связывает с тяжелой физической работой.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Вес 64 кг, рост 162 см. ИМТ 24,4 кг/м². Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое сидя, лежа.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Положительный симптом Менделя. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/л$; НЬ – 80 г/л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %; СОЭ 30 мм/ч.

ФГДС: определяется язвенный дефект $2,5 \times 1,5$ см на малой кривизне желудка и $1,2 \times 0,8$ см в луковице двенадцатиперстной кишки с явлениями гастродуоденита. Дно язв кратерообразное, покрыто фибрином. На дне язвы луковицы двенадцатиперстной кишки определяется тромбированный сосуд.

Задача 9

Женщина, 73 года. Жалобы на боль в эпигастральной области, распространяющуюся в правое и левое подреберье, возникающую сразу после приема любой пищи, тошноту, рвоту, вздутие живота, поносы, похудание.

Из анамнеза заболевания. Подобные состояния беспокоят 3–4 раза в год в течение последних трех лет. Обострения возникают при приеме жирной, жареной пищи. Настоящее ухудшение в течение месяца. Стала ограничивать себя в приеме пищи. Похудела на 3 кг.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 50 кг, рост 165 см. ИМТ $18,3 \text{ кг}/\text{м}^2$. Температура тела $36,0 \text{ }^\circ\text{C}$. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожа сухая, бледная. Видимые слизистые бледно-розовые. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову: 10; 9; 8 см. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$; НЬ – 118 г/л; лейкоциты $7,5 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, нейтрофилы п/я – 2 %; нейтрофилы с/я – 61 %, лимфоциты – 28 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 10 мм/час.

Глюкоза капиллярной крови $4,5 \text{ ммоль}/л$.

Копрограмма: кал коричневый, кашицеобразный, переваренные мышечные волокна 4–8 в п.зр., непереваренные мышечные волокна 12–16 в п.зр., капли нейтрального жира +++, лейкоциты 1–2, крахмал +++, яйца глист не обнаружены.

Амилаза мочи 465 Ед/л.

УЗИ поджелудочной железы: размеры поджелудочной железы: головка 23 мм, тело 10 мм, хвост 20 мм; контуры ровные, четкие; экзогенность повышена; выпот в сальниковой сумке не определяется; вирсунгов проток не расширен.

Раздел IV. НЕФРОЛОГИЯ

Задача 1

Мужчина, 68 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до $37,5 \text{ }^\circ\text{C}$, боли в поясничной области. Боли постоянные, ноющего характера, в поясничной области, отмечает скованность движений в поясничной области, головную боль, отеки на лице по утрам.

Из анамнеза заболевания. Заболел 3 недели назад после резкого переохлаждения

(окунался в прорубь), когда повысилась температура до 38,5–39,0 °С, появились боли в горле, общая слабость, потливость. Лечился самостоятельно антибактериальными препаратами, аспирином, компрессами – с улучшением. 2 дня назад появились вышеперечисленные жалобы. Отмечает неоднократное повышение АД до 170/100 мм рт. ст в течение последних 2 лет. По поводу артериальной гипертензии не обследовался, не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, лицо отечное. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные свистящие хрипы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 92 уд./мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом и правом фланках. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отмечается умеренная болезненность по ходу позвоночника в поясничном отделе.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты – $10,4 \cdot 10^9$ /л; СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1030; лейкоциты – 8–12 в п/зр.; эритроциты – 10–15 в п/зр; белок – 0,44 г/л; цилиндры гиал. ++. Суточная потеря белка – 3,8 г.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 50 г/л; общий холестерин – 6,5 ммоль/л; холестерин ЛПНП – 5,1 ммоль/л, β -липопротеиды – 18,5 г/л, альбумины – 43 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 96 в мин, электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

Задача 2

Мужчина, 65 лет, стропальщик. Жалобы на появление мочи красного цвета, отечность лица, одышку, кашель.

Из анамнеза заболевания. Заболел 2 месяца назад, когда после работы (выполнял большую физическую нагрузку, переохладился) появилась температура до 38 °С, боли в суставах, высыпания на нижних конечностях, насморк с гнойно-кровянистыми выделениями, заложенность носа, головная боль, одышка. Через 2 недели присоединились кашель, кровохарканье. Лечился самостоятельно аспирином, антибиотиками – без улучшения. В настоящее время поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 30 лет по 1–2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 96 кг. Кожные покровы бледной окраски, отмечаются геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, пастозность лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме. Перкуторно над легкими звук легочный, под углом правой лопатки – притупление перкуторного звука. Там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. SaO₂ – 91 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; СОЭ – 25 мм/час; лейкоциты – $10,9 \cdot 10^9$ /л; тромбоциты – $480 \cdot 10^9$ /л.

ОАМ: эритроциты не подлежат подсчету; белок – 0,6 г/л.

Биохимическое исследование крови: креатинин крови – 180 мкмоль/л; холестерин – 7,2 ммоль/л.

СРБ +.

СКФ по MDRD – 90 мл/мин/1,73 м²

Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

Задача 3

Мужчина, 77 лет, не работает. Жалобы на отеки всего тела, головную боль, общую слабость, жидкий стул, повышение температуры до 37,8 °С, кашель с небольшим количеством мокроты зеленого цвета, одышку.

Из анамнеза заболевания. В настоящее время находится в травматологическом отделении по поводу хронического остеомиелита правой бедренной кости. Перелом бедренной кости – 4 года назад. Обострения остеомиелита ежегодно 2–3 раза в год. 7 дней назад впервые появились отеки, затем присоединился жидкий стул, усилилась слабость, повысилась температура до 37,8 °С. Появились кашель с мокротой, одышка.

Из анамнеза жизни. Курит в течение 32 лет по 1–2 пачки в день. Отмечает частые ОРЗ. Перенес в детстве туберкулез легких. На диспансерном учете не состоял. Злоупотреблял алкоголем.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Увеличены подчелюстные, паховые лимфатические узлы. При перкуссии над легкими выслушивается звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, громкие. Выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 96 в мин. АД 175/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Отмечаются отеки всего тела.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты – 12×10^9 /л.

ОАМ: моча мутная; белок – 0,8 г/л; цилиндры гиалиновые +.

Суточная потеря белка – 5,2 г/сутки.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л; общий белок – 40 г/л; альбумин – 37 %, глобулины: α_1 – 4 %, α_2 – 17 %, β – 20 %, γ – 22 %, креатинин – 188 мкмоль/л.

Задача 4

Мужчина, 64 года, водитель. Жалобы на головные боли, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянные боли в пояснице ноющего характера.

Из анамнеза заболевания. Отмечает периодическое повышение АД до 150–160/90–100 мм рт. ст. в течение 8 лет, за медицинской помощью не обращался. Лечился эпизодически. Самостоятельно принимал цитрамон, клофелин, анальгин – с незначительным улучшением. Боли в пояснице возникли после переохлаждения на работе неделю назад. Ничем не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит В, двусторонняя пневмония 10 лет назад. Курит в течение 30 лет по 1 пачке в день. Наследственный анамнез: у матери гипертоническая болезнь.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Синдром поколачивания выражен слабopоложительно с двух сторон. Стул, диурез в норме. Отмечается незначительная пастозность стоп и голеней.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 135 г/л; эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л; цп – 1,0; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %.

ОАМ: цвет с/ж; прозрачность; белок – 0,45 г/л; эритроциты – 3–5 в п/зр.; цилиндры гиал. единичные.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; общий

билирубин – 26 мкмоль/л; креатинин – 114 мкмоль/л.

Глазное дно без изменений.

Задача 5

Женщина, 68 лет, не работает. Жалобы на сильные головные боли, повышение артериального давления до 210/120 мм рт. ст., отеки на ногах, одышку, усиливающуюся в положении лежа, слабость, снижение количества выделяемой мочи, снижение зрения, боли в области сердца, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Болеет в течение 3-х лет, когда впервые стали появляться головные боли. Лечилась самостоятельно народными средствами – с незначительным улучшением. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда появились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью не обращалась. Самочувствие ухудшалось и на скорой помощи была доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Злоупотребляет алкоголем. Курит по 1–1,5 пачки в день в течение 15 лет. Наследственный анамнез: росла в детском доме, родственников не знает.

Объективно. Состояние тяжелое, кожные покровы бледной окраски с землистым оттенком, в легких дыхание жесткое, выслушиваются свистящие рассеянные хрипы, в нижнем отделе влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Массивные отеки голеней и поясничной области.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: СОЭ – 25 мм/час; Hb – 78 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$.

ОАМ: эритроциты – 3–5 в п/з, гиал. цилиндры – 6–8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: креатинин – 1050 мкмоль/л; мочевины – 35 ммоль/л; общий белок – 50 г/л; холестерин – 5 ммоль/л. СКФ по MDRD – 10 мл/мин/1,73 м².

ЭКГ: электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, ЧСС 102 уд./мин.

Задача 7

Мужчина, 62 лет, оператор частной автозаправочной станции. Жалобы на кровохарканье, кашель, боли в грудной клетке, одышку, повышение температуры, слабость, выделение мочи цвета мясных помоев, уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро после перенесенной вирусной инфекции, когда появились кровохарканье, кашель, одышка, повышение температуры до 38 °С. Лечился самостоятельно антибиотиками, аспирином, отхаркивающими травами – без улучшения. Затем появилось выделение мочи цвета мясных помоев, отметил уменьшение количества мочи. Обратился в поликлинику по месту жительства. Направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Объективно. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Перкуторно над легкими выслушивается ясный легочный звук. Определяется укорочение перкуторного звука в базальных отделах. Аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, в нижних отделах ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; Hb – 105 г/л; ЦП – 0,7; ретикулоциты – 0,5 %; СОЭ – 15 мм/час; лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$.

ОАМ: белок – 0,068 г/л, цилиндры зернистые; эритроциты – 8–10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: СРБ +++; фибриноген 8 г/л.
ИФА биоптата почки: антитела к базальной мембране клубочков.
Рентгенография ОГК: инфильтративные тени в прикорневых и базальных отделах с обеих сторон.

Раздел V. РЕВМАТОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 66 лет, экономист. Жалобы на боли в лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных и височно-нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в течение нескольких часов, на распирающие боли в правом и левом подреберьях, периодически повышение температуры тела до 37,5–38 °С.

Из анамнеза заболевания. Заболела 9 лет назад, когда появились боли в лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, субфебрилитет. Получала диклофенак, делагил, отмечала улучшение. В течение последних 3 лет отмечает парестезии, появление плохозаживающих трофических язв голени, частые респираторные инфекции. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа и слизистые бледно-желтушные. Увеличены подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы, не спаяны с окружающими тканями, плотные и безболезненные, размерами от 1 до 1,5 см. Выраженная деформация межфаланговых суставов кистей с формированием деформации пальцев по типу «шеи лебедя», ульнарная девиация, деформация стопы с формированием hallus valgus, молоткообразное изменение пальцев с подвывихами в плюснефаланговых суставах. Печень на 6 см выступает из-под реберной дуги по правой среднечелюстной линии, плотная, безболезненная. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, плотная, безболезненная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 96 г/л; лейкоциты – $3,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы – 32 %; лимфоциты – 58 %; моноциты – 10 %.

Биохимический анализ крови: билирубин – 32 мкмоль/л; непрямой – 14 мкмоль/л; прямой – 18 мкмоль/л; АсАТ – 116 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 119 Ед/л (N 0–45 Ед/л).

Ревматоидный фактор – 1:1240. АЦЦП +. Криоглобулинемия ++.

УЗИ ОБП: гепатомегалия $18,5 \times 12,4 \times 12,8$ см, паренхима повышенной эхогенности; спленомегалия $16,8 \times 9,5$ см, паренхима повышенной эхогенности.

Задача 2

Женщина, 66 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, отеки на лице, кистях рук, онемение пальцев рук, одышку при небольшой физической нагрузке, резкую общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Четыре года назад появились плотные отеки на лице, кистях рук, через полгода присоединилась лихорадка до 38 °С, одышка, прогрессирующая общая слабость. Госпитализирована по месту жительства, проводилось лечение антибиотиками, сердечными гликозидами – без эффекта: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. За год потеряла в весе 10 кг. В клинике начато лечение преднизолоном 30 мг/сут. В результате лечения нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка. Две недели назад впервые выявлены изменения в моче: уд. вес – 1020; белок – 6,5 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр.; эритроциты – 15–20 в п/зр. Неделю назад появилась тошнота, рвота, головная боль. Пульс 110 уд./мин; АД 200/130 мм рт. ст., за три дня до госпитализации развилась анурия, креатинин крови – 904 мкмоль/л; K⁺ – 7,4 мэкв/л; Na⁺ – 123 мэкв/л. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Состояние средней тяжести. Маскообразное лицо. Плотные отеки на лице, кистях, рук, предплечьях. Синдром Рейно. Костно-мышечная система, суставы без

особенностей. Дыхание везикулярное, крепитация в нижнебазальных отделах с обеих сторон. ЧДД 22 в мин в покое. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 84 уд./мин; АД 120/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 93 г/л; лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ %; лейкоцитарная формула: нейтрофилы п/я – 9 %, с/я – 66 %, эозинофилы – 1 %, базофилы – 1 %, моноциты – 6 %, лимфоциты – 22 %; СОЭ – 40 мм/ч.

АТ к Scl70 1: 640; АТ к Sm 1 : 148. LE 1: 10. Комплемент 68 ед.

ЭКГ: ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

ФВД: ЖЕЛ – 55 %; МВЛ – 60 %; проба Тиффно – 86 %.

Рентгеноскопия легких: интерстициальный легочный рисунок в базальных отделах усилен. Очаговых изменений нет. Синусы плевры свободны.

Задача 4

Женщина, 65 лет, инженер-технолог. Жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, обильный жидкий стул черного цвета.

Из анамнеза заболевания. В течение 2 лет страдает заболеванием суставов. Проводилось лечение бруфеном, индометацином, аппликациями димексида с гидрокортизоном на пораженные суставы – с хорошим эффектом. Три года назад, усилились боли в мелких суставах кистей, лучезапястных суставах, появился субфебрилитет, утренняя скованность продолжительностью до 2 часов. Возобновила прием индометацина в дозе 75 мг/сут., в связи с сохраняющимися болями в суставах дополнительно приняла 0,5 г аспирина и 0,5 г анальгина. Вечером появились боли в эпигастральной области, тошнота. После приема 0,08 г но-шпы боли в эпигастрии уменьшились, однако ночью отмечен обильный жидкий, черного цвета стул, головокружение, слабость. Доставлена в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой медицинской скорой помощи.

Объективно. Бледность кожных покровов, отечность межфаланговых и лучезапястных суставов, ограничение подвижности в этих суставах. Атрофия межкостных мышц. Ульнарная девиация. Пульс 104 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации напряжен в эпигастрии. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина – Блюмберга – отрицательные. Стул жидкий, черного цвета. Резко положительная реакция кала на кровь.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 86 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,8; тромбоциты – 160×10^9 /л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула крови не изменена; СОЭ – 36 мм/ч; гематокрит – 30 %.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л; альбумины – 45 % (N 46,9–61,4 %); глобулины: α_1 – 4 % (N 2,2–4,2 %); α_2 – 11 % (N 7,9–10,9 %); β – 11 % (N 10,2–18,3 %); γ – 29 % (N 17,6–25,4 %).

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор – 1: 1280. АЦЦП ++. АТ к ДНК отрицательны, АТ к Sm отрицательны.

Задача 5

Мужчина, 73 года, преподаватель. Жалобы на резкую слабость во всех группах мышц, затрудненное глотание, осиплость голоса, похудение.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро 3 месяца назад, когда внезапно возникла однократная рвота после приема пищи, повысилась температура тела до субфебрильных цифр. На следующий день появились боли в мышцах конечностей, которые постепенно нарастали в течение месяца, присоединилась мышечная слабость. Еще через две недели появились эритематозные высыпания на лице, груди, над мелкими суставами кистей. Сохранялся

субфебрилитет. При обследовании в инфекционной больнице данных о каком-либо инфекционном заболевании не было получено. За время пребывания в больнице появились дисфагия, дисфония, диффузная гиперемия лица и «зоны декольте», параорбитальная эритема и отек, тетрапарез. Переведен в клинику нервных болезней, где выявили признаки бульбарного синдрома. Сохранялись эпизоды лихорадки. Появилась дисфония, дисфагия, гиперемия над областью суставов, прогрессировала слабость во всех группах мышц, наиболее выраженная в проксимальных отделах, слабость мышц шеи. Похудел на 10 кг.

Объективно. Отмечается атрофия мышц плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд./мин, АД 130/80 мм рт. ст. Отмечалась болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпировались.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 130 г/л; лейкоциты – 15×10^9 /л; лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы – 8 %, с/я нейтрофилы – 69 %, лимфоциты – 12 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 1 %; тромбоциты – 238×10^9 /л; СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; альбумины – 50 % (N 46,9–61,4 %), глобулины: α_1 – 4,5 % (N 2,2–4,2 %); α_2 – 10,3 % (N 7,9–10,9 %); β – 12,2 % (N 10,2–18,3 %); γ – 23,8 % (N 17,6–25,4 %); АсАТ – 400 U/L (N = 8–33 U/L); АлАТ – 245 U/L (N = 4–36 U/L); КФК – 11460 U/L (N до 200 U/L).

Иммунологическое исследование крови: СРБ +; IgA – 1,5 г/л (N 0,9–4,5 г/л); IgG – 13,0 г/л (N 8–18 г/л); IgM – 2,02 г/л (N 0,6–2,8 г/л).

ОАМ: отн. плотность 1021; лейкоциты – ед. в п/зр, эритроцитов нет.

ЭКГ: ритм синусовый 90 уд./мин.

Биопсия мышцы плеча: в биоптате отдельные мышечные волокна, набухшие, гомогенизированные, в межмышечной соединительной ткани небольшие лимфоплазмочитарные инфильтраты.

Задача 6

Женщина, 69 лет, учитель музыки. Жалобы на боли в межфаланговых, локтевых и коленных суставах, лихорадку, слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение 7 лет страдает заболеванием суставов с преимущественным поражением межфаланговых, локтевых и коленных суставов, повышением температуры тела до 39 °С. На фоне лечения ортофеном и антигистаминными препаратами температура снизилась до субфебрильных цифр, однако сохраняются артралгии, появились красные шелушащиеся высыпания на щеках и спинке носа, одутловатость лица, тянущие боли в поясничной области. Отмечает боли в мышцах и выраженную мышечную слабость.

Объективно. При осмотре отмечается бледность кожного покрова, сухость кожи, эритематозные высыпания на лице в виде «бабочки», отеки под глазами, незначительная отечность межфаланговых и лучезапястных суставов. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, II тон над аортой ослаблен, диастолический шум в точке Боткина-Эрба. ЧСС 96 в мин. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты $2,5 \times 10^{12}$ /л; Нб – 76 г/л; лейкоциты – $3,9 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы – 46 %, лимфоциты – 44 %, моноциты – 8 %; СОЭ – 65 мм/час.

ОАМ: белок – 2,5 %; эритроциты – 4–5 в п/зр.; лейкоциты – 6–7 в п/зр.; цилиндры гиалиновые – 3–4 в п/зр.

Иммунологическое исследование крови: LE-клеточный феномен. Акомплементемия. IgA – 4/2 г/л (N = 0,9–4,5 г/л); IgM – 5,9 г/л (N = 8–18 г/л); IgG – 58,8 г/л (N = 0,6–2,8 г/л). АТ к ДНК 1:256, АТ к Sm 1: 128, АТ к Jo1 отрицательны. РФ «←», криоглобулин ++, АЦЦП «←→», АТ к ДНК 1:20, АТ к Sm 1:32, АТ к Jo1 «←→».

Раздел VI. ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 68 лет. Жалобы на умеренную общую слабость, головокружение, усиливающееся при переходе из горизонтального в вертикальное положение, одышку при привычной физической нагрузке (подъеме по лестнице на 3–4 этаж), усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, снижение массы тела на 4 кг за последний месяц.

Из анамнеза заболевания. Ранее во время беременностей и кормления детей грудью неоднократно находили снижение Hb (минимально 76 г/л). Эпизодически самостоятельно принимала препараты железа. Не обследовалась.

Слабость, головокружение, выпадение волос отметила около полугода назад. В последний месяц состояние ухудшилось: увеличилась слабость, появились одышка, извращение вкуса (любит есть мел, нравятся запахи бензина, керосина), утренние периорбитальные отеки. Ухудшение состояния в динамике стало поводом обращения за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 4. Роды – 4. Питание нерегулярное, несбалансированное. Часто придерживалась диет. Около 8 лет вегетарианка.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные, пониженной влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Дериваты кожи: исчерченность ногтей, койлонихии, ломкость волос. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb–80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Hb в эритроцитах – 23 пг; лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 210×10^9 /л; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; ретикулоциты – 1 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %, базофилы – 0 %.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 уд./мин, амплитуда зубца Т в левых грудных отведениях снижена.

Задача 2

Мужчина, 65 лет, слесарь. Жалобы на умеренную общую слабость, неуверенность походки, слабость в ногах, особенно при подъеме по лестнице, быстрой ходьбе, ощущение ползания мурашек по ногам, онемение ног.

Из анамнеза заболевания. В 10 лет назад перенес оперативное лечение (субтотальная резекция желудка) по поводу язвенной болезни желудка, осложненной желудочным кровотечением. Появление вышеперечисленных жалоб отметил около трех месяцев назад, что послужило поводом обращения за медицинской помощью. В ходе дообследования выявлено снижение уровня Hb до 75 г/л.

Из анамнеза жизни. Ранее злоупотреблял алкоголем. 5 лет назад обнаружен дифиллоботриоз, проведена дегельминтизация.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 23,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС

110 в мин. На верхушке сердца выслушивается короткий систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. В яремной ямке выслушивается «шум волчка». АД 94/50 мм. рт. ст. Язык влажный, с атрофированными сосочками, с участками воспаления ярко-красного цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 11; 9; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 45 г/л; гематокрит – 30 %; эритроциты – $1,6 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 108 фл; среднее содержание Нв в эритроцитах – 35 пг; лейкоциты – $2,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 100×10^9 /л; ширина распределения эритроцитов по объему – 17 %; СОЭ – 21 мм/ч; ретикулоциты – 1,2 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, с/я – 48 %, лимфоциты – 40 %, моноциты – 7 %, базофилы – 1 %. Пойкилоцитоз.

Миелограмма: Костный мозг гиперклеточный. Тип кроветворения мегалобластный, за счет клеток эритроидного ряда. Клетки больших размеров с эксцентрично расположенным ядром, нежным хроматином. Признаки дизэритропоэза: базофилия цитоплазмы, гиперсегментация нейтрофилов, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кэбота, базофильная пунктация эритроцитов.

ЭКГ: ритм синусовый, 110 в мин, вольтаж зубцов Т снижен во всех отведениях.

Задача 3

Мужчина, 75 лет. Жалобы на давящие боли в теменной области головы, зуд кожи, усиливающийся после приема теплого душа, эпизодические жгучие боли в области пальцев рук и ног.

Из анамнеза заболевания. Поступил в отделение гематологии на обследование по поводу зарегистрированного в крови высокого содержания Нв (195 г/л) и гематокрита (46 %). Ранее, со слов больного, подобных изменений в крови не обнаруживали. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около двух недель.

Из анамнеза жизни. Вредных привычек не имеет. Деформация носовой перегородки (не скорректирована). Много лет занимался спортом.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 23,4 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые ярко гиперемированы, физиологической влажности, чистые. Склеры инъецированы. Мягкое небо багрово-синюшного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. SaO₂ – 99 %. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Акцент II тона на аорте. ЧСС 82 в мин. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 12; 9; 8. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Нижний полюс селезенки определяется ниже рёберной дуги на 4 см, плотной консистенции. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Биохимическое исследование крови: мочевая кислота – 460 ммоль/л, ферритин – 430 нг/мл.

Эритропоэтин: 1,2 МЕ/мл (норма 4,3–32 МЕ/мл).

Миелограмма: трехростковая гиперплазия с преобладанием эритроидного и мегакариоцитарного ростков, значительное уменьшение жировой ткани.

Трепанобиопсия: панмиелоз, костный мозг обеднен жировой тканью.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 75 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка 18 × 12 см.

Задача 4

Мужчина, 66 лет, слесарь-сборщик. Жалобы на появление опухолевидных образований в подчелюстных областях и на шее, повышенную ночную потливость, кожный зуд, снижение массы тела на 7 кг за 2 месяца.

Из анамнеза болезни. Вышеописанные образования обнаружил около 2 месяцев назад, в последние недели отмечает их заметное увеличение. Температура тела не повышалась. К врачу обратился по этому поводу впервые.

Из анамнеза жизни: Курит 40 лет по 1 пачке в день. Отмечает частые ОРВИ.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 176 см. Вес 80 кг. ИМТ 25,8 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, влажности, чистые. В подчелюстных областях и на шее увеличенные лимфоузлы размером до сливы (10–15 в группе), плотно эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Миндалины увеличены, рыхлые, без налета. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб–120 г/л; гематокрит – 40 %; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; средний размер эритроцитов – 86 фл; содержание Нб в эритроцитах – 30 пг; лейкоциты – $20,1 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 200×10^9 /л; СОЭ – 42 мм/ч; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 8 %, с/я – 34 %, лимфоциты – 50 %, моноциты – 6 %, базофилы – 1 %.

Миелограмма: бласты 1 %, лимфоциты 20 %, клеточность костного мозга 120×10^3 . Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Иммунофенотипирование: опухолевые клетки экспрессируют CD30 и часть из них CD15 в цитоплазме.

Гистологическое исследование биоптата лимфатического узла: пролиферация зрелых лимфоцитов и гистиоцитов, эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты. Выраженных очагов склероза не наблюдается. Обнаруживаются крупные одно- и двуядерные клетки с базофильной цитоплазмой.

Задача 5

Мужчина, 67 лет, водитель. Жалобы на чувство тяжести в левом подреберье, повышение температуры тела до 37,7 °С, умеренную общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больным около трех месяцев, когда появилась лихорадка до 37,7 °С, озноб, умеренная общая слабость. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты со слабopоложительным эффектом. Со временем стали беспокоить боли, дискомфорт в левом подреберье. Обратился в поликлинику по месту жительства. В ОАК выявлен гиперлейкоцитоз 284×10^9 /л, сдвиг в лейкоформуле до бластов 41 %, Нб 105 г/л. В экстренном порядке направлен в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Участник аварии на Чернобыльской АС. На Севере живет 30 лет. Курит 40 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост 186 см. Вес 85 кг. ИМТ 26,2 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, на коже туловища пятна коричневого цвета, слегка возвышающиеся над поверхностью, безболезненные, плотные при пальпации. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 98

в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 16; 11; 9 см. Край печени плотный, безболезненный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне пупка, плотной консистенции, безболезненный. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Миелограмма: бластоз костного мозга до 20 %, редуцированы мегакариоцитарный и эритроцитарный ростки, базофильно-эозино-фильная ассоциация. Тени Боткина-Гумпрехта не обнаружены.

Цитогенетика костного мозга и крови: патологический клон с реципрокной транслокацией между длинными плечами 9 и 22 хромосом выявлен в 100 % клеток крови и костного мозга.

Задача 6

Мужчина, 70 лет. Жалобы на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, отеки лица по утрам.

Из анамнеза заболевания. Около трех месяцев отмечает боли в поясничной области, нарастающие в динамике. Связывал начало заболевания с избыточной физической нагрузкой. Лечился самостоятельно: диклофенак, мидокалм, без эффекта. Обратился за медицинской помощью к участковому терапевту. В ходе обследования обнаружены изменения в биохимическом исследовании крови: общий белок 100 г/л, креатинин – 116 мкмоль/л. М-градиент в области гамма-глобулинов в крови 40 %. Направлен на госпитализацию в гематологическое отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 50 лет по 2 пачки в день. Последний год отмечает частые инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 182 см. Вес 83 кг. ИМТ 25,0 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, физиологической влажности, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпация паравerteбральных точек в области пояснично-крестцового отдела позвоночника умеренно болезненна. Периорбитальная отечность. Отеки стоп, нижних третей голени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластический, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАМ: относительная плотность – 1020, белок 2,0 г/сут, глюкоза – отр., лейкоциты – ед. в п/зр, эритроциты – ед. в п/зр, цилиндры – 5–6 в п/зр.

Белок Бенс-Джонса в моче: +.

Миелограмма: костный мозг умеренно клеточный, на 40,2 % представлен плазматическими клетками. В некоторых клетках – вакуолизация цитоплазмы, зернистость, тельца Рассела. Встречаются двуядерные клетки. Скоплений «пламенеющих» клеток нет.

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника: структура тел позвонков не изменена, в теле L5, крестце, костях таза шаровидные зоны высокого сигнала в T₁-cor.

Раздел VII. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задача 1

Женщина, 68 лет. Жалобы на жажду, жидкости выпивает до 3 литров в сутки, частое мочеиспускание, зуд промежности, слабость, головокружение, головную боль, прогрессирующее снижение зрения.

Из анамнеза заболевания. Жалобы на головные боли и жажду больше 5 лет. В течение последних 4 лет состоит на учете у эндокринолога, наблюдается нерегулярно, лечение не принимает. Ухудшение состояния в течение месяца на фоне стрессового состояния.

Из анамнеза жизни. Роды одни, ребенок весом при рождении 4,5 кг. Менопауза 10 лет.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 120 кг, вес 158 см. Кожный покров обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 136 г/л; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 24 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1020, кислая; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр; сахар «+».

Биохимическое исследование крови: АсАТ – 16 U/L (8–33 U/L); АлАТ – 16 U/L (4–36 U/L); глюкоза – 10,3 ммоль/л; креатинин – 84 ммоль/л; мочевины – 6,3 ммоль/л; общий белок – 69 г/л; общий холестерин – 8,1 ммоль/л; триглицериды – 2,93 ммоль/л.

Гликированный Нв: 9,4 % (норма до 6 %).

С-пептид: 1,4 нг/мл (норма 1,1–4,4).

Задача 2

Женщина, 66 лет. Жалобы на приступы головной боли, сопровождающиеся стеснением в груди, удушьем, сердцебиением, дрожью, сухостью во рту, потливостью, рвотой.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной 3 года, когда стали беспокоить вышеописанные жалобы. Приступы возникают 3–4 раза в месяц после физической нагрузки и без определенной причины, длятся по 3–5 минут, проходят самостоятельно. Во время приступа АД повышается до 150–170/95–100 мм рт. ст. После приступа отмечает обильное мочеиспускание. В межприступный период отмечают непостоянные головные боли, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена. Менструация с 15 лет, регулярно. Беременность – 3, роды – 2, аборт – 1.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологичной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 82 в мин. Пульс 82 уд./мин, АД 150/95 мм рт. ст. Во время обследования (пальпация живота) внезапно появилась одышка, сухой кашель, пульсирующая головная боль, стеснение в груди, гиперемия кожного покрова, потливость, пульс 136 уд./мин, АД 230/125 мм рт. ст. Через 7–10 минут самочувствие улучшилось, пульс 100 уд./мин, АД 170/105 мм рт. ст., познание, через 15–20 минут – обильный диурез.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; Нв – 130 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1019; белок не обнаружен, глюкоза – следы.

Биохимическое исследование крови: Глюкоза крови (натощак) – 7,0 ммоль/л. Глюкоза крови (после криза) – 7,3 ммоль/л.

Ванилилминдальная кислота в моче 50 мкмоль/сутки (норма до 35 мкмоль/сутки).

Адреналин мочи 85 нмоль/сут (норма 0–70 нмоль/сут), норадреналин мочи 230 нмоль/сут (норма 0–190 нмоль/сут).

Задача 3

Мужчина, 73 года. Жалобы на отечность голеней, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен сахарным диабетом в течение 25 лет. Заболевание началось остро с кетоацидотической комы. В течение 7 лет беспокоит прогрессирующее снижение зрения. В течение последнего года появилась отечность голеней. Получает лечение: 40 ед. инсулина в сутки однократно перед завтраком.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Пастозное лицо, массивные отеки на голенях. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 87 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: 14; 12; 9 см.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$; Hb – 142 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, п/я нейтрофилы – 2 %, с/я нейтрофилы – 73 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 5 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л; альбумин – 25 г/л; холестерин – 8,6 ммоль/л; креатинин – 150 мкмоль/л;

ОАМ: уд. вес 1035; белок – 6,0 г/л; лейкоциты – 3–4 в п/зр; эритроциты – 1–2 в п/зр; цилиндры гиал. – 4–5 в п/зр.; сахар – 2,5 %; ацетон отрицательный.

Проба Реберга: клубковая фильтрация 59 мл/мин; канальцевая реабсорбция – 97 %.

Гликемический профиль: 8.00 – 8,1 ммоль/л; 11.00 – 7,9 ммоль/л; 14.00 – 11,6 ммоль/л; 17.00 – 3,2 ммоль/л; 20.00 – 11,8 ммоль/л.

Задача 4

Женщина, 72 года, цветовод. Жалобы на прибавку в весе на 12 кг за год, слабость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожного покрова, боли в области сердца, парестезии, судороги в кистях и ногах при физической работе на даче.

Из анамнеза заболевания. Операция струмэктомии по поводу диффузного токсического зоба год назад.

Объективно. Пастозное лицо, отеки век, кожа сухая, гиперкератоз в области локтей. Язык обложен, с отпечатками зубов. В области шеи послеоперационный рубец. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Пульс 66 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. АД 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb – 132 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: уд. вес 1019; белок отрицательный, лейкоциты – 1–2 в п/зр., эритроциты – 0–1 в п/зр.

ТТГ – 5,8 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0); Т₄ своб – 6,5 пмоль/л (норма 12–22); Са⁺ крови – 1,8 ммоль/л (2,2–2,75 ммоль/л).

ЭКГ: зубец Т на изолинии и слабо отрицательный в V₃–V₆.

Задача 5

Женщина, 66 лет, домохозяйка. Жалобы на слабость, сонливость, зябкость, головную боль, запоры, боли в области сердца давящего характера, иногда интенсивные, не связанные

с физической нагрузкой.

Из анамнеза заболевания. Прибавила в весе за 2 года 7 кг. Последние три месяца отсутствуют менструации. Лечилась у терапевта по поводу анемии, хронического колита, без эффекта.

Объективно. Рост 164 см. Вес 72 кг. Кожа бледная, сухая. Небольшая пастозность век. Щитовидная железа диффузно увеличена до второй степени, плотная, неоднородная, безболезненная. Пульс 65 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст., границы сердца не изменены. Тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 92 г/л; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л.

ТТГ – 5,6 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т4 своб – 7,1 пмоль/л (норма 12–22), антитела к тиреопероксидазе – 48 МЕ/мл (до 35 МЕ/мл), антитела к тиреоглобулину – 56 МЕ/мл (до 40 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: диффузное снижение эхогенности ткани.

Задача 6

Женщина, 67 лет, менеджер. Жалобы на слабость, потливость, сердцебиение, умеренную одышку при быстрой ходьбе, нарушение сна, плаксивость, раздражительность, похудание при сохраненном аппетите.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около 7 месяцев, когда после стресса появилась потливость, сердцебиение, в течение последнего месяца беспокоит одышка при ходьбе.

Объективно. Больная возбуждена. Кожа горячая, влажная. Отмечается общая дрожь. Двусторонний экзофтальм. Положительные симптомы Штельвага, Греффе, Мебиуса. В легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, аритмичные. Систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 130 в мин. Пульс 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 2 степени, уплотнена, безболезненная, однородна, смещаемая.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 115 г/л; эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $4,6 \times 10^9$ /л; СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холестерин – 2,5 ммоль/л.

ТТГ 0,05 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т4 своб – 28,1 пмоль/л (норма 12–22).

УЗИ щитовидной железы: общий объем – 28, неоднородная эхоструктура.

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-4; ПК-10; ПК-11	1-5

Ситуационные задачи

Задача 1

В 20 гор. больницу г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни. Дежурный врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку больницы г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в

оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован.

Как можно квалифицировать с правовой точки зрения действия врача 20 больницы?

Ответ: В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, с законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" и Положении об обеспечении прав граждан, застрахованных в РФ по обязательному медицинскому страхованию врач 20 больницы обязан был оказать помощь, так как больной является гражданином России и имеет свидетельство об ОМС. Действия врача противоправны и могут расцениваться как преступление по статье 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", а в случае причинения среднего или тяжкого вреда по статье 118 УК РФ "Причинение среднего или тяжкого вреда по неосторожности". Гр-н может также подать гражданский иск на возмещение причиненного ему материального и морального вреда в соответствии с Гражданским кодексом РФ.

Задача 2

Ассистент кафедры хирургии медицинского университета, кандидат медицинских наук, находясь в отпуске, с семьей ехал на собственной машине на черноморское побережье. При выезде из города он остановился, так как дорога была перекрыта из-за аварии. Выйдя из машины, он увидел травмированного, лежащего на обочине дороги мужчину в тяжелом состоянии, заметил открытый перелом правой бедренной кости с кровотечением, слышал, как автоинспектор вызывал скорую помощь. Но тут дорогу открыли, и он продолжил путь.

Имеется ли какое-либо нарушение в поведении врача и какое?

Ответ: Врач, увидев травмированного, который нуждался в остановке кровотечения и иммобилизации конечности, понимал, что неоказание медицинской помощи может повлечь ухудшение здоровья и даже смерть от кровопотери. Тем не менее, помощь он не оказал, считая, что он находится в отпуске и не обязан этого делать. Во-первых, он нарушил нравственные нормы профессии, изложенные в "Клятве врача", предусмотренной ст. 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Во-вторых, он совершил преступление по ст. 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", так как по жизненным показаниям он должен оказывать первую медицинскую помощь в любом месте и в нерабочее время (в том числе находясь в отпуске).

Задача 3

В детскую городскую больницу поступил двенадцатилетний ребенок, доставленный после падения с балкона 3 этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Требовалось срочное переливание крови, однако родители, мусульмане по вероисповеданию, не дали согласие врачам на переливание крови. Врачи, после информации о последствиях их отказа не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери.

Ответственен ли медицинский персонал за смерть мальчика?

Ответ: Несмотря на статью 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан о праве граждан на отказ от медицинской помощи (в этом случае при отказе родителей несовершеннолетнего ребенка до 15 лет), необходимой для спасения его жизни, руководство больницы или отделения (либо дежурный врач), после информации и попытки убедить родителей, должны обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Задача 4

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ№6 г. Красноярска с камнем мочеочника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным

приобретать за свой счет одноразовые шприцы.

1. Входит ли эндоскопическая операция на мочеточнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?

2. На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Ответ:

1. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.

2. Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Задача 5

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярска, постоянная прописка в г. Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

1. Правомерно ли поступает поликлиника?

2. Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Ответ:

1. Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.

2. Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС.

3. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-12
УК-3	2-12

Ситуационные задачи

Задача 1

При ответе на вопрос студент не согласился с оценкой преподавателя (70 баллов, три), считая ее заниженной, настаивая на оценке 86 баллов (четыре). Ответ действительно содержал недочеты, однако учащийся их не усмотрел.

Каковы Ваши действия в данной ситуации?

Задача 2

На занятии студент систематически отказывается отвечать на вопросы преподавателя, не выполняет задания, обосновывая это тем, что ему не интересно, этот предмет «лишний» для

изучения.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 3

Студенты регулярно опаздывают на Ваше занятие, тем самым нарушая его ход, мешая другим учащимся, создавая нерабочую обстановку в ученическом коллективе.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Как, на Ваш взгляд, можно решить проблему с опозданиями учащихся?

Задача 4

Педагог на уроках физкультуры, зная, что Сидоров тяготеет к фитнесу, весь семестр не разрешает ему пойти в тренажерный зал, и, зная, что Попов склонен к бегу – не разрешает ему бегать кросс, дает всем единое задание, чем снижает интерес этих учащихся к физкультуре. Какие принципы и подходы не учел педагог?

Задача 5

На занятии по социальной педагогике преподаватель вначале сообщает общее положение, закон, а затем постепенно начинает выводить частные случаи, более конкретные задачи.

1. Определите метод обучения в соответствии с логикой раскрытия содержания темы.
2. Укажите его преимущества.

Задача 6

На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию, находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки.

1. Определите метод обучения.
2. К какой группе методов он относится?

Задача 7

На занятии по социальной педагогике учащиеся воспринимают учебную информацию, усваивают наиболее важные моменты в обобщенном виде, закрепляют изученное путем повторения нового материала, применяют изученное в ходе выполнения упражнений или анализа жизненных ситуаций.

1. Определите метод обучения, использованный преподавателем.
2. В каких случаях этот метод наиболее эффективен?

Задача 8

Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9

Заведующий кафедрой предложил преподавателям составить портфолио достижений на некоторых способных студентов, активно участвующих в общественной и научной жизни университета.

Как Вы считаете, какие виды портфолио можно составить? Что может войти в данное портфолио достижений студента?

Задача 10

Если бы Вам поручили разработать сборник кейсов по дисциплине, то какие случаи из

практической деятельности специалиста могли бы послужить основой для кейса?

Задача 11

При ответе на вопрос студент сильно заикается из-за волнения и индивидуальных особенностей речи. В результате Вы плохо понимаете, о чем ведёт речь студент, не можете оценить его ответ.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 12

Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами (рекомендованной Минобразованием РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением).

Какую из представленных программ учитель должен считать обязательной основой для своей деятельности?

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3, ПК-5; ПК-7; ПК-12	1-6

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание отсутствует. Пульс на лучевой и сонной артериях не определяется. Действуйте!

Ситуационная задача 2

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C. Действуйте!

Ситуационная задача 3

Раненый без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежды следы рвотных масс. В правой лобно-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий. Действие в городе, дождь. Действуйте!

Ситуационная задача 4

Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C. Действуйте!

Ситуационная задача 5

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно

кровоточащая рана 3х2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. Действуйте!

Ситуационная задача 6

Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6х3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °С.

Ответы на ситуационные задачи

1. Отсутствие дыхания и кровообращения свидетельствует о том, что раненый мертв.

2. Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. ИВЛ

2. В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны

3. Повязка на рану

4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой

5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.

6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.

7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.

8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.

9. Подлежит первоочередному выносу с очага.

10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.

3. Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка.

Первая медицинская помощь:

1. Подложить валик под плечи.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.

4. Ввести воздуховод.

5. Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.

6. Подлежит первоочередному вывозу.

4. Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью).

Первая медицинская помощь:

1. Подложить под плечи валик.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.

4. Ввести воздуховод.

5. Иммобилизовать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.
6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.
7. Подлежит первоочередному вывозу.

5. Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выраженной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди.
2. Обезболивание.
3. Придать раненому положение полусидя.
4. Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.

6. У раненого множественные повреждения: обильно кровоточащая рана на переднебоковой поверхности шеи слева, отрыв правой голени с умеренным кровотечением из раны и некровоточащая обширная рана левой стопы.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение из раны шеи пальцевым прижатием левой сонной артерии к позвоночнику, после чего наложить давящую повязку с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
2. Наложить жгуты на правую голень тотчас выше раны и на нижнюю треть левой голени.
3. Обезболить.
4. Наложить повязки на раны.
5. Иммобилизовать нижние конечности.
6. Обильно напоить раненого.
7. Записка с указанием даты и времени наложения жгутов.
8. Подлежит первоочередному вывозу.

5. Дисциплина: Патология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1; ПК-6.	1-3

Ситуационные задачи

Задача 1. У беременной Н., 25 лет на почве токсикоза развилась острая дистрофия печени, которая привела к недостаточности ее функции. Больная возбуждена. Бредит, наблюдаются судорожные подергивания мышц. Кожа и слизистые оболочки желтушные. Пульс 92 в мин, артериальное давление 100/70 мм. рт. ст. В крови и моче резко увеличено содержание аминокислот и аммиака и уменьшение содержание мочевины. Специальные исследования выявили наличие в крови большого количества аминов (гистамина, тирамина, серотонина).

Какие данные указывают на нарушение межклеточного обмена белков? Каковы возможные причины и механизмы этих расстройств? Имеются ли у больной нарушения конечного этапа белкового обмена? Обоснуйте свое заключение. Чем обусловлено возбуждение больной?

Задача 2

Больной М., 46 лет, научный работник, жалуется на ослабление памяти, головокружение, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 3

лет. Физическим трудом и физкультурой не занимается. Много курит. Питается хорошо, много употребляет мяса и животных жиров, а фруктов и овощей – недостаточно. Объективно: среднего роста, гиперстеник. Выглядит значительно старше своих лет. Кожа и мышцы дряблые. Границы сердца увеличены. Тоны глухие. Пульс 86 в мин, ритмичный. АД 140/90 мм. рт. ст. На ЭКГ выявляются признаки коронарной недостаточности. При рентгеноскопии обнаружено расширение дуги аорты. В крови резко увеличено содержание холестерина и β -липопротеидов. Больному назначена лечебная физкультура и диета, богатая овощами и фруктами, со сниженной калорийностью и ограничением животных жиров. Кроме того, рекомендовано ввести в суточный рацион не менее 20 г натурального растительного масла.

Каковы вероятные причины и последствия гиперхолестеринемии у данного больного? Почему больному рекомендовано употреблять в пищу растительное масло, овощи и фрукты?

Задача 3. Оцените результаты исследования КОС крови:

У больной гнойный перитонит.

pH	7,48
pCO ₂ , мм рт.ст.	49
SB, ммоль/л	26,5
BB, ммоль/л	52,5
BE, ммоль/л	+6
ТК, ммоль/л	18

6. Дисциплина: Клиническая фармакология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-6.	1-5

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V₅, V₆ до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

Задача 2.

Больному С., 62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст.(максимальное АД – 190\100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V₅-V₆ отведениях – изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить

группы)?

Задача 3.

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до 210/230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью, сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли щитовидной железы. Объективно: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/р по 1. medioclaviculares sinistra, PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130, АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэндокардиальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ишемии на ЭКГ купировалась. ОАК, БАК без особенностей. Ваши диагнозы, дальнейшая тактика и лечение.

Задача 4.

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст. Диагноз? Тактика?

Задача 5.

Больной К., 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом альмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

Вопросы:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.
2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.
3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9	1-4

Решите следующие задачи:

- 1) 12 бурлаков молча тянут баржу. Общение это или нет?
- 2) Мать баюкает месячного младенца. Общение это или нет?
- 3) Человек смотрит по телевизору балет. Общение это или нет? Если да, то где обмен информацией?
- 4) Лектор произносит монолог, а аудитория не задает ни вопроса, не подает ни одной реплики, не записывает, но слушает, а слышит ли, понимает ли – сказать трудно. Можно ли это считать общением между лектором и аудиторией?