

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.49 Терапия

Этап программы ординатуры
Первый этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками межкафедрального объединения: кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ИКМ и кафедры госпитальной терапии им. ак. П.Е. Лукомского ИКМ.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Арутюнов Григорий Павлович	д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ИКМ
2	Драгунов Дмитрий Олегович	к.м.н., доцент	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ИКМ
3	Соколова Анна Викторовна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ИКМ
4	Гордеев Иван Геннадьевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой госпитальной терапии им. ак. П.Е. Лукомского ИКМ
5	Ильина Елена Евгеньевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры госпитальной терапии им. ак. П.Е. Лукомского ИКМ
6	Шайдюк Оксана Юрьевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры госпитальной терапии им. ак. П.Е. Лукомского ИКМ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры (межкафедрального объединения), протокол от «26» мая 2026 г. № 13.

Руководитель
межкафедрального объединения

_____ Г.П. Арутюнов

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	39
4..... Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	41

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

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

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-терапевт» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению первого этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения первого этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

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

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
--	--

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику заболеваний и (или) состояний
	ПК-2. Способен назначать лечение пациентам, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями
	ПК-5. Способен проводить мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-7. Способен оказывать пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить жалобы и анамнез, оценить результаты осмотра, оценить результаты медицинских манипуляций (измерение АД), сделать предварительное заключение, определить объем и показания к назначению лабораторных и (или) инструментальных исследований, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях, поставить диагноз, предложить дальнейшую тактику ведения пациента, определить показания к медицинской реабилитации, оценить состояние и определить нетрудоспособность пациента, определить профилактические мероприятия и сроки диспансерного наблюдения. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

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

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

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

№	Организационные вопросы оказания терапевтической помощи. Современное состояние системы здравоохранения
1	Показатель «число диагностических ошибок» относится к типу показателей
	ресурсному
	качественному
	интегральному
	финансовому
2	Лечащий врач может единолично и одновременно выдавать листок нетрудоспособности на срок до (в днях)
	15
	5
	20
	7
3	Исправления в учетной форме п 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» подтверждаются
	подписью заведующего отделением
	решением врачебной комиссии
	подписью врача, заполняющего карту
	подписью главного врача
4	Ориентировочный срок временной нетрудоспособности при персистирующей бронхиальной астме тяжелого течения составляет (в днях)
	70-80
	60-70
	50-60
	85-90
5	Записи в медицинской карте амбулаторного больного (форма №025/у) ведутся на языке
	русском
	английском
	региона
	любом
6	Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность граждан в период их пребывания за границей
	заменены на листок нетрудоспособности установленного в РФ образца
	после легализованного перевода по решению врачебной комиссии должны быть
	после легализованного перевода по решению врачебной комиссии могут быть
	по решению врачебной комиссии должны быть
	по решению врачебной комиссии могут быть
7	Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в

	субъективных характеристиках
	процентах
	десятичных долях
	долях от целого
8	Датой установления инвалидности является
	дата регистрации документов в бюро
	дата непосредственного освидетельствования
	дата открытия больного листа
	следующий день после регистрации документов в бюро
9	Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет
	Министерство здравоохранения
	Федеральное медико-биологическое агентство
	бюро медико-социальной экспертизы
	территориальный фонд омс
10	В случае признания гражданина инвалидом ему выдают
	справку о группе инвалидности, индивидуальную программу реабилитации, при наличии листка временной нетрудоспособности в нем делается отметка об экспертном решении
	справку произвольной формы и выписку о результатах прохождения мсэ
	выписку из протокола заседания бюро МСЭ и индивидуальную программа реабилитации
	только справку о группе инвалидности
11	К первичным факторам риска заболеваний относят
	сахарный диабет
	гиподинамию
	гиперхолестеринемию
	артериальную гипертензию
12	Через сколько дней после выдачи листка нетрудоспособности больной направляется на врачебную комиссию
	20
	10
	15
	30
13	Из условий, влияющих на здоровье, наиболее значимым, согласно данным ВОЗ, является
	образ жизни
	здравоохранение
	внешняя среда
	наследственность
14	Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является
	старшая медицинская сестра
	заведующий структурным подразделением
	медсестра процедурного кабинета
	постовая медицинская сестра
15	Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет
	лечащий врач с утверждением заведующего отделением
	лечащий врач самостоятельно
	руководители лпу и поликлиник
	кэк по представлению лечащего врача и заведующего отделением
16	Учащемуся, обратившемуся к терапевту по поводу острого бронхита в период оплачиваемой производственной практики, врач
	выдает справку произвольной формы

	выдает больничный лист
	выдает справку учащегося установленной формы
	ничего не выдает
17	Работник уволен с предприятия 07.09. по собственному желанию. В 18 часов того же дня он обращается в поликлинику. Врач констатирует временную нетрудоспособность и
	выдает больничный лист на общих основаниях
	выдает больничный лист с пометкой о нарушении режима
	выдает справку произвольной формы
	не выдает никакого документа
18	Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям
	морально-нравственную
	материальную
	уголовную
	гражданско-правовую
19	Страхование по ОМС – это
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении страхового риска и по ее оплате медицинской организации
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу своевременной медицинской помощи при возникновении страхового риска или страхового случая
	исполнение обязательств по предоставлению лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
20	Как часто гражданин РФ имеет право на смену медицинской организации или лечащего врача?
	ежемесячно
	не чаще 1 раза в полгода
	не чаще 1 раза в год
	у гражданина РФ нет такого прав
21	В каких случаях производится медицинское вмешательство с согласия родственников или законных представителей?
	если пациент не достиг 15 лет
	если пациент уже достиг 16 лет
	в возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане
	в возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане
22	В каких случаях не может быть применено медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя
	если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
	в отношении лиц в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний
	в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; страдающих тяжелыми психическими расстройствами
	в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления)
23	Какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны?
	административную, уголовную, гражданско-правовую
	гражданско-правовую, уголовную, дисциплинарную
	дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную

	уголовную, дисциплинарную, административную
24	В каких случаях, и с какой целью не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну?
	по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
	в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
	при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
	по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина
25	Всегда ли следует получать согласие больного или его законного представителя на медицинское вмешательство?
	всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно
	всегда при проведении медицинского вмешательства
	всегда, когда медицинское вмешательство неотложно
	всегда, когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке
26	Вопросы оказания медицинской помощи в Российской Федерации регулируются следующей отраслью права
	Природоохранное (экологическое) право
	Пенсионное право
	Трудовое право
	Медицинское право
27	Инвалидность - это утрата трудоспособности
	стойкая
	временная
28	Профилактика – это
	мера государственного воздействия
	комплекс санитарных норм
	один из элементов медицинской помощи
29	Целью диспансеризации населения является
	улучшение здоровья населения
	наблюдение за прикрепленным контингентом
	оценка здоровья пациента на момент обследования
	оказание специализированной медицинской помощи
30	Первым уровнем экспертизы временной нетрудоспособности является
	лечащий врач
	заведующий отделением
	клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
31	Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют лечащие врачи, работающие в лечебно-профилактических учреждениях
	государственной системы здравоохранения
	муниципальной и частной системах здравоохранения
	государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения при наличии соответствующей лицензии
32	Наиболее тяжелой группой инвалидности является
	1-я группа
	2-я группа
	3-я группа

33	Установление группы инвалидности осуществляется
	участковым врачом
	заведующим отделением
	клинико-экспертной комиссией
	бюро медико-социальной экспертизы
34	Основной фигурой в системе профилактики являются
	врачи центра медицинской профилактики
	специалисты центров Роспотребнадзора
	участковые врачи поликлиники
	врачи психоневрологического диспансера
35	Вторичная профилактика - это
	предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
	предупреждение обострений заболевания
	предупреждение возникновения инвалидности
36	Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения
	острых заболеваний
	инфекционных заболеваний
	несчастных случаев
	хронических заболеваний
37	Какие выделяют виды реабилитации инвалидов?
	психологическая, социальная
	медицинская, психологическая, профессиональная, социальная
	полная, частичная
	психологическая, профессиональная
38	Высокотехнологичная медицинская помощь
	обособлена в своем определении и анализе
	является частью специализированной медицинской помощи
	является частью системы государственных гарантий граждан РФ
	устанавливается согласно программе ОМС
39	На занятие частной врачебной медицинской практикой имеют право лица
	получившие диплом врача
	получившие диплом врача и удостоверение об аккредитации
	получившие диплом врача, удостоверение об аккредитации и лицензию на избранный вид деятельности
40	Укажите определение лечащего врача (в соответствии с ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)
	врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения
	врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении
	врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи, независимо от их пола и возраста
	врач, обучающийся в учреждении послевузовского профессионального образования
1	Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний в практике врача-терапевта
1	Как выглядит на ЭКГ интрамуральный инфаркт миокарда?
	глубокий отрицательный зубец Т
	уширенный зубец Q небольшой амплитуды
	сегмент ST ниже изолинии дугой вниз
	сегмент ST выше изолинии дугой вверх

2	Субэндокардиальный инфаркт миокарда имеет отражение на ЭКГ в виде
	снижение сегмента ST с отрицательным зубцом T
	отрицательный зубец T
	снижение ST, уменьшение зубца R, зубец T двухфазный или отрицательный
	снижение сегмента ST в грудных отведениях, подъем ST в III, AVF
3	Как выглядит на ЭКГ трансмуральное ишемическое повреждение передней стенки левого желудочка в отведении V2?
	сегмент ST ниже изолинии
	сегмент ST выше изолинии дугой вверх
	глубокий патологический зубец Q
	сегмент ST выше изолинии и отрицательный зубец T
4	Для хронической аневризмы характерно
	отсутствие отрицательного зубца T
	повышение сегмента ST в течение длительного времени
	снижение сегмента ST в течение длительного времени
	высокий "коронарный" зубец T
5	При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий назначение антикоагулянтов до кардиоверсии необходимо
	48 часов и более
	6-12 часов
	12-24 часа
	72 часа
6	При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий непрямые антикоагулянты до кардиоверсии можно не назначать
	6-12 часов
	12-24 часа
	72 часа
	менее 48 часов
7	Препаратом выбора при наличии атипичных возбудителей (микопlasма, хламидии) является
	метронидазол
	гентамицин
	карбенициллин
	азитромицин
8	К какому классу противовирусных средств относится осельтамивир?
	противогриппозные
	антиретровирусные
	противогерпетические
	противоцитомегаловирусные
9	Выберите препарат с доказанной противогриппозной эффективностью
	занамивир
	гриппферон
	дибазол
	амиксин
10	При достижении целевых значений артериального давления
	следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках неопределенно долгий срок
	можно отменить один из препаратов на некоторый период времени
	можно разрешить пропуск приема препаратов на 1-2 дня в неделю
	следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках не менее 3 месяцев

11	Относительным противопоказанием к проведению нагрузочного теста является
	острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток
	критический аортальный стеноз
	острый миокардит
	стеноз ствола левой коронарной артерии
12	Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком
	инфаркта миокарда
	тампонады сердца
	тромбоэмболии легочной артерии
	фибрилляции предсердий
13	Изменения ЭКГ, характерные для синусовой тахикардии
	увеличение интервалов PP и RR
	удлинение интервала QT
	уменьшение интервалов PP и RR
	увеличение зубца T
14	Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного приступом стенокардии, является
	моксонидин
	нифедипин
	нитроглицерин
	клофелин
15	При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда
	200 Дж
	220 Дж
	150 Дж
	50 Дж
16	Развитие толерантности к нитратам обусловлено
	значительным снижением активации симпато-адреналовой системы
	водой снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки
	вазодилатацией с задержкой в организме пациента хлорида натрия
	временной гиперактивацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон
17	Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, наиболее эффективен препарат
	фентанил
	лазикс
	клонидин
	сернокислая магнезия
18	К непрямым антикоагулянтам относится
	аспирин
	кардиомагнил
	варфарин
	гепарин
19	Какие аритмии сердца являются прогностически безопасными?
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с острым инфарктом миокарда
	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца

	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с низкой фракцией выброса
20	Признак дисфункции синусового узла
	выраженная синусовая брадикардия
	АВ-блокада I степени
	предсердная экстрасистолия
	фибрилляция предсердий
	12-24 часа
	48 часов и более
	72 часа
	96 часов

Перечень практических заданий (2 этап)

Продemonстрировать (рассказать):

1.1 Методику осмотра пациента:

- сбор жалоб и анамнеза;
- физикальное обследование;
- продемонстрировать технику измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.

1.2 Оценить:

- жалобы и анамнез;
- результаты осмотра;
- результаты медицинских манипуляций (измерение АД и т.д.), сделать предварительное заключение;
- тяжесть состояния и тактику ведения (амбулаторное лечение или госпитализация больного);
- определить объем и показания к назначению лабораторных и (или) инструментальных исследований.

1.3 Оценить данные лабораторных исследований и сделать заключение об изменениях:

- общего анализа крови;
- анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому;
- биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях:
- ✓ ревматологических заболеваниях (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба);
- ✓ заболеваниях почек (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочеви́на, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор);
- ✓ заболеваниях печени (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба. АЛТ, АСТ. ЩФ);
- кислотно-основного состояния крови;
- сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи;
- серологических маркеров вирусных гепатитов А, В, С;
- исследования иммунного статуса при различных формах инфекционных заболеваний у пациента;
- маркёров сыворотки крови при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе и др.
- копрограммы.

– оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.

1.4 Оценить результаты инструментальных методов исследования и сделать заключение об изменениях:

- ЭКГ;
- ЭХО-КГ;
- СМАД
- Рентгенографии (органы грудной клетки, суставы)
- Фиброэзофагогастродуоденоскопии;
- УЗИ органов брюшной полости;
- Колоноскопии;
- Ирригоскопии;
- Биопсии печени;
- РХПГ;
- Обзорного рентгенологического исследования брюшной полости;
- Контрастного рентгенологического исследования брюшной полости;
- Суточной рН-метрии;
- Биопсии почки;
- Ангиографии сосудов почек;
- Экскреторной урографии;
- Цистографии;
- Бронхографии;
- Плевральной пункции;
- Томографии органов грудной клетки;
- Рентгенологического исследования органов грудной клетки;
- Функции внешнего дыхания;
- Спирометрии;
- Пикфлоуметрии;

1.5 Поставить диагноз, предложить дальнейшую тактику ведения пациента. Определить показания к переводу пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии.

1.6. Определить показания к медицинской реабилитации, определить реабилитационный потенциал.

1.7 Оценить состояние и определить нетрудоспособность пациента. Определить показания для проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ).

1.8. Определить профилактические мероприятия и сроки диспансерного наблюдения.

1.9 Продемонстрировать (рассказать) тактику оказания медицинской помощи при следующих неотложных состояниях:

- Шоковые состояния (кардиогенный, гиповолемический, септический).
- Острый коронарный синдром.
- Жизнеугрожающие нарушения ритма
- Осложненные гипертонические кризы.
- Синкопальные состояния.
- Острые осложнения сахарного диабета (гипогликемия, кетоацидоз, гиперосмолярное состояние).
- Желудочно-кишечные кровотечения.

- Легочное кровотечение.
- Тромбоэмболические осложнения.
- Анафилаксия и анафилактический шок.
- Ангионевротический отек.
- Острая крапивница.
- Сердечно-легочная реанимация.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Организация терапевтической помощи населению. Порядок и стандарты оказания терапевтической помощи.
2. Должностные обязанности медицинского персонала медицинской организации. Правила работы в медицинских информационных системах. Правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде.
3. Медицинская реабилитация в работе врача-терапевта. Порядок организации и проведения медицинской реабилитации.
4. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний.
5. Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Особенности оформления листка нетрудоспособности при различных случаях временной нетрудоспособности.
6. Медико-социальная экспертиза. Стойкая нетрудоспособность. Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их. основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии для установления групп инвалидности.
7. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза. Тактика проведения обследования пациента, обоснование тактика обследования, вклад физикальных, лабораторных, функциональных, инструментальных методов обследования в установление правильного диагноза в терапии. Понятие о чувствительности, специфичности, диагностической значимости метода или теста.
8. Исследование функции внешнего дыхания. Понятие и исследование диффузионной способности легких.
9. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение. Этиология, патогенез, патоморфология. Классификация. Фенотипы. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести.
11. Лечение ХОБЛ стабильного течения. Лечение обострений ХОБЛ. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).
12. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез. Эндотипы и фенотипы. Диагностика. Осложнения. Определение степени тяжести течения, уровня контроля бронхиальной астмы. Астматический статус. Дифференциальный диагноз. Стандарты терапии бронхиальной астмы. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
13. Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация. Клиническая картина и критерии диагноза.

Диагностика. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Особенности течения пневмонии, вызванной коронавирусом. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

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

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

16. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

17. Дыхательная недостаточность. Классификация. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.

18. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Первичные и вторичные дислипидемии: классификация, профилактика первичная и вторичная. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. Шкала SCORE.

19. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальный диагноз. Понятие о предстеновой вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии.

20. Аспекты лечения пациента с установленной ИБС. Общие принципы лечения. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий.

21. Острые формы ИБС. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда».

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

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

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

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

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

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

28. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Осложнения. Тактика ведения больных.
29. Митральная недостаточность. Этиология острой и хронической митральной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
30. Стеноз аортального клапана. Виды стеноза аортального клапана. Этиология. Пороки развития аортального клапана. Изменения гемодинамики при аортальном стенозе. Диагностика и определение тяжести порока. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
31. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
32. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
33. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
34. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации острой и хронической сердечной недостаточности. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.
35. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.
36. Основные виды нарушений ритма и проводимости. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Фибрилляция предсердий: диагностика, оценка риска тромбоэмболических осложнений, принципы контроля ритма и частоты сердечных сокращений. Принципы медикаментозной терапии. Нарушения проводимости: диагностика, тактика ведения.
37. Остеоартрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
38. Микрористаллические артриты. Этиология, патогенез, классификация, патоморфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
39. Остеопороз. Классификация, диагностика, осложнения, современные подходы к ведению пациентов.
40. Синдром дисфагии. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
41. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пищевод Баррета. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
42. Гепатиты острые и хронические: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, современные подходы к эффективной терапии.
43. Циррозы печени: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания. Реабилитация. Профилактика. МСЭ.

44. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Принципы лечения циррозов печени.
45. Алкогольная болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
46. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
47. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
48. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
49. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии.
50. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз.
51. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
52. Желчнокаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
53. Хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика. Синдром панкреатической недостаточности. Функциональные нарушения секреции и транспорта панкреатического сока.
54. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дисбиоз кишечника.
55. Энтеропатии: целиакия, первичная экссудативная энтеропатия, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
56. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, микроскопический колит. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.
57. Дивертикулярная болезнь кишечника. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагноза. Осложнения. Тактика ведения.
58. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
59. Основные синдромы и понятия в нефрологии: нефритический, нефротический, мочевого, острое почечное повреждение, хроническая болезнь почек. Определение. Роль клинического, лабораторного, инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы. Морфологическое исследование почечного биоптата.
60. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

61. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
62. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика
63. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
64. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
65. Дифференциальный диагноз анемий. Классификация анемий. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов железодефицитной, В-12-дефицитной, фолиево-дефицитной анемиями.
66. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
67. Хронические миелопролиферативные заболевания. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
68. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
69. Лимфома Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
70. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
71. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
72. Предиабет: диагностика, факторы риска, профилактика прогрессирования, лечение.
73. Синдром тиреотоксикоза: основные причины, клинические проявления, диагностика. Принципы ведения пациентов.
74. Синдром гипотиреоза: клинические проявления, диагностика. Принципы заместительной терапии. Показания к консультации врача-эндокринолога.
75. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
76. Оценка состояния пациента по принципу ABCDE. Алгоритм сердечно-легочной реанимации.
77. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Диагностика, интенсивная терапия астматического статуса.
78. Интенсивная терапия легочного кровотечения.
79. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
80. Комы при сахарном диабете: патогенез, дифференциальный диагноз. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
81. Анафилактический шок и анафилаксия. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
82. Ангионевротический отек. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.

83. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больная Н., 27 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, одышку при ходьбе, периодические давящие боли в области сердца, выраженную слабость. Считает себя больной в течение года: год назад впервые появились головные боли, отеки на лице, слабость. При обследовании в поликлинике установили заболевание почек, и пациентка была госпитализирована в стационар с повышенными цифрами АД – 230/120 мм.рт. ст., в крови было установлено повышенное содержание азота, мочевины, креатинина, в моче – белок. Пациентка после стационарного лечения в течение 6 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, затем состояние больной стало прогрессивно ухудшаться.

При обследовании: Рост – 167 см, вес 60 кг., кожный покров сухой, бледный с сероватым налетом. В легких дыхание везикулярное, ослаблено. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, АД – 220/110 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Правая доля печени выступает на 2 см. ниже края реберной дуги, болезненна. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Отеки в области поясницы и на ногах. Поколачивание в поясничной области болезненно с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb – 65 г/л, ЦП -1,0, тромбоциты - $176 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$, п.-1, с.-89, л.-8, м.-2, СОЭ – 26 мм/ч.

Мочевина – 29 ммоль/л, креатинин – 380 мкмоль/л, холестерин – 3,8 ммоль/л. Анализы мочи: удельный вес – 1007, белок – 3,9 г/л, лейкоциты – 5-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1-2 в поле зрения, зернистые цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте диагноз
4. Назначьте лечение
5. Определите прогноз.

Задача № 2

Пациент А. 25 лет обратился за медицинской помощью в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль, появление мочи красного цвета, отеки лица, нижних конечностей.

Ранее считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были повторные эпизоды ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако операция так и не была проведена. Хронические заболевания в анамнезе отрицает, в поликлинике на наблюдается, стационарное лечение не проходил. Прием лекарственных препаратов на постоянной основе отрицает. Периодически употребляет алкогольные напитки. Оперативные вмешательства в анамнезе отсутствуют.

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних двух недель после эпизода переохлаждения и ангины. Антибактериальную терапию не получал, лечился симптоматически, за медицинской помощью не обращался. В связи с сохранением жалоб, а также уменьшением количества выделяемой мочи за сутки обратился за помощью.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается отечность мягких тканей лица и пастозность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. SpO₂ – 98% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 90 в минуту. АД – 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 280×10^9 /л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарного сдвига нет, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет мясных помоев, прозрачность неполная, pH 6,1, относительная плотность – 1025 г/л, белок – 2,1 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эпителий – 8 в п/зр, эритроциты – 40-50 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 86 г/л, альбумин – 43 г/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, мочевины – 10,2 ммоль/л, креатинин – 211,0 мкмоль/л, АЛТ – 35 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л, натрий – 135,2 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача № 3

Пациентка Н. 24 лет поступила в приемное отделение городского скорпомощного стационара в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, потливость, боли в животе, поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию, повышение Т тела до 38,0 С.

С раннего возраста у пациентки отмечались изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, оксалурия). Однако по этому поводу не обследовалась. 2 года назад впервые появились жалобы на боли в животе, поясничной области, дизурические явления в виде болезненного мочеиспускания. Неоднократно проходила курсы лечения антибактериальными препаратами в связи с инфекцией мочевыводящих путей. Оперативных вмешательств в анамнезе нет. Стационарное лечение не проходила. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, принимала фосфомицин, парацетамол – без эффекта. За медицинской помощью не обращалась. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб сегодня вызвала бригаду СМП. Была доставлена в приемное отделение стационара.

При осмотре в приемном отделении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Т тела – 37,8 С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. SpO₂ – 97% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 96 в минуту. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в средних и нижних отделах. Печень при пальпации +2 см из-под края реберной дуги. Почки при пальпации увеличены. Симптом поколачивания – положительный справа, слабopоложительный слева.

Общий анализ крови: Hb – 131 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 310×10^9 /л, лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л преимущественно за счет гранулоцитов, СОЭ – 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность неполная, pH 6,0, относительная плотность – 1018 г/л, белок – 0,25 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 40-50 в п/зр, эпителий – 10-12 в п/зр, эритроциты – 10-12 в п/зр, цилиндры – 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумин – 45 г/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, АЛС – 43 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, общий холестерин – 4,1 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,9 ммоль/л.

Экскреторная урография:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача № 4

Больная В., 50 лет, обратилась с жалобами на тупые тянущие боли в поясничной области, не зависящие от положения тела, учащенное, болезненное мочеиспускание, общую слабость, быструю утомляемость, головную боль, повышение температуры тела до 37,5С.

Из анамнеза известно, что с 20 лет больная страдает частыми обострениями хронического цистита, лечилась самостоятельно. Дважды проходила стационарное лечение в гинекологическом отделении по поводу воспалительного заболевания органов малого таза. В течение последних 10 лет беспокоят тупые тянущие боли в поясничной области, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием, повышением температуры до субфебрильных цифр. Урологическому обследованию не подвергалась, при болях принимала дроваверин и травяной сбор. Пять лет назад была диагностирована артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает, эпизодически принимает каптоприл для купирования гипертонических кризов.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,4С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, без высыпаний. Конъюнктивы век и склеры нормальной окраски. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца не расширены. При аускультации тоны сердца ритмичны, отмечается акцент II тона во II м/р справа, ЧСС - 94 в минуту, мягкий систолический шум на верхушке, АД - 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не

увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Дизурия. Стул в норме. Неврологический статус без особенностей.

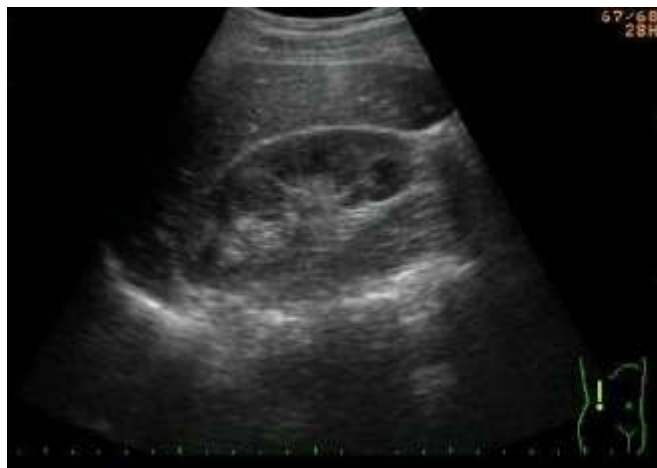
Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель 0,98; тромбоциты 210×10^9 /л; лейкоциты $11,7 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 67%; лимфоциты 20%; эозинофилы 1%; моноциты 3%; СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; АСТ 26 ед/л; АЛТ 28 ед/л; КФК общ. 101 ед/л; билирубин общ. 15,8 мкмоль/л; ЩФ 160 ед/л; холестерин 5,6 ммоль/л; калий 4,3 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза 4,8 ммоль/л; С-реактивный белок 25 мг/л.

Общий анализ мочи: мутная, реакция щелочная, удельный вес 1010, белок 0,033 г/л, эритроциты 5-6 в поле зрения, лейкоциты 25 - 30 в поле зрения, цилиндры отсутствуют, эпителий ед. в поле зрения, бактерий много.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000; лейкоциты - 8000; цилиндры - нет.

УЗИ брюшной полости и почек: свободной жидкости в брюшной полости нет, печень, селезенка без особенностей. Почки с неровным, деформированным контуром, несколько уменьшены в размерах, паренхима истончена, чашечно - лоханочная система расширена.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Обоснуйте тактику лечения больной.

Задача № 5

Больной Н., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, сухость во рту, уменьшение количества выделяемой за сутки мочи, на выраженные отеки в области лица, голеней и стоп.

Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет была впервые выявлена выраженная протеинурия, сопровождающаяся массивными генерализованными отеками, в связи с чем больной проходил обследование и лечение в нефрологическом отделении, после проведения глюкокортикостероидной терапии выписан в удовлетворительном состоянии, до настоящего времени симптомы заболевания более не рецидивировали. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, с «перламутровым» оттенком. Лицо одутловатое с отечными веками,

вздутыми надбровными дугами. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей в области голеней и стоп. Отеки рыхлые, подвижные, сохраняют след от нажатия. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 84 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин 102 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,94; тромбоциты $240 \times 10^9/л$; лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 21%; моноциты 5%; СОЭ 42 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л; альбумин 21 г/л; гамма - глобулины 5 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; Калий 4,2 ммоль/л; Натрий 140 ммоль/л; АСТ 24 ед/л; АЛТ 21 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 15 мкмоль/л; глюкоза 4,6 ммоль/л; холестерин 7.8 ммоль/л; фибриноген 8 г/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1030, реакция щелочная, белок 3,2 г/л, эритроциты 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 20 в поле зрения, бактерий нет.

Биопсия почки (электронная микроскопия): отмечается диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация, другие ультраструктурные патологические изменения в клубочках отсутствуют.

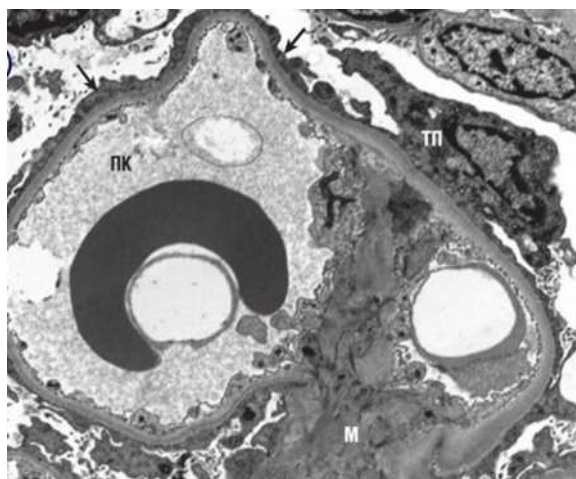


Рис. 1 Электронная микроскопия биоптата почки, больной Н.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите ведущий синдром. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больному?
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите тактику ведения больного.

Задача №6

Больная С., 65 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, утомляемость, потливость, заложенность носа, першение в гортани и кашель с вязкой мокротой желтого цвета, одышку.

Из анамнеза известно, что заболела остро, около 10 дней назад, когда появились жалобы на повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, «саднение» за грудиной, сухой, приступообразный кашель, провоцируемый разговором и холодным воздухом, першение в гортани, небольшой насморк. В течение последних трех дней кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой желтого цвета,

появилась одышка. В семье перед этим болел ребенок, посещающий детский сад. Лечилась самостоятельно без эффекта.

В анамнезе в течение последних 3 лет - артериальная гипертензия с максимальным значением АД 170/100 мм рт ст. Постоянно принимает рамиприл 5 мг и амлодипин 5 мг. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 135/80 мм рт ст.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за пределы Москвы и Московской области не выезжала. Не работает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Температура тела на момент осмотра 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев гиперемирован. Небные миндалины рыхлые, гиперемированные, без налета. При сравнительной перкуссии легких выявляется небольшое притупление легочного звука в нижних отделах справа. В легких аускультативно выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах справа ослабленное, рассеянные сухие хрипы, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 135/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV 96 фл (81-103), RDW 12,4% (11,6- 14,8), MCH 29,6 пг (26,0-34,0), MCHC 34,8 г/дл (32,0-36,0), тромбоциты $225 \times 10^9 /л$, лейкоциты $9,41 \times 10^9 /л$, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 64 %, лимфоциты 25 %, моноциты 4 %, базофилы 0 %, эозинофилы 2 %, нейтрофилы $4,70 \times 10^9 /л$, лимфоциты $1,37 \times 10^9 /л$, моноциты $0,26 \times 10^9 /л$, эозинофилы $0,09 \times 10^9 /л$, Базофилы $0,04 \times 10^9 /л$, СОЭ 24 мм/ч

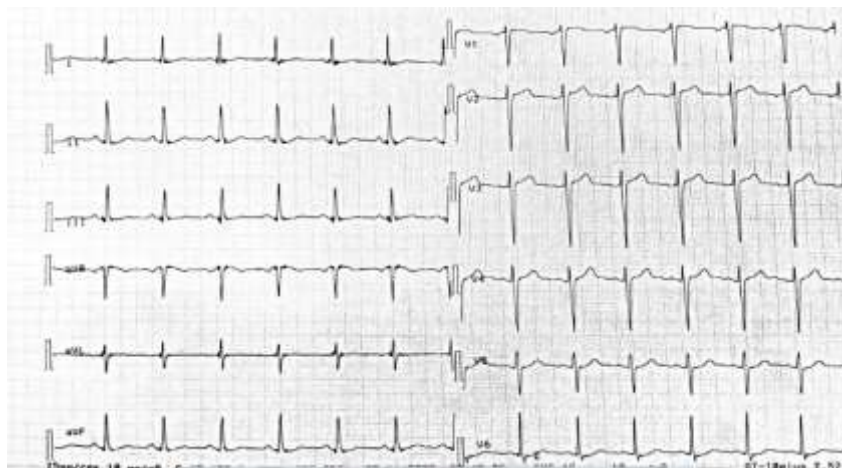
Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1016, белок- отрицательно, глюкоза отрицательно, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Анализ мокроты: цвет светло - желтый, характер- слизистая, консистенция вязкая, лейкоциты 25-45 в п/зр., эпителий 3-5 п/зр., альвеолярные макрофаги 1-2 п/зр., эритроциты не обнаружены, эозинофилы не обнаружены, атипичные клетки отсутствуют, кристаллы Шарко- Лейдена не обнаружены, спирали Кушмана не обнаружены, флора смешанная.

Микробиологическое исследование мокроты: рост микрофлоры не обнаружен.

ИФА: IgM- Chlamydomphila pneumoniae- отрицательно, IgG Chlamydomphila pneumoniae отрицательно, IgM Mycoplasma pneumoniae -положительно, IgG- Mycoplasma pneumoniae отрицательно

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Определите тактику ведения пациентки.
5. Назначьте лечение.

Задача № 7

Пациент А., 35 лет, поступил в приемное отделение стационара самотеком в сопровождении родственников, в связи с жалобами на общую слабость, сухой кашель, приступы удушья, чувство заложенности в грудной клетке.

Из анамнеза известно, что пациент с детства имеет пищевую аллергию на цитрусовые, аллергию на пыль. Нередко страдал ОРВИ с эпизодами удушья, в связи с чем периодически принимал по рекомендации знакомых супрастин, эуфиллин в таблетках с положительным эффектом. Стационарное лечение не проходил, у врачей в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. Курение отрицает. Около 5 лет назад перенес двустороннюю полисегментарную пневмонию, после чего эпизоды удушья стали появляться чаще. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, когда на фоне очередного эпизода ОРВИ стал отмечать повторные приступы удушья, сухого кашля. Температура тела все дни болезни была субфебрильная. Опираясь на информацию в сети Интернет, самостоятельно стал принимать сальбутамол при приступах удушья с временным положительным эффектом. Однако в связи с учащением приступов удушья и увеличением их продолжительности, и быстро ухудшающимся самочувствием, обратился в приемное отделение стационара.

Объективно: состояние тяжелое. Пациент вялый, говорит с трудом, не может закончить фразы. Сидит с опорой руками на край кровати. Цвет кожных покровов обычный, акроцианоз пальцев верхних конечностей и губ. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, на всей поверхности легких выслушиваются сухие жужжащие хрипы. ЧДД – 32-34 в минуту. SpO₂ – 86% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 56 в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Данные обследований: общий анализ крови: Hb – 150 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, базофилы – 1%, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

ЭКГ: синусовая брадикардия, R-ритм, отклонение ЭОС вправо.

Рентгенография ОГК: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы;
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз;
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования;
4. Определите тактику ведения больного.

Задача № 8

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

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

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

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

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 155 г/л, тромбоциты - 320×10^9 /л, лейкоциты - $11,3 \times 10^9$ /л, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

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

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;

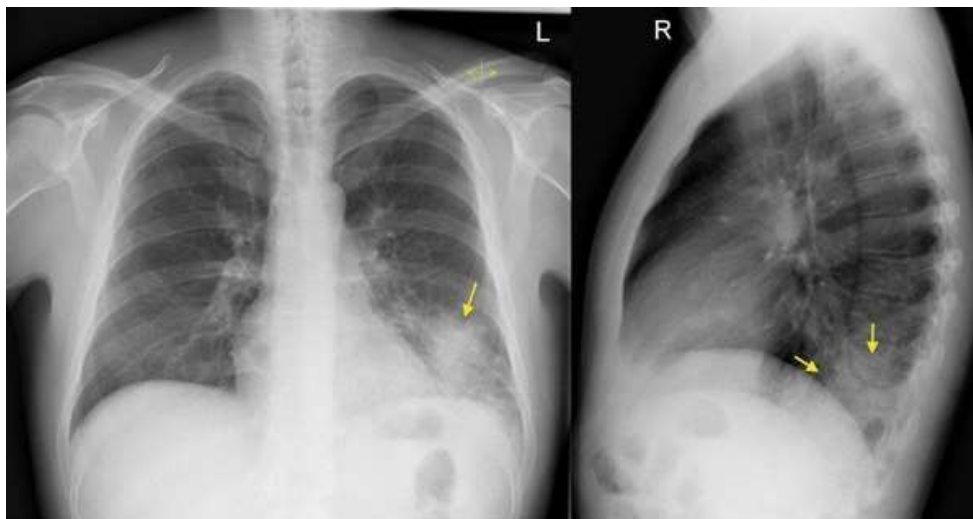
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
Проведите дифференциальный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и с какой целью?
4. Сформулируйте клинический диагноз;
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача № 9

Больной Д., 61 год госпитализирован в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные жгучие боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, на протяжении 40 лет курит по 15–20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает, страдает лишним весом. В течение двух месяцев эпизодически отмечает возникновение одышки, боли жгучего характера в эпигастральной области без связи с приемом пищи, эпизодически головные боли. К врачам не обращался, по настоянию жены принимал омепразол без положительного эффекта. Со слов год назад при измерении АД в аптеке электронным тонометром зарегистрирован уровень 178/92 мм рт.ст. Так как ранее не чувствовал признаков повышения АД, показатели тонометра расценил как ошибку тонометра, далее также АД не контролировал. Настоящее ухудшение сегодня на работе, когда боль усилилась, появилась резкая слабость. Вызвал СМП, на ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, депрессия ST в I aVL. Экспресс-тест на миоглобин положительный. Пациент доставлен в отделение кардиореанимации с предварительным диагнозом «ОКСпST». При обследовании данных за хирургическую патологию не получено, отмечается повышение уровня тропонина I 24 нг/мл. Пациенту установлен диагноз ИБС: Острый инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск ССО4. Табакокурение. Ожирение II ст». Проведено ЧКВ в объеме коронароангиографии со стентированием ПКА (по данным КАГ отмечается стеноз дистальной/3 70%, остальные артерии без гемодинамически значимых стенозов). Назначена двойная антиагрегантная терапия, лизиноприл, бисопролол, аторвастатин. Состояние с положительной динамикой. На 3-и сутки пациент пожаловался врачу на слабость, озноб, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при малейшем движении в пределах койки. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, температура тела 38,2 С. В легких выслушивается везикулярное дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. ЧДД 20 в мин. Сатурация 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 93 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 50 мм/час, тромбоциты - 373×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 21%, с/я – 59%, э-0%, б-1%, мон-2%, лим-17%.

РГ ОГК:



Вопросы:

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

Задача № 10

Больной 40 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 38,9°C, одышку при минимальной нагрузке, в положении лежа на низком изголовье, кашель с выделением светлой мокроты.

Анамнез. Месяц назад хирургом поликлиники выполнено удаление вросшего ногтя 1 пальца правой стопы, после чего развилось гнойное воспаление послеоперационной раны, длительно (около 4 недель) сохранялась сначала субфебрильная, затем фебрильная лихорадка с ознобами, неделю назад самостоятельно начал принимать амоксиклав без существенного эффекта. Вызвал бригаду СМП в связи с появлением в последние 2-3 дня слабости и ночного кашля (с небольшим количеством светлой жидкой мокроты) и одышки. Состояние облегчалось в положении сидя. Ночь накануне вызова СМП спал полусидя.

В анамнезе пролапс митрального клапана без регургитации.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ, акроцианоз. Мелкоточечная сыпь на коже нижней трети голеней, не исчезает при надавливании. Температура тела 38°C. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы, ЧДД 24 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, на верхушке выслушивается пансистolicкий шум, проводящийся в подмышечную область, ритм сердца правильный, ЧСС 100 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Пальпируется нижний полюс селезенки.

В анализах крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $1,8 \times 10^9/л$, нейтрофилы $0,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $80 \times 10^9/л$. СОЭ 64мм/час.

В анализе мочи: белок 1,0 г/л, эритроциты покрывают поле зрения, измененные.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, и обоснуйте его, исходя из приведенных данных.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Определите тактику лечения.
4. Существуют ли показания к хирургическому лечению (и симптоматика, осложняющая этот выбор лечения).

Задача № 12

По скорой медицинской помощи в стационар была госпитализирована пациентка С., 43 лет, с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, слабость.

Анамнез: в раннем школьном возрасте у пациентки С. болели суставы, «выслушивались шумы в сердце» была диагностирована острая ревматическая лихорадка (ОРЛ). Проводилась лечение ОРЛ и дальнейшее профилактическое назначение антибиотиков в течение следующего года, но из-за переезда с родителями в другой город, в дальнейшем врачами не наблюдалась. Росла и развивалась наравне со сверстниками. В течение последних нескольких месяцев появилась и постепенно выросла одышка: вначале пациентка отмечала одышку при повышенных физических нагрузках, затем при обычных, последнее время при минимальных и в покое. Последние 2 ночи спала полусидя из-за увеличения выраженности одышки лежа.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Синюшность губ. Пульсация в эпигастриальной области, усиливающаяся на высоте вдоха. Пастозность стоп, голеней. Частота дыхательных движений - 24 в мин. При аускультации в легких в нижних отделах с двух сторон

выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 126 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается усиленный, хлопающий I тон, II тон расщеплён, после него выслушивается щелчок и следующий за ним шум убывающего характера с пресистолическим усилением. В третьей точке аускультации сердца выслушивается акцент II тона.

На ЭКГ при поступлении:



Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Показана ли пациентке антикоагулянтная терапия? Что повлияет на выбор антикоагулянтной терапии у данной пациентки?

Задача № 13

Пациент М., 51 лет, обратился с жалобами на одышку при физической нагрузке, снижение переносимости физических нагрузок.

Анамнез. До последнего времени считал себя здоровым человеком. Рос и развивался наравне со сверстниками. Женат, имеет четверых детей. Ранее не обследовался, не лечился. Наблюдается у окулиста в связи с выраженной близорукостью. В течение последних 3-4-х месяцев появилась и выросла одышка. Обратился к врачу, так как отмечает, что стал медленно ходить пешком, что особенно стало заметно при ходьбе в обычном темпе. Температура тела не повышалась.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см. Вес 80 кг. Нормостенического телосложения. Кожный покров обычного цвета и влажности. Периферических отеков нет. При перкуссии отмечается увеличение границ сердца влево на 1 см и вверх на 1 см. В покое частота дыхательных движений составляет 18 в мин. Верхушечный толчок смещен влево. При аускультации в лёгких хрипы не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 80 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается ослабление звучности I тона сердца, II тон обычной звучности и после него выслушивается III тон сердца. Также на верхушке сразу после I тона выслушивается голосистолический шум, наиболее звучно слышимый на выдохе в положении на левом боку, шум проводится в левую подмышечную область. Артериальное давление 120/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

На ЭКГ ритм синусовый, зубец Р в отведениях I, II, aVL, V5, V6 двугорбый и его продолжительность 0.15 мс.

При ЭхоКГ исследовании отмечается расширение левых камер сердца: левого предсердия и левого желудочка. Наблюдается избыточная подвижность створок митрального клапана со смещением свободного края створок митрального клапана выше плоскости митрального кольца, смещается в большей степени задняя створка. Створки митрального клапана рыхлые, утолщены (миксоматозная дегенерация). В режиме цветного доплеровского сканирования визуализируется струя регургитации крови из полости левого желудочка в левое предсердие, регургитирующий поток четкий однонаправленный и занимает 45-50% площади левого предсердия (рисунок).



Рис. Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана. Парастеральная позиция по длинной оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие причины могли послужить развитию данного заболевания?
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Какие типы хирургического лечения возможны?

Задача № 14

Больной З., 26 лет, жалуется слабость, вялость, немотивированные подъемы температуры тела до 38 °С, сопровождающееся потливостью в ночное время.

Вышеуказанные жалобы около 1 месяца, слабость и потливость около 2 лет. До этого считал себя «практически здоровым». Курит 15-20 сигарет в день с 14-летнего возраста, с 12 лет употребляет алкоголь до 1000 мл пива 3-4 раза в неделю. В последнее время алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю – 500-1000 мл слабоалкогольных коктейлей. В подростковом возрасте несколько раз «курил траву», затем употреблял алкоголь вместе с димедролом, с 18 до 20 лет употреблял героин и после лечения у нарколога прекратил его употребление, которое категорически отрицает в настоящее время.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 185 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски, следов инъекций на коже нет. Снижение кожной чувствительности по типу «перчаток» и «носков». Пальпируются подмышечные лимфатические узлы справа (5-6 узлов), плотные, не спаянные с кожей, безболезненные, увеличенные до 4-5 см, паховые лимфатические узлы с обеих сторон, плотные, до 3 см, безболезненные. ЧДД - 18/мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 76 уд/мин, АД - 120 и 75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Печень у края

реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Пальпируется нижний полюс селезенки. Стул светло-коричневый, оформленный.

В клиническом анализе крови: без патологии.

В общем анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 1,0 г/л, единичные гиалиновые цилиндры, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроциты - 0-1 в п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, альбумин - 36 г/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, креатинин - 76 мкмоль/л, АСТ - 85 ЕД/л, АЛТ - 135 ЕД/л, ЩФ - 280 ЕД/л, ГГТП - 180 ЕД/л, холестерин - 3,2 ммоль/л. Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) - 4,5 ммоль/л.

В сыворотке крови: ANA - 1:80, SMA - 1:40, LKM1 - 1:160.

HBsAg отр., анти-HCV – пол., HCV-RNA – 260000 копий/мл, анти-ВИЧ – отр.

УЗИ брюшной полости: печень с четкими ровными контурами, печень выступает на 2 см из-под правого края реберной дуги, эхогенность повышенная, диффузно неоднородная. Воротная вена - 15 мм, общий желчный проток - 4 мм. Желчный пузырь с четкими ровными контурами, размерами 75х25 мм, стенка - 2 мм. Поджелудочная железа: размеры в норме, четкие неровные контуры, повышенной эхогенности, диффузно неоднородной структуры. Селезенка - 168х85 см, селезеночная вена 10 мм.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его.
3. Сформулируйте клинический диагноз с учетом наиболее вероятного в данном случае заболевания, обоснуйте его.
4. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Тактика ведения.

Задача № 15

Больная З., 52 лет, повар, госпитализирована в экстренном порядке в связи с гипертоническим кризом (АД - 200 и 120 мм рт. ст.)

Со слов пациентки, болеет гипертонической болезнью с 45 лет, с повышением АД максимально до 190 и 100 мм рт. ст., принимает постоянно лозартан 50/12,5 мг, уровень АД составляет 130-140 и 80-90 мм рт. ст. Не курит, алкоголь употребляет «по праздникам», около 50-100 мл крепкого алкоголя. Систематической диеты не соблюдает.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад обратилась к дерматологу в связи с зудом кожи ладоней, конечностей, живота. Был заподозрен контактный дерматит, получала антигистаминные препараты, мази, пыталась соблюдать диету с ограничением гистаминолибераторов. Зуд стал меньше, но около 2 месяцев назад отметила появление неустойчивого стула – привычные запоры сменились жидким, более светлым и полуоформленным стулом, плохо смываемым с унитаза. Врач поликлиники назначил пациентке фосфоглив, креон, посоветовал соблюдать диету с ограничением животных жиров. Пациентка рекомендации по диете соблюдала 2 недели, затем вновь вернулась к привычному питанию, при этом диарея возобновилась. Также в последнее время стала отмечать сухость глаз, сухость во рту, потребность запивать водой пищу. О данных жалобах врачу не сообщала.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, рост - 160 см, масса тела - 90 кг. Кожные покровы обычной окраски, склеры и слизистые оболочки слегка желтушные. Температура тела - 36,2 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, систолический короткий шум над аортой и в точке Боткина. ЧСС - 90 уд/мин. АД - 160 и 95 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в объеме за счет

подкожно-жировой клетчатки, мягкий, урчит при пальпации, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4 см, край закруглен, при пальпации плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Стул неоформленный, светло-желтого цвета, без патологических примесей. Суставы коленные: умеренная крепитация, болезненность при движениях, движения не ограничены. Боль умеренная при пальпации паравертебрально в поясничном и шейном отделах позвоночника.

Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – уд/мин, горизонтальное направление ЭОС, $V_5 > V_6$, высокий R в этих отведениях, косонисходящая депрессия ST до 1,5 мм и отрицательный T в I, aVL, V_5 - V_6 .

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 310×10^9 /л, п/я-3%, с/я-70%, л-18%, м-9%, СОЭ 30 мм/час.

В общем анализе мочи без патологии.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 5,8 ммоль/л.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 32 г/л, калий - 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, хлориды - 105 ммоль/л, общий билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л, АСТ - 65 ЕД/л, АЛТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 1020 ЕД/л, ГГТП - 150 ЕД/л, СРБ - 15 г/л, холестерин - 8,2 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, МНО 1,6.

Анализ кала: нейтральный жир +++, мыла ++, умеренное количество непереваренных мышечных волокон, реакция на скрытую кровь отрицательная.

УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости не обнаружено, умеренный метеоризм, печень с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, эхоструктура однородная, желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток диаметром 5 мм, стенки не утолщены, воротная вена - 15 мм, селезенка – 130x65 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа с четкими неровными контурами, в размерах не увеличена, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Задача № 15

Больная М., 24 года, менеджер, поступила с жалобами на выраженную слабость, аменорею, кровоточивость десен, высыпания на коже туловища и конечностей, повышение температуры до 37,4 °С, боли в суставах кистей рук, локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, боли в мышцах, потемнение мочи.

Курит 10 сигарет в день. В июне месяце отдыхала 2 недели в Турции, употребляла около 2 бокалов красного вина в день. Менструаций нет 3 месяца. Тест на беременность отрицательный. После возвращения из Турции стала беспокоить слабость, снижение аппетита, отметила повышение температуры тела до субфебрильных цифр, затем появились боли в суставах, мышцах. Принимала НПВП, гомеопатию, продолжала работать. Неделю назад отметила потемнение мочи, появление высыпаний геморрагического характера на коже туловища, пожелтели склеры. Была госпитализирована в инфекционную больницу, где проведено обследование, диагноз инфекционного заболевания был отвергнут.

Данные выписного эпикриза.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $2,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 48×10^9 /л, п/я - 5%, с/я - 72%, л - 15%, м - 8%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, pH 7, белок в разовой порции - 1,5 г/л, цилиндры – гиалиновые - 5-8 в п/зр, лейкоциты - 20-30 в п/зр, эритроциты - 8-10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 85 г/л, альбумин - 28 г/л, общий билирубин - 110 мкмоль/л, неконъюгированный билирубин - 30 мкмоль/л, креатинин - 58 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, АСТ - 250 ЕД/л, АЛТ - 725 ЕД/л, ЩФ - 480 ЕД/л, ГГТП - 166 ЕД/л, СРБ - 120 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 35 с, ПТИ - 65%.

УЗИ органов брюшной полости: небольшое количество свободной жидкости в боковых фланках живота, печень с четкими ровными контурами, выраженная гепатомегалия, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, воротная вена - 11 мм. Желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток - 4 мм в диаметре, селезенка – 145х75 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа без особенностей.

УЗИ почек: патологии не выявлено.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В, С и ВИЧ отрицательные.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, рост - 174 см, масса тела - 65 кг. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки и склеры умеренно желтушны, моча цвета пива, диурез - 1500 мл/сут. «Печеночные ладони», на коже спины пустулезные высыпания, на коже туловища и конечностей плоские геморрагические мелкоочечные высыпания. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы: пальпируются умеренно болезненные паховые и подчелюстные, размерами до 2 см. Умеренные тестоватые отеки лодыжек, отеки нижних век. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах (ниже уровня 8 ребра), хрипов, шумов при аускультации нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический низкочастотный шум во всех точках аускультации, максимум на верхушке сердца. ЧСС - 105 уд/мин. АД - 95 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен густым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 4 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, при пальпации плотный, умеренно болезненный, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Суставы визуально не изменены, умеренно болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Задача № 16

Больной 3., 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку постоянного характера, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, малопродуктивный кашель в течение дня. Со слов: курит в течение 25 лет по 1,5 - 2 пачек в день. Кашель появился около 5 лет назад. 2 года назад стала появляться одышка. Иногда отделяется небольшое количество светло-серой мокроты, периодически (до 3-4 раз в год) – зеленоватого цвета, с усилением кашля и одышки. В течение последнего месяца, после перенесенного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела желто-зеленый цвет. Объективно: пониженного питания. Кожа розовато-серая. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - легочный звук коробочный. При аускультации - дыхание жесткое, по всем легочным полям, сухие рассеянные и жужжащие хрипы, при

форсированном выдохе сухие свистящие. ЧД – 26 в мин. SpO₂ - 90%. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Незначительно диффузно снижена сила мышц. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Физиологические отправления в норме.

На рентгенограмме органов грудной клетки признаки эмфиземы и пневмосклероза. Общий анализ мокроты: Лейкоциты – 150 в поле зрения. Эпителий-плоский – много, альвеолярные макрофаги - много.

Проведена спирометрия:

Показатель	Значение		
	Должные	Полученные	% к Должным
ЖЕЛ, л	4,6	2,7	59,2
ФЖЕЛ, л	4,38	2,2	50,5
ОФВ ₁ , л	3,56	0,90	25,2
ОФВ ₁ /ЖЕЛ, %		33	
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, %		41	
ПСВ, л/с	8,7	3,25	37,4
МОС ₂₅ , л/с	7,58	0,78	10,2
МОС ₅₀ , л/с	4,72	0,4	9
МОС ₇₅ , л/с	1,93	0,24	12,5

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией.
2. Оцените результаты проведенных исследований. Какие обследования необходимо провести и применить, для подтверждения диагноза и уточнения степени тяжести заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Общие принципы лечения данной патологии.

Задача № 17

Больная К., 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, ночную потливость, повышение температуры до 38,4°C. Настоящие симптомы появились в течение последних 6 месяцев. До этого больную беспокоила болезненность в области шеи справа, однако к врачу она не обращалась. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пальпируются группа передних шейных и подмышечных лимфоузлов справа, мало подвижных, спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, хрящевой плотности, кожа над ними не изменена. По органам без особенностей. Общий анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3.4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $320 \times 10^9/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 2%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 45 мм/час. Проведена биопсия подмышечного лимфоузла справа. При морфологическом исследовании в ткани лимфатического узла разрастание фиброзной ткани. в очагах соранееной структуры лимфоузла большое количество лимфоидных клеток, гистиоцитов, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, имеются гигантские двухядерные клетки с крупными эозинофильными ядрышками, напоминающими внутриядерные включения. При ИГХ крупные клетки экспрессируют CD15+ CD30+.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте рабочий диагноз.
3. Дополните и обоснуйте план обследования.

4. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Задача № 18

Больная К., 64 г., поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в пояснице, усиливающиеся при движении; слабость;

Жалобы появились около 4-6 мес. назад. При обследовании в поликлинике, со слов пациентки, выявлен белок в моче, увеличение СОЭ. В качестве терапии принимала фурадонин, затем 5-НОК, левомецетин. На фоне лечения состояние не улучшилось. Болезненность в поясничной области нарастала, стала особенно выраженной в ночные часы.

При поступлении: состояние средней тяжести. Бледность слизистых оболочек. При пальпации выраженная болезненность грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови клинический: Нб 80 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^{11}$ /л, лейкоциты $3,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $90 \cdot 10^{11}$ /л, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 15%, СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи общий: р-1020, белок – 3,6, лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 4-5 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 104 г/л, альбумины 26%, γ -глобулины 42%, креатинин 125, мочевины 13, мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38, мочевины 410 мкмоль/л.

В миелограмме; клеточность костного мозга $300 \cdot 10^9$ /л, бластные клетки 2%, гранулоцитарный росток 46%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный росток 5%, эритроидный ряд 10%, плазматические клетки 27%.

Рентген поясничного отдела позвоночника: компрессионный перелом Th_{XI},

L₁-L₂ тел позвонков. Признаки диффузного остеопороза

Вопросы:

1. Назовите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз
3. Дополнительные методы обследования
4. Лечение.

Задача № 19

Больной А., 58 лет, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В течение последних 5 лет наблюдается у невролога в поликлинике по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и частых люмбагий. Для снижения болевого синдрома принимает НПВС с частичным эффектом. Около 2-х месяцев назад появилась слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и влажности. При пальпации выраженная болезненность во всех костных структурах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги.

Клинический анализ крови: Нб 80 г/л, эритроциты $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты $24,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $16,4 \cdot 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 59%, лимфоциты 34%, моноциты 5%, СОЭ 64 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, креатинин 72 мкмоль/л.

ЛДГ 2500 ЕД/л.

В миелограмме клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}$ /л, бластные клетки 60%, гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 10% моноцитарный ряд 5%.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику обследования.
4. Определите тактику лечения.

Задача № 20

Женщина 63 лет в течение последних пяти лет отмечает постепенно прогрессирующую одышку при физической нагрузке. В настоящее время после 100 м ходьбы останавливается из-за одышки. В анамнезе - курение в течение 40 лет (1,5 пачки в день). В легких дыхание ослаблено, сухие проводные хрипы. ЧДД – 24 в мин. SpO₂ – 95%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 120/70 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При исследовании функции внешнего дыхания ОФВ₁/ФЖЕЛ - 0,56, ОФВ₁ - 35% от должн. При рентгенографии грудной клетки отмечается повышение прозрачности легочной ткани, уплощение диафрагмы, расширение межреберных промежутков.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?

Задача № 21

В стационар поступил больной с жалобами на резко появившуюся одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что больной, курит 45 лет по 1 пачке сигарет в день. В представленной амбулаторной карте последние показатели спирометрии ОФВ₁ -35% от должн., ФЖЕЛ - 65 % от должн., индекс Тиффно 47 %, реакция на ингаляцию 400 мкг «вентолина» отрицательная. Постоянную терапию получает, периодически пользуется «беродуалом» при затрудненном дыхании. При осмотре обращает на себя внимание цианоз кожных покровов, гиперемия лица, хлопающий тремор рук, заторможенность и сонливость.

Больной пониженного питания, ИМТ 18.4 кг/м². Дыхание частое, с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧДД 35 в минуту, пульсоксиметрия - 75 %, в легких при аускультации большое количество рассеянных сухих хрипов, дыхание ослаблено, жесткое. Ритм синусовый, с единичными экстрасистолами, ЧСС 123/мин., АД 80/60 мм рт. ст., тоны сердечных сокращений приглушены, ритмичные, выслушивается акцент второго тона над легочной артерией. Живот не увеличен, безболезненный при пальпации, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги. Определяются отеки нижних конечностей.

В приемном отделении выполнена ЭКГ, где определяются признаки перегрузки правых отделов сердца. На рентгенограмме легких признаки гиперинфляции, очаговых и инфильтративных теней нет.

Газовый состав артериальной крови: рН 7,27, РаО₂ 53 мм рт. ст., РаСО₂ 69 мм рт. ст. ВЕ + 4, SaO₂ 73 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте интерпретацию данным КЩС артериальной крови.
3. Назначьте медикаментозную терапию и оптимальный метод респираторной поддержки

Задача № 22

Пациент 65 лет жалуется на одышку в состоянии покоя, в течение 3х месяцев отмечает появление прожилок крови в мокроте. По данным анамнеза: артериальная гипертензия с 40 лет

(обычное АД 150/90 мм рт. ст.), язвенная болезнь желудка (последнее обострение 10 лет назад). Вредные привычки - курит с 20 лет в среднем по пачке сигарет и день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,5 °С. Периферических отеков нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 88 и мин. ЧДД 31 в мин. SpO₂ – 91%. Правая половина грудной клетки дыхания, справа - притупление перкуторного звука, дыхание не выслушивается. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в эпигастральной области. Нижняя граница печени выступает на 3 см ниже края реберной дуги.

Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы к задаче:

1. Опишите данные рентгенографии органов грудной клетки.
2. Каков следующий этап диагностического поиска?
3. Укажите наиболее вероятный диагноз.
4. Определите тактику лечения больного.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

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

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

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

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

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

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

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

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

Практические навыки и умения (2 этап)

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

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

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

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

Собеседование (3 этап)

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

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

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

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

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

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: система органов пищеварения: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 7-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 560 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-sistema-organov-pishevariya-11958322/
2.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 7-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 800 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-laboratornaya-i-instrumentalnaya-diagnostika-11957433/
3.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 5-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 632 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-pechen-zhelchevyvodyashie-puti-podzheludochnaya-zheleza-11959022/
4.	Неалкогольная жировая болезнь печени в работе врача первичного звена: вопросы диагностики и лечения [Текст]: учебно-методическое пособие / Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Сластикова; Г. Е. Ройтберг, О. О. Шархун, И. Д. Сластикова; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. терапии, общ. врачеб. практики и ядер. медицины ФДПО. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 43 с.: ил. - Библиогр. : С. 37-38.	10
5.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 1 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019- 960 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html
6.	Внутренние болезни.: учебник: в 2 т. Т. 2. / Моисеев В. С., Мартынов А. И., Мухин Н. А. - 3-е изд., испр. и доп. [Электронный ресурс] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html
7.	Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта: руководство для практикующих врачей [Электронный ресурс]/ под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. — 2-изд. — Москва: Литтерра, 2026. — 1120 с. — ISBN 978-5-4235-0479-3. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423504793.html

8.	Тактика врача-гастроэнтеролога [Электронный ресурс]: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. Серия "Тактика врача"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457603.html
9.	Остеопороз: подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ю. С. Кишович; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - 29 с.: ил. - Библиогр.: С. 29. - Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101
10.	Кардиомиопатии [Электронный ресурс]: учебное пособие / [сост.: Е. В. Резник, А. И. Селиванов, В. Устюжанин и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии №2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. -Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа:	Удаленный доступ http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101
11.	Сердечная недостаточность: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс]: междисциплинарное учебное пособие / [В. Н. Ларина, Б. Я. Барт, Н. А. Шостак и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа:	Удаленный доступ http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101
12.	Хронические гепатиты [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / [И. Е. Байкова, И. Г. Никитин, В. А. Кисляков и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии №2, каф. пропедевтики внутр. болезней лечеб. фак. - - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191319.pdf&show=dcatalogues/1/4928/191319.pdf&view=true
13.	Клиническая фармакология [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов] / [В. Г. Кукес и др.]; под. ред. В. Г. Кукеса. – 6-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1024 с.: ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp ;	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468074.html
14.	Медицинские манипуляции [Электронный ресурс] / М. Стоунхэм, Д. Вэстбрук. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.– 152 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/IGTR0001.html
15.	Непосредственное исследование больного [Электронный ресурс] учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва: МЕДпресс- информ, 2021. – 176 с. Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/neposredstvennoe-issledovanie- bolnogo-11962690/
16.	О чем говорят анализы? Клинико-лабораторная диагностика в гастроэнтерологии [Текст]: параметры, нормы, расшифровка: [справочное пособие] / Л. М. Пустовалова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. - 95 с.: табл. - (Медицина). - Библиогр. : С. 95.	5
17.	Современные принципы диагностики и терапии билиарной дисфункции [Текст]: учебное пособие /[сост. : Н. Г. Потешкина, А. М. Сванидзе, Н. С. Крылова] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ.терапии фак. доп. проф. образования. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - 83 с. : ил.	10
18.	Современные принципы диагностики и терапии билиарной дисфункции [Электронный ресурс]: учебное пособие/ сост.:	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploa

	Н. Г. Потешкина, А. М. Сванидзе, Н. С. Крылова РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. терапии фак. доп. проф. образования. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	der/fileUpload?name=190810.pdf&show=dcatalogues/1/4563/190810.pdf&view=true
19.	История болезни [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие [для студентов медицинских вузов] / под ред. Е. В. Резник [и др.]; сост. : Е. В. Резник, А. В. Струтынский, А. К. Журавлев [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, межкаф. пособие лечеб. фак. — Москва, 2023. - Режим доступа http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192116.pdf&show=dcatalogues/1/5507/192116.pdf&view=true
20.	Остеопороз: факторы риска, диагностика, лечение, профилактика [Электронный ресурс] : справочное руководство для врачей-терапевтов и врачей общей практики / В. Н. Ларина, Д. Г. Карпенко, Т. Н. Распопова ; под ред. В. Н. Лариной. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — Adobe Acrobat Reader. — Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ http://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x?usr_data=access(2med,9R6LC2UEHCTVR5B3-X0FE,ISBN9785970470152,1,j30nvcxwthr,ru,ru)
21.	Клинические нормы. Терапия [Электронный ресурс] / В. Н. Ларина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — Adobe Acrobat Reader. — Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ http://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x?usr_data=access(2med,9R6LC2UEHCTPKQ86-X0F6,ISBN9785970462973,1,41sehsw3kbp,ru,ru)
22.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. — 6-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 765 с. — Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html
23.	Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1232 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427675.html
24.	Хроническая сердечная недостаточность в практике врача [Электронный ресурс] : учебное пособие / В. Н. Ларина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 89 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=6bn.pdf&show=dcatalogues/1/3121/6bn.pdf&view=true
25.	Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс] : учебное пособие / [И. Г. Никитин, Е. В. Резник, О. А. Эттингер и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Авт. указ. на обороте тит. л. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=189722.pdf&show=dcatalogues/1/3957/189722.pdf&view=true
26.	Интенсивная терапия [Электронный ресурс] : нац. рук. : / под ред. : Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html
27.	Нефрология [Электронный ресурс] / под ред. Е. М. Шиловой. — 2-е изд., испр. И доп.— Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 696 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416419.html

28.	Пищеварительная система [Текст]: учебно- методическое пособие / [Е. Е. Никифорова, С. Н. Чилингари, В. В. Куликов и др.]; под ред. В. В. Куликова; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. анатомии лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - 31 с.	10
29.	Хроническая болезнь почек [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. ; [сост. : И. Г. Никитин, Е. В. Резник, М. В. Зайва и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190271.pdf&show=dcatalogues/1/4284/190271.pdf&view=true
30.	Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Н. А. Мухин ; отв. ред. В. В. Фомин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411742.html
31.	Ревматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алекберова З. С. и др.]; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 718 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416501.html
32.	Ревматология [Электронный ресурс] : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] / под ред. А. А. Усановой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 408 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453032.html
33.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / Я. В. Благодосклонная, Е. В. Шляхто, А. Ю. Бабенко. – 3-е изд., испр. и доп. – СанктПетербург : СпецЛит, 2012. – 422 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/59775
34.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : тесты и ситуац. задачи : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 304 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427651.html
35.	Госпитальная терапия [Электронный ресурс] : учебник / [А. С. Балабанов, А. В. Барсуков, Е. В. Беляев и др.]; под ред. А. В. Гордиенко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. – 463 с. – (Учебник для медицинских вузов). - Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/59788
36.	Нефрология [Электронный ресурс] / под ред. Е. М. Шиловой. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 696 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416419.html
37.	Атлас клинической медицины [Электронный ресурс] : внеш. признаки болезней / А. Ф. Томилов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425626.html
38.	Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : Спец-Лит, 2016. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/10_3961
39.	Митральные пороки сердца [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. А. Шостак ; сост. : Н. А. Шостак, В. А. Аксенова, Е. В. Константинова [и др.] ; РНИМУ им. Н. И.	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=19

	Пирогова, каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова лечеб. фак. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	0790.pdf&show=dcatalogues/1/4566/190790.pdf&view=true
40.	Кардиоренальный синдром у больных с сердечной недостаточностью [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. В. Резник, И. Г. Никитин ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Москва, 2020. - Посвящено 80-летию Г. И. Сторожакова. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190760.pdf&show=dcatalogues/1/4569/190760.pdf&view=true
41.	Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Н. А. Мухин ; отв. ред. В. В. Фомин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411742.html
42.	Ревматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алекберова З. С. и др.] ; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 718 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416501.html
43.	Ревматология [Электронный ресурс] : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] / под ред. А. А. Усановой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 408 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453032.html
44.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / Я. В. Благодосклонная, Е. В. Шляхто, А. Ю. Бабенко. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012. – 422 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/59775
45.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : тесты и ситуационные задачи : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / В. И. Маколкин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 304 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427651.html
46.	Госпитальная терапия [Электронный ресурс] : учебник / [А. С. Балабанов, А. В. Барсуков, Е. В. Беляев и др.] ; под ред. А. В. Гордиенко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. – 463 с. – (Учебник для медицинских вузов). - Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/59788
47.	Нефрология [Электронный ресурс] / под ред. Е. М. Шиловой. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 696 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416419.html
48.	Атлас клинической медицины [Электронный ресурс] : внеш. признаки болезней / А. Ф. Томилов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425626.html
49.	Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/103961
50.	Митральные пороки сердца [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. А. Шостак ; сост. : Н. А. Шостак, В. А. Аксенова, Е. В. Константинова [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190790.pdf&show=dcatalogues/1/4566/190790.pdf&view=true

	лечеб. фак. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	0790.pdf&show=dcatalogues/1/4566/190790.pdf&view=true
51.	Кардиоренальный синдром у больных с сердечной недостаточностью [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е. В. Резник, И. Г. Никитин ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Москва, 2020. - Посвящено 80-летию Г. И. Сторожакова. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190760.pdf&show=dcatalogues/1/4569/190760.pdf&view=true