

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО  
на заседании  
Учебно-методического совета  
« 07 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,  
председатель Учебно-методического совета,  
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО  
Проректор по послевузовскому, дополнительному  
профессиональному образованию и региональному  
развитию здравоохранения,  
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования  
(программам ординатуры) по специальности

31.08.49 «Терапия»

Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.49 «Терапия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1092;
- Профессиональным стандартом «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 марта 2017 г. №293н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,  
К.М.Н.  
(должность, ученое звание, степень) \_\_\_\_\_

  
(подпись) \_\_\_\_\_

В.А. Исаков  
(расшифровка) \_\_\_\_\_

Доцент, к.м.н.  
(должность, ученое звание, степень) \_\_\_\_\_

  
(подпись) \_\_\_\_\_

Е.В. Вютрих  
(расшифровка) \_\_\_\_\_

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

Пропедевтики внутренних болезней

название кафедры

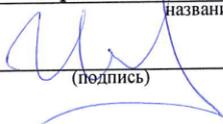
« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Пропедевтики внутренних болезней

название кафедры

к.м.н., профессор  
(должность, ученое звание, степень) \_\_\_\_\_

  
(подпись) \_\_\_\_\_

В.А. Исаков  
(расшифровка) \_\_\_\_\_

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 «Терапия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

## **2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

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

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

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

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

### **3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

#### ***Универсальные компетенции (УК):***

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

#### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

#### **4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

## **5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

## **6. Программа государственного экзамена**

### **6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

### **6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

#### **6.2.1. Вопросы для собеседования**

1. Острый коронарный синдром: определение, классификация, диагностика, тактика лечения больных с острым коронарным синдромом.
2. ИБС: стенокардия, классификация, факторы риска, клиника, диагностические методы исследования больных стенокардией.

3. Атипичные формы стенокардии. Дифференциальная диагностика стенокардий.
4. Лечение стенокардии: купирование ангинозного приступа, лечение хронических форм ИБС.
5. Гипертоническая болезнь. Классификация, стратификация пациентов по степени риска. Патогенетические механизмы эссенциальной гипертензии. Факторы риска возникновения гипертонической болезни. Методы обследования пациентов с артериальной гипертонией.
6. Особенности артериальной гипертензии у женщин в период климакса и менопаузы, при беременности, АГ в сочетании с сахарным диабетом, АГ в пожилом и старческом возрасте.
7. Симптоматические артериальные гипертонии. Диагностика нефрогенных, вазоренальных, эндокринных, гемодинамических, нейрогенных и лекарственных АГ. Принципы лечения.
8. Инфаркт миокарда: определение, эпидемиология, факторы риска, классификация.
9. Дифференциальная диагностика при аускультативном синдроме шумов в сердце, тактика участкового врача.
10. Ревматоидный артрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
11. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика участкового врача.
12. Классификация туберкулеза. Особенности современного течения и диагностика.
13. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
14. Острая дыхательная недостаточность, классификация, этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные взгляды на этиологию, клиническую симптоматику, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Классификация инфекционных заболеваний
17. Основные методы диагностики инфекционных заболеваний
18. Острые кишечные инфекции
19. ОРВИ. Грипп
20. СПИД

### 6.2.2. Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА N 1

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 1 :

ЭКГ - прилагается.

1. Общий анализ крови : эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $10,5 \times 10^9$ , э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
5. Рентгенография - прилагается.

### ЗАДАЧА N 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. -  $4,3 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $9,2 \times 10^9$ , п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови - 3 мин.
4. ПТИ - 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейкоц. -  $6,0 \times 10^9$ , э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.
6. Рентгенограмма - прилагается.

### ЗАДАЧА N 3

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.

3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин - 7,6 ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин.
3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий : Нв - 140 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. -  $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/час.

#### ЗАДАЧА N 4

Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 4 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление полиморфности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость- - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п -1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л -  $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ -4 мм/час.

#### ЗАДАЧА N 5

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением "сетки" перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний

приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 5 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - П.
3. Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , л -  $6,0 \times 10^9/л$ , ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
6. Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

#### 6.2.3. Перечень практических навыков

**Полное клиническое обследование больного** по всем органам и системам:

1. анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.
2. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план исследования больного.
4. Составить план лечения с учетом предварительного диагноза.
5. Сформулировать полный диагноз, провести необходимую дифференциальную диагностику.
6. Определение признаков клинической и биологической смерти.

**Лабораторные и инструментальные исследования.**

1. Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока.
2. Время свертываемости, АЧТВ, протромбиновый индекс.
3. Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.
4. Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), анти-генов гепатита.
5. Методика и оценка: - анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого); - пробы Реберга; - посева мочи и крови; - гликемического профиля; - теста толерантности к глюкозе; - ацидотеста.
6. Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин,

альдостерон).

7. Оценка миелограммы.

8. Аллергологическое исследование.

9. Иммунохимическое исследование (иммуноглобулины).

10. Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.

11. Спирография.

12. Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхо-легочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.

13. Исследования глазного дна.

14. Специальные исследования: - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия); - бронхоскопия; - компьютерная томография; - ЭХО- и доплерокардиография; - УЗИ органов брюшной полости, почек; - пробы с физической нагрузкой; - суточное ЭКГ-мониторирование; - коронаро- и ангиография; - биопсия лимфатических узлов, печени, почек; - магнитно-резонансная томография; - радиоизотопное сканирование; - основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО, фракция выброса, ОПС).

### **Лечебные и диагностические процедуры:**

1. Подкожные и внутримышечные инъекции.

2. Внутривенные вливания (струйные, капельные).

3. Взятие крови из вены.

4. Определение группы крови, резус-фактора.

5. Переливание крови и её компонентов.

6. Промывание желудка через зонд.

7. Дуоденальное зондирование.

8. Плевральная пункция.

9. Абдоминальная пункция.

10. Клизмы (очистительная, лечебная).

11. Стерильная пункция.

12. Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких.

13. Электроимпульсная терапия.

14. Передняя тампонада носа.

15. Пальцевое исследование прямой кишки.

16. Пальпаторное исследование внутриглазного давления.

17. Туберкулиновые пробы.

18. Методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).

### **Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:**

1. обморок.

2. гипертонический криз,

3. стенокардия,

4. инфаркт миокарда,

5. отек легких,

6. тромбоэмболия легочной артерии,

7. приступ бронхиальной астмы, астматический статус,

8. острая дыхательная недостаточность,

9. острая артериальная непроходимость,

10. шок (кардиогенный, анафилактический),

11. пароксизмальная тахикардия, тахиаритмии,

12. приступ Морганьи-Эдемса-Стокса,

13. желудочно-кишечное кровотечение,

14. легочное кровотечение,
15. почечная колика,
16. кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясная,
17. острые аллергические реакции,
18. ОНМК,
19. острые заболевания органов брюшной полости,
20. синдром дегидратации,
21. психомоторное возбуждение различного генеза.

#### **Документация, организация врачебного дела:**

1. Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.
2. Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других.
3. Рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты.
4. Медико-социальная экспертиза: направление на МСЭ, вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности, участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности.
5. Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
6. Добровольное и обязательное медицинское страхование.

#### **6.2.4. Тестовые задания**

1. Везикулярное дыхание выслушивается на:
  - а) вдохе;
  - б) выдохе;
  - в) вдохе и первой трети выдоха;
  - г) вдохе и первых двух третях выдоха;
  - д) протяжении всего вдоха и всего выдоха.
  
2. При эмфиземе легких дыхание:
  - а) везикулярное;
  - б) везикулярное ослабленное;
  - в) везикулярное усиленное;
  - г) бронхиальное;
  - д) саккадированное.
  
3. Крепитация характерна для:
  - а) эмфиземы легких;
  - б) абсцесса легких;
  - в) крупозной пневмонии;
  - г) бронхиальной астмы;
  - д) застоя крови в малом круге кровообращения.
  
4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:
  - а) притуплённый тимпанит;
  - б) коробочный;
  - в) тимпанический;
  - г) тупой;
  - д) металлический.

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:
- а) вдохе;
  - б) выдохе;
  - в) вдохе и одной трети выдоха;
  - г) протяжении всего вдоха и всего выдоха;
  - д) вдохе и первых двух третях выдоха.
6. Амфорическое дыхание наблюдается при:
- а) очаговой пневмонии;
  - б) бронхите;
  - в) бронхиальной астме;
  - г) абсцессе легкого;
  - д) эмфиземе легких.
7. Ослабление голосового дрожания характерно для:
- а) бронхоэктазов;
  - б) экссудативного плеврита;
  - в) абсцесса легкого в стадии полости;
  - г) очаговой пневмонии;
  - д) крупозной пневмонии.
8. Усиление голосового дрожания типично для:
- а) гидроторакса;
  - б) абсцесса легкого в стадии полости;
  - в) закрытого пневмоторакса;
  - г) эмфиземы легких;
  - д) бронхиальной астмы.
9. Пульс *tardus* (замедленный), *parvus* (малый) характерен для:
- а) недостаточности трехстворчатого клапана;
  - б) недостаточности митрального клапана;
  - в) недостаточности аортального клапана;
  - г) стеноза устья аорты;
  - д) митрального стеноза.
10. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:
- а) недостаточности митрального клапана;
  - б) митрального стеноза;
  - в) недостаточности аортального клапана;
  - г) стеноза устья аорты;
  - д) недостаточности трехстворчатого клапана.
11. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:
- а) дилатация правого предсердия;
  - б) дилатация правого желудочка;
  - в) гипертрофия правого желудочка;
  - г) дилатация левого желудочка;
  - д) гипертрофия левого желудочка.
12. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:
- а) правого предсердия;
  - б) правого желудочка;

- в) левого предсердия;
- г) левого желудочка;
- д) левого предсердия и правого желудочка.

13. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митральном стенозе;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стенозе устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана.

14. Для почечной колики характерны:

- 1. боли в поясничной области;
  - 2. дизурические явления;
  - 3. положительный симптом Пастернацкого;
  - 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

15. Односторонние боли в поясничной области характерны для:

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

16. Типичным при асците является:

- а) выраженная асимметрия живота;
- б) втянутый пупок;
- в) симптом флюктуации;
- г) расхождение прямых мышц живота;
- д) громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа.

17. Альбуминурия и гипопропротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

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

18. Показанием к эзофагоскопии не является:

- а) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- б) эзофагит;
- в) рак пищевода;
- г) травма грудной клетки;
- д) варикозное расширение вен пищевода.

19. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:

- а) варикозное расширение вен пищевода;
- б) эпилепсия;
- в) острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов;
- г) эзофагит;
- д) рак пищевода.

20. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии:

- 1.нагноительные заболевания легких;
  - 2.астматическое состояние;
  - 3.центральные и периферические опухоли легких;
  - 4.стеноз гортани;
  - 5.профузное легочное кровотечение.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

21. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии:

- 1.крупозная пневмония;
  - 2.бронхогенный рак с отдаленными метастазами;
  - 3.инородное тело бронхов;
  - 4.инсульт.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.

22. Показанием к плановой гастроскопии является:

- а) обострение хронического гастрита;
- б) язва желудка;
- в) рак желудка;
- д) доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
- д) все перечисленное.

23. Показанием к экстренной гастроскопии не является:

- 1.полип желудка;
  - 2.инородное тело;
  - 3.анастомоз;
  - 4.желудочно-кишечное кровотечение.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

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

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

- г) колоноскопию;
- д) ректороманоскопию.

25. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:

- 1.тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона;
  - 2.декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность;
  - 3.острый парапроктит;
  - 4.гемофилия;
  - 5.кровоточащий геморрой.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

26. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при:

- 1.гангрене легкого;
  - 2.бронхоэктазах;
  - 3.абсцессе легкого;
  - 4.крупозной пневмонии;
  - 5.раке легкого.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

27. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при:

- 1.абсцессе легкого;
  - 2.раке легкого в стадии распада;
  - 3.туберкулезе легкого;
  - 4.хроническом бронхите;
  - 5.крупозной пневмонии.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

- а) острого трахеобронхита;
- б) очаговой пневмонии;
- в) хронического бронхита;
- г) бронхогенного рака легкого;
- д) туберкулеза легкого.

29. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

- 1.увеличение содержания фибриногена в крови;
- 2.увеличение количества глобулинов в крови;
- 3.увеличение альбуминов в крови;
- 4.увеличение количества эритроцитов в крови;
- 5.повышение холестерина в сыворотке крови.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

30. Высокая относительная плотность мочи характерна для:

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

31. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

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

32. Выраженная билирубинурия характерна для:

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

33. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции:

- 1.  $\alpha_2$ -глобулинов;
  - 2.  $\gamma$ -глобулинов;
  - 3.  $\beta$ -глобулинов;
  - 4.  $\alpha_1$ -глобулинов и  $\alpha_2$ -глобулинов;
  - 5.  $\alpha_1$ -глобулинов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

34. Транзиторная лейкопения не возникает при:

- 1. лучевом воздействии с терапевтической целью;
  - 2. длительном приеме лекарственных средств;
  - 3. алиментарной недостаточности;
  - 4. значительной физической нагрузке.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

35. Дыхательный объем - это:

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

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

36. Резервный объем вдоха - это:

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

37. Резервный объем выдоха - это:

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

38. Остаточный объем легких - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды;

39. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты;
- б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

40. Жизненная емкость легких зависит от:

- 1.роста;
  - 2.площади поверхности тела;
  - 3.массы тела;
  - 4.пола.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

41. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:

- 1.воспалительных процессах в органах грудной полости;
  - 2.беременности (вторая половина);
  - 3.асците;
  - 4.грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;

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

42. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является:

- 1. острый коронарный синдром;
  - 2. ТЭЛА;
  - 3. артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.);
  - 4. флеботромбоз глубоких вен голени.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

43. ЭКГ признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:

- а) переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более;
- б) формирование отрицательного зубца T;
- в) появление блокады ножек пучка Гиса;
- г) появление экстрасистолии;
- д) пароксизм фибрилляции предсердий;

44. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- а) ритм синусовый регулярный;
- б) ритм синусовый нерегулярный;
- в) фибрилляцию предсердий;
- г) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный;
- д) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный;

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

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

46. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается после преждевременного, но неизмененного комплекса QRS. Это:

- а) атриовентрикулярная экстрасистола;
- б) предсердная экстрасистола;
- в) желудочковая экстрасистола;
- г) выскальзывающее сокращение;
- д) ритм коронарного синуса.

47. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRS) неправильный, зубец P отсутствует. Это указывает на:

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

д) предсердную тахикардию.

48. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец Р не определяется. Это может быть при:

1. предсердной экстрасистоле;
  2. желудочковой экстрасистоле;
  3. неполной атриовентрикулярной диссоциации;
  4. атриовентрикулярной экстрасистоле.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1,2,3,4.

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

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

50. С помощью эхокардиографии можно диагностировать:

1. пороки сердца и пролапс митрального клапана;
  2. дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию;
  3. опухоли сердца;
  4. экссудативный (выпотной) перикардит.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1,2,3,4.

### 6.3. Рекомендуемая литература

#### Основная литература:

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>
2. Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации [Электронный ресурс] / В.А. Ахмедов [и др.] ; под. ред. В.А. Ахмедова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438725.html>
3. Гипертоническая болезнь [Электронный ресурс] / В.А. Круглов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441121.html>
4. Хроническая болезнь почек. Избранные главы нефрологии [Электронный ресурс] / Н.А. Томилина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441923.html>

#### Дополнительная литература:

1. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] / под общ. ред. Е.И. Чазова, Ю.А. Карпова - М. : Литтерра, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502430.html>
2. Анемии. Краткое руководство для практических врачей всех специальностей [Электронный ресурс] / Рукавицын О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444757.html>
3. Профессиональные болезни [Электронный ресурс] / под ред. Н. А. Мухина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442999.html>
4. Внебольничная пневмония [Электронный ресурс] / А. И. Синопальников, О. В. Фесенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442890.html>

#### Электронные версии журналов:

1. «Consilium medicum» <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>
2. «Вестник доказательной медицины» <http://www.evidence-update.ru/>
3. «Врач» <http://www.rusvrach.ru/journals/vrach>
4. «Гематология и трансфузиология» <http://www.medlit.ru/medrus/gemat.htm>
5. «Доказательная кардиология» <http://www.mediasphera.ru/journals/dokcard>
6. «Интенсивная терапия» <http://www.icj.ru>
7. «Инфекции и антимикробная терапия»  
<http://www.consilium-medicum.com/media/infektion/index.shtml>
8. «Проблемы эндокринологии» <http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm>
9. «Пульмонология» <http://www.consilium-medicum.com/media/pulmo>
10. «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» [http://www. m-vesti.ru/rggk/rggk.html](http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html)

11. «Русский медицинский журнал» <http://www.rmj.ru>
12. «Современная онкология»  
<http://www.consilium-medicum.com/media/onkology>
13. «Справочник поликлинического врача»  
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
14. «Трудный пациент» <http://www.t-pacient.ru>
15. «Фарматека» <http://www.pharmateca>.