

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по реализации
национальных проектов и
развитию регионального
здравоохранения




А.В. Соловьева

«16» февраля 2023 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Актуальные вопросы клиники внутренних болезней»
(144 часа)**

Тверь
2023

Программа составлена с учетом квалификационных требований, указанных в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям и квалификационных требований к профессиональным знаниям и навыкам, а также с учетом профессиональных стандартов, утвержденных приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации: «Врач-пульмонолог» 19 марта 2019 года N 154н; «Врач-ревматолог» 29 января 2019 №50н; «Врач-гематолог» 11 февраля 2019года №68н; «Врач-кардиолог» 14 марта 2018 года №140н; «Врач-гастроэнтеролог» 11 марта 2019 года № 139н; «Врач-аллерголог-иммунолог» 14 марта 2018 года №138н; «Врач-лечебник (врач терапевт участковый)» 21 марта 2017 года №293н; «Врач-нефролог» 20 ноября 2018 года №712н.; проекта Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-терапевт» (подготовлен Минтрудом России 31.01.2022).

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации:

- рассмотрена на заседании Методического совета по дополнительному профессиональному образованию «25» января 2023 г.; протокол №8;
- рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета «16» февраля 2023 г., протокол №6.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

1.1. Цель и задачи реализации программы:

Формирование и совершенствование компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации врача-терапевта, врача-пульмонолога, врача-кардиолога, врача-гематолога, врача-гастроэнтеролога, врача-нефролога, врача-ревматолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-терапевта участкового (врача-лечебника).

Задачи программы:

1. Сформировать знания по методам диагностики и лечения терапевтических болезней внутренних органов на основании клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.
2. Сформировать умения диагностировать патологические состояния на основании данных физикального и дополнительных методов исследований с формулировкой клинического диагноза, подбором лечения в соответствии с выставленным диагнозом и планированием реабилитационных мероприятий.
3. Сформировать навыки диагностики и лечения при терапевтических болезнях внутренних органов.
4. Обеспечить возможность приобретения практического опыта при работе с диагностически трудным терапевтическим пациентом.

1.2. Планируемые результаты обучения по программе

1.1. Планируемые результаты обучения по программе

1.1.1. В результате успешного освоения программы повышения квалификации обучающийся- ся должен развить имеющиеся компетенции:

Диагностическая деятельность: Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (**ПК-1**).

Лечебная деятельность: Способен назначить лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи, и осуществлять контроль его эффективности и безопасности (**ПК-2**).

Паспорт совершенствуемых компетенций

Код трудовой функции	Компетенции	Индикаторы достижения планируемых результатов

<p>Диагностика заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"</p> <p>А/01.7</p> <p>В/01.8</p>	<p>Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (ПК-1)</p>	<p>знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях внутренних органов - методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний внутренних органов, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов - показания при заболеваниях внутренних органов, требующие направления пациентов к врачам-специалистам - медицинские изделия, применяемые при обследовании пациентов с заболеваниями внутренних органов, принципы обеспечения безопасности диагностических манипуляций - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями внутренних органов <p>умения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим
---	---	---

		<p>порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретировать и анализировать полученные результаты - обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов - выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями внутренних органов</p> <p>навыки:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями
--	--	--

		<p>внутренних органов - навыками направления пациентов с заболеваниями внутренних органов на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - навыками направления пациентов с заболеваниями внутренних органов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов</p>
<p>Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контроль его эффективности и безопасности</p> <p>А/02.7</p> <p>В/02.8</p>	<p>Способен назначить лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи, и осуществлять контроль его эффективности и безопасности (ПК-2)</p>	<p>Знания</p> <p>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов - правила получения добровольного информированного согласия пациента (законного представителя) на проведение лечения. - методы немедикаментозного и</p>

		<p>медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>умения:</p> <ul style="list-style-type: none">- разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - назначать немедикаментозное лечение и лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями
--	--	--

		<p>внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями внутренних органов, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>навыки:</p> <ul style="list-style-type: none">- разработкой плана лечения пациентов с заболеваниями внутренних органов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - навыками применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания
--	--	---

		<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - навыками применения немедикаментозного лечения пациентам с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - методами оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, пациентам с заболеваниями внутренних органов</p>
--	--	--

1.1.2. Сопоставление результатов обучения по программе повышения квалификации с описанием квалификации в профессиональном стандарте по специальности 31.08.49 — «Терапия»

Профессиональный стандарт специалиста (квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках)	Результаты обучения
<p>А</p> <p>Обобщенные трудовые функции: Оказание первичной медикосанитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного</p>	<p>Виды профессиональной деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностическая – лечебная

<p>медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника</p> <p>В</p> <p>Оказание медицинской помощи населению по профилю «терапия» в условиях стационара и дневного стационара</p>	
<p>Трудовые функции:</p> <p>Диагностика заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия". А/01.7 В/01.8</p> <p>Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контроль его эффективности и безопасности. А/02.7 В/02.8</p>	<p>Профессиональные компетенции (ПК):</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p>

1.2. Требования к уровню подготовки лиц, принимаемых для обучения по программе

Высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по специальности «Терапия», «Гастроэнтерология», «Пульмонология», «Аллергология-иммунология», «Кардиология», «Гематология», «Нефрология», «Ревматология».

1.3. Трудоемкость обучения по программе

Трудоемкость дополнительной профессиональной программы повышения квалификации составляет 144 часа(4 ЗЕТ), включая все виды аудиторной (контактной) и внеаудиторной работы обучающегося.

1.4. Формы обучения по программе

Освоение программы повышения квалификации обучающимися может быть организовано с отрывом от работы, по индивидуальному плану обучения.

1.5. Режим занятий по программе

Учебная нагрузка при реализации программы повышения квалификации вне зависимости от применяемых форм обучения устанавливается в размере 36 академических часов в неделю, включая все виды аудиторных академических часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной учебной работы обучающихся.

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1 Учебный план

Наименование модулей (разделов, дисциплин), стажировок на рабочем месте	Общая трудоемкость (в часах)	Аудиторные занятия (в академических часах)				Дистанционные занятия (в акад. часах)				Самостоятельная работа	Формируемые компетенции	Промежуточная аттестация (форма)
		Всего	Лекции	Практические занятия	Стажировка	Всего	Лекции	Практические занятия	Прочие (указать)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Модуль 1 «Актуальные вопросы пульмонологии»	24	24	2	18	4			–	–	-	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 2 «Актуальные вопросы кардиологии»	24	24	2	18	4			–	–		ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 3 «Актуальные вопросы ревматологии»	12	12	2	6	4			–	–	-	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр

Модуль 4 «Актуальные вопросы гастроэнтерологии»	18	18	2	12	4			–	–	-	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 5 «Актуальные вопросы нефрологии»	18	18	2	12	4			–	–	-	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 6 «Актуальные вопросы гематологии»	12	12	2	6	4			–	–	-	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 7 «Актуальные вопросы аллергологии и иммунологии»	18	18	2	14	2			–	–	–	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Модуль 8 «Симуляционный курс»	12	12	–	12				–	–	–	ПК-1 ПК-2	Пр

Итоговая аттестация	6	6	–	6				–	–	–	ПК-1 ПК-2	Т, С, Пр
Итого:	144	144	14	104	26	0	0	0	0	0		
Итоговая аттестация	Форма итоговой аттестации (с указанием количества этапов): 1 этап – тестовые задания 1 уровня (Т), 2 этап – демонстрация практических навыков (Пр), 3 этап – собеседование											

2.2. Календарный учебный график

№ п.п.	Наименование модулей (разделов, дисциплин), стажировок на рабочем месте, промежуточных и итоговой аттестации в последовательности их изучения	Количество дней учебных занятий	Виды аудиторных занятий (лекции - Л, практические - П, промежуточная - ПА и итоговая аттестация - ИА)
1.	Модуль 1 «Актуальные вопросы пульмонологии»	4	Л, П, ПА
2.	Модуль 2 «Актуальные вопросы кардиологии»	4	Л, П, ПА
3.	Модуль 3 «Актуальные вопросы ревматологии»	2	Л, П, ПА
4.	Модуль 4 «Актуальные вопросы гастроэнтерологии»	3	Л, П, ПА
5.	Модуль 5 «Актуальные вопросы нефрологии»	3	Л, П, ПА
6.	Модуль 6 «Актуальные вопросы гематологии»	2	Л, П, ПА
7.	Модуль 7 «Актуальные вопросы аллергологии-иммунологии»	3	Л, П, ПА

8.	Модуль 9 «Симуляционный курс»	2	П
	Итоговая аттестация	1	ИА

2.3. Рабочие программы модулей (дисциплин, стажировок на рабочем месте) с учебно-тематическим планом

Содержание модулей (дисциплин, стажировок на рабочем месте)

Модуль 1. Актуальные вопросы пульмонологии.

- 1.1. Хроническая обструктивная болезнь легких: факторы риска, критерии диагностики, классификация. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких. Формы и степени тяжести ХОБЛ, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
- 1.2. Пневмония: классификация, критерии диагностики. Затяжное течение пневмонии. Принципы лечения. Пневмонии: принципы антибактериальной терапии в зависимости от формы и тяжести пневмонии. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при пневмонии.
- 1.3. Бронхиальная астма. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация, факторы риска, патогенетические механизмы и клинические варианты. Состояние функции внешнего дыхания. Направления лечения, принципы базисной терапии соответственно тяжести и уровню контроля заболевания. Стандарт скорой медицинской помощи при астме. Стандарт скорой медицинской помощи при астматическом статусе.
- 1.4. Болезни плевры: плевриты сухой и экссудативный, дифференциальная диагностика, методы лечения. Стандарт специализированной медицинской помощи при плеврите. Интерстициальные заболевания легких: принципы диагностики на амбулаторном этапе. Фиброзирующие альвеолиты, саркоидоз, гистиоцитоз Х. Стандарт специализированной медицинской помощи при интерстициальных заболеваниях легких.

Модуль 2. Актуальные вопросы кардиологии.

- 2.1. Острый коронарный синдром. Стандарт скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента. Стандарт скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST. Принципы организации специализированного кардиологического отделения с реанимационным блоком. Неосложненный инфаркт миокарда, диагностические критерии и особенности лечения. Больничная и внебольничная реабилитация больных инфарктом миокарда.
- 2.2. Острый инфаркт миокарда, периоды развития, дифференциальный диагноз, типичное и атипичное течение. Лечение несложненного инфаркта миокарда. Принципы антикоагулянтной и тромболитической терапии инфаркта миокарда. Внутрикоронарное введение тромболитиков и

возможные осложнения. Осложненный инфаркт миокарда. Клиника и лечение кардиогенного шока, отека легких, желудочно-кишечного синдрома. Тактика врача при острых психотических нарушениях. Внезапная смерть при ИБС: механизмы развития, факторы риска фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда. Техника реанимации. Клинические формы сердечной недостаточности при инфаркте миокарда. Рефлекторный, истинный, аритмический, ятрогенный механизмы кардиогенного шока. Сердечная астма и отек легких. Стандарт скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

2.3. Гипертоническая болезнь: современные представления об этиологии, патогенезе, группировке уровня АД. Первичная и вторичная профилактика артериальной гипертензии. Гипотензивные средства и принципы их применения. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии; дифференциальный диагноз, классификация, принципы индивидуальной терапии. Первичные и вторичные артериальные гипертензии. Острые циркуляторные расстройства: гипертонический криз, расслаивающая аневризма аорты; вазомоторный (гиповолемический) коллапс; метаболический коллапс. Особенности беременности и родов при артериальной гипертензии. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» (2020).

2.4. Хроническая сердечная недостаточность. Перегрузка сердечной мышцы давлением, объемом, смешанная. Патогенез, классификация, диагностика сердечной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность кровообращения. Особенности применения сердечных гликозидов, кардиотонических и диуретических средств. Стандарт специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности.

Модуль 3. Актуальные вопросы ревматологии.

3.1. Ревматоидный артрит. Реактивные артриты. Дифференциальный диагноз суставного синдрома в ревматологии. Дифференциальный диагноз ревматоидного артрита. Дифференцированный подход к назначению методов интенсивной терапии при ревматоидном артрите. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ревматоидном артрите.

3.2. Остеоартроз. Подагра. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичном коксартрозе, ревматоидном артрите, подагре с поражением тазобедренных суставов, остеонекрозе и кистах головки бедренной кости. Хондрокальциноз. Системная склеродермия. Узелковый полиартериит. Локальная терапия глюкокортикоидами в ревматологической практике. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях и других системных поражениях соединительной ткани.

Модуль 4. Актуальные вопросы гастроэнтерологии.

4.1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Роль хеликобактерной инфекции в возникновении гастродуоденальной язвы. Клиника, диагностика и лечение, профилактика, диспансеризация. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с хеликобактерной инфекцией.

4.2. Симптоматические язвы, НПВП-гастропатия.

- 4.3. Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Хронические панкреатиты: классификация, этиология, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение. Хронический билиарнозависимый панкреатит.

Модуль 5. Актуальные вопросы нефрологии.

- 5.1. Острые и хронические тубуло-интерстициальные нефриты. Роль лекарственных препаратов в этиологии острых и хронических тубуло-интерстициальных нефритов. Анальгетическая нефропатия.
- 5.2. Острые и хронические пиелонефриты. Факторы риска пиелонефритов. Антибактериальные препараты, используемые для лечения инфекций мочевых путей и принципы антибактериальной терапии острых и хронических пиелонефритов. Современные принципы лечения. Асимптоматическая бактериурия.
- 5.3. Острая и хроническая почечная недостаточность. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Неотложная помощь. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек. Стандарт специализированной медицинской помощи при почечной недостаточности. Проведение обмена перитонеального диализа. Стандарт специализированной медицинской помощи при хронической болезни почек 5 стадии в преддиализном периоде, при госпитализации с целью подготовки к заместительной почечной терапии.

Модуль 6. Актуальные вопросы гематологии.

- 6.1. Дифференциальный диагноз лимфаденопатий. Спленомегалии. Лейкемоидные реакции (понятие, классификация, дифференциальный диагноз).
- 6.2. Анемии (железодефицитная анемия, железоперераспределительная, мегалобластные, гемолитические, апластические анемии).

Модуль 7. Актуальные вопросы иммунологии-аллергологии.

- 7.1. Аллергическая реактивность и механизмы аллергических реакций. Анафилактический шок. Респираторные аллергозы. Определение. Влияние экологии на развитие аллергозов. Патогенез. Клиника, диагностика. Аллергический бронхит. Аллергический альвеолит. Лечение, профилактика. Принципы диагностики аллергических заболеваний, принципы лечения аллергических заболеваний, показания к аллергенспецифической иммунотерапии. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология». Стандарт скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке.

Модуль 8. Симуляционный курс (на базе Мультипрофильного симуляционно-аккредитационного центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ)

- 8.1 Совершенствование врачами-специалистами практических навыков проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации, а также диагностики заболеваний внутренних органов. Для его реализации применяются:

1. Манекен со следующими возможностями: 1) имитация аускультативной картины различных кардио-пульмональных состояний (в зависимости от ситуации (сценария) станции); 2) имитация пульсации сонных, плечевых, лучевых, бедренных артерий, синхронизированные с сердечными фазами; 3) имитация пульсации яремных вен; 4) пальпация верхушечного толчка, сердечного толчка, магистральных сосудов (аорты, легочного ствола); 5) измерение артериального давления.
 2. Манекен (торс вертикальный) для демонстрации методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации нормальной и патологической аускультативной картины легких.
 3. Тренажёр-манекен для отработки сердечно-легочной реанимации с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей в процентах: 1) глубины надавливаний; 2) положения рук при надавливаниях; 3) высвобождения рук между надавливаниями; 4) частоты надавливаний; 5) дыхательного объёма.
 4. Тренажер-манекен взрослого, предназначенный для отработки придания устойчивого бокового положения
- 8.2 Совершенствование врачами-специалистами практических навыков чтения компьютерных и магнитно-резонансных томограмм, рентгенограмм, результатов ультразвукового исследования с использованием интерактивных атласов. Решения кейсов. Методики «Стандартизированный пациент»

Учебно-тематический план (в академических часах)

Номера модулей, тем, разделов, итоговая аттестация	Аудиторные занятия		Часы на промежуточные и итоговую аттестации	Всего часов на аудиторную работу	Всего часов на самостоятельную работу	Формируемые компетенции (коды компетенций)	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения*	Формы текущего контроля успеваемости**
	занятия лекционного типа	практические занятия и стажировка						
Модуль 1								
1.	2	22		24	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
1.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
1.2	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
1.3	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
1.4	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 2								
2.	2	22	-	24	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
2.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
2.2	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
2.3	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
2.4	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 3								
3.	2	10		12	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
3.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
3.2	–	6	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 4								

4.	2	16		18	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
4.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
4.2	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
4.3	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 5								
5.	2	16		18	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
5.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
5.2	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
5.3	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	ЗС, Т, Пр
Модуль 6								
6.	2	10		12	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
6.1	2	4	–	6	-	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
6.2	–	6	–	6	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 7								
7.	2	16		18	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
7.1	2	16	–	18	–	ПК-1, ПК-2	ЛВ, МК, КС, ВК	С, Т, Пр
Модуль 8								
8.	–	12		12	–	ПК-1, ПК-2	СПИ	Пр

8.1	–	6		6	–	ПК-1, ПК-2	СПН	Пр
8.2	–	6		6	–			
Итоговая аттестация	–	–	6	6	–	ПК-1, ПК-2		С, Т, Пр
Итого	14	124	6	144	-			

¹ **Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): лекция-визуализация (ЛВ), мастер-класс (МК), разбор клинических случаев (КС), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), симуляторы практических навыков (СПН)

² **Формы текущего контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), С – собеседование по контрольным вопросам.

2.4 Краткая характеристика содержания стажировки на рабочем месте

Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, в том числе зарубежного, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы профессиональной переподготовки, и приобретение практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей.

Стажировка носит индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных и организаторских навыков;
- изучение организации и технологии производства, работ;
- непосредственное участие в планировании работы организации;
- работу с технической, нормативной и другой документацией;
- выполнение функциональных обязанностей должностных лиц (в качестве временно исполняющего обязанности или дублера);
- участие в совещаниях, деловых встречах.

Трудоемкость стажировки в академических часах: **26 часов**.

Виды деятельности в период стажировки: см. выше.

Перечень организаций (структурных подразделений) в которых может осуществляться стажировка: ГБУЗ ОКБ (отделения – кардиологическое с ПРИТ, кардиологическое, гастроэнтерологическое, ревматологическое, нефрологическое, гематологическое, пульмонологическое, аллерго-иммунологический кабинет в поликлинике ГБУЗ ОКБ).

Перечень должностей, по которым может осуществляться стажировка: врач-кардиолог, врач-нефролог, врач-терапевт, врач-пульмонолог, врач-ревматолог, врач-гастроэнтеролог, врач-гематолог, врач-аллерголог, врач-лечебник.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия реализации программы

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебные аудитории кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней в ГБУЗ ОКБ (г.Тверь, Санкт-Петербургское шоссе, дом 103,а	<p>Мультимедийный комплекс (два компьютера-ноутбука и два мультимедийных проектора), рулонный настенный экран, телевизор, видеоплеер.</p> <p>Мультимедийные презентации лекций по тематике, предусмотренной учебно-тематическим планом.</p> <p>Набор ЭКГ (по острому коронарному синдрому, для диагностики гипертрофии левого желудочка, по различным нарушениям ритма и проводимости и т.д.).</p> <p>Набор результатов инструментальных исследований (протоколов суточного мониторирования ЭКГ и АД, спирограмм, реограмм и пр.).</p> <p>Тестовые задания и ситуационные задачи для контроля уровня знаний.</p>
2	Учебные аудитории центра Мультiproфильного аккредитационно-симуляционного центра ФГБОУ ВО Тверской ТГМУ Минздрава России (г.Тверь, ул.Советская, д.4)	<ol style="list-style-type: none">1. Манекен со следующими возможностями: 1) имитация аускультативной картины различных кардио-пульмональных состояний (в зависимости от ситуации (сценария) станции); 2) имитация пульсации сонных, плечевых, лучевых, бедренных артерий, синхронизированные с сердечными фазами; 3) имитация пульсации яремных вен; 4) пальпация верхушечного толчка, сердечного толчка, магистральных сосудов (аорты, легочного ствола); 5) измерение артериального давления.2. Манекен (торс вертикальный) для демонстрации методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации нормальной и патологической аускультативной картины легких.3. Тренажёр-манекен для отработки сердечно-легочной реанимации с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей в процентах: 1) глубины надавливаний; 2) положения рук при надавливаниях; 3) высвобождения рук между

		<p>надавливаниями; 4) частоты надавливаний; 5) дыхательного объёма.</p> <p>4. Тренажер-манекен взрослого, предназначенный для отработки придания устойчивого бокового положения</p>
--	--	---

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы

Рекомендуемая литература:

а) Основная литература:

1. Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 560 с.
2. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В.В. Щёктова, А.И. Мартынова, А.А. Спасского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 928 с.

б) Дополнительная литература:

1. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 768 с.
2. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 816 с.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.
4. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Гематология: национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 784 с.
6. Гериатрия / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с.
7. Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (утвержден Приказом министра труда и социальной защиты РФ 21.03.2017 г. № 293н, зарегистрирован №46293 06.04.2017 г.).
8. Ревматология. Учебное пособие. Под ред. А.А. Усановой, 2023. – 480 с.
9. Аллергология и клиническая иммунология. Клинические рекомендации. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной, 2019. – 352 с.

в) Электронные образовательные ресурсы:

1. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека (<https://www.rosmedlib.ru>).
2. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования МЗ РФ (<https://edu.rosminzdrav.ru>)
3. Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ (<https://cr.minzdrav.gov.ru>).
4. Цикл видеолекций «Медицинский детектив» (<https://internist.ru/authoring/detail/20715/>).

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения программы

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)
Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;
Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>)

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:

- Access 2016;
- Excel 2016;
- Outlook 2016;
- PowerPoint 2016;
- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. ABBYY FineReader 11.0

3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС

4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro

5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения ЗКЛ»

6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS

7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Руконтекст»

8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
2. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

4. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

4.1 Оценочные средства и критерии оценки для текущего контроля успеваемости.

Модуль 1. Актуальные вопросы пульмонологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ВНЕШНЕЕ ДЫХАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) вентиляцию альвеолярного пространства*
- 2) диффузию газов через альвеолярно-капиллярную мембрану*
- 3) перфузию крови через капиллярное русло малого круга*
- 4) транспорт газов от легких к тканям

2. УМЕНЬШЕНИЕ КРОВОТОКА В ПЛОХО ВЕНТИЛИРУЕМОМ УЧАСТКЕ ЛЕГКОГО ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕФЛЕКС

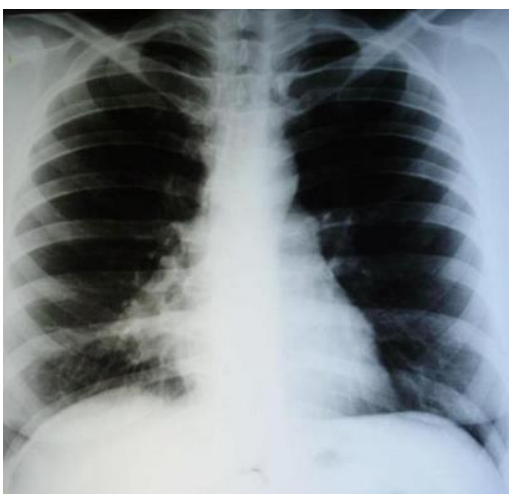
- 1) Китаева
- 2) Эйлера-Лильестранда*
- 3) Эйзенменгера
- 4) Бецольда-Яриша

Примеры практических навыков

1. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



2. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Что такое внутрибольничная пневмония?
2. Какая этиология и пути проникновения микроорганизмов в лёгкие при внутрибольничных пневмониях?

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 - 1) ампициллин*
 - 2) ингибиторзащищенные аминопенициллины
 - 3) макролиды*
 - 4) цефалоспорины III поколения
2. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ ИЛИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) ампициллин

- 2) ингибиторзащищенные аминопенициллины*
- 3) макролиды*
- 4) респираторный фторхинолоны

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Мужчина, 67 лет. Заболел остро: после переохлаждения появился озноб, температура тела поднялась до 40,5°C. На следующий день присоединились связанные с дыханием боли в правой половине грудной клетки и кашель, сначала сухой, а затем с отделением «ржавой» мокроты. Объективно: одышка до 26 в 1 мин. При аускультации легких справа в нижних отделах выслушивается бронхиальное дыхание и шум трения плевры. АД 110/60 мм рт. ст., пульс 102 в 1 мин. Температура тела 39,8°C. При рентгенологическом исследовании выявлена тотальная инфильтрация нижней доли правого легкого. В крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты 18×10^9 /л, СОЭ 36 мм/ч.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Женщина, 72 года. В анамнезе артериальная гипертензия, инфаркт миокарда (2 года назад), преходящее нарушение мозгового кровообращения (год назад). На протяжении недели беспокоит кашель со скудной слизисто-гноющей мокротой, нарастает слабость и одышка. Объективно: частота дыхания 22 в 1 мин. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 96 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Температура тела 37,2°C. При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого. В крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 8×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, СОЭ 16 мм/ч.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. В каких случаях больной пневмонией нуждается в госпитализации?
2. Какие антибиотики используются для амбулаторного лечения внебольничной пневмонии у лиц до 60 лет без сопутствующей патологии?

Модуль 2. Актуальные вопросы кардиологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
 - 1) 1 степени
 - 2) 2 степени*
 - 3) 3 степени
 - 4) изолированной систолической (ИСАГ)
2. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 185/95 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
 - 1) 1 степени
 - 2) 2 степени

- 3) 3 степени*
- 4) изолированной систолической (ИСАГ)

Примеры практических навыков

1. Оцените результаты эхокардиографического исследования: Аорта уплотнена, диаметр 4,4 см. Аортальный клапан трехстворчатый, с признаками небольшого кальциноза фиброзного кольца. Амплитуда раскрытия створок 1,9 см, скорость кровотока 1,6 м/сек, регургитации нет. Левый желудочек: ТМЖП 1,55 см, ТЗСЛЖ 1,32 см, ММЛЖ 257 г. КДР 4,75 см, ФВ 58%, диастолическая дисфункция 1 степени. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан не изменен, скорость кровотока 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Левое предсердие: размер 4,3 см, объем 78 мл. Легочная артерия: диаметр 2,1 см, систолическое давление 26 мм рт. ст. Скорость кровотока на клапане легочной артерии 0,8 м/сек, регургитация 1 степени. Правый желудочек: размер 2,3 см. Трикуспидальный клапан не изменен, скорость кровотока — 0,6 м/сек, регургитация 1 степени. Правое предсердие: размер 3,8 см, объем — 45 мл. Нижняя полая вена: диаметр на выдохе 1,5 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена
2. Оцените результаты эхокардиографического исследования: Аорта: диаметр 3,2 см. Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия створок 1,9 см, скорость кровотока 1,4 м/сек, регургитации нет. Левый желудочек: ТМЖП 0,9 см, ТЗСЛЖ 0,9 см, КДР 4,8 см, ММЛЖ 136 г, ФВ 63%, диастолическая функция не нарушена. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан не изменен, скорость кровотока 1,0 м/с, регургитация 1 степени. Левое предсердие: размер 3,8 см, объем 40 мл. Легочная артерия: диаметр 2,0 см, систолическое давление 25 мм рт. ст. Скорость кровотока на клапане легочной артерии — 0,8 м/сек, регургитация 1 степени, Правый желудочек: размер 2,2 см. Трикуспидальный клапан не изменен, скорость кровотока — 0,65 м/сек, регургитация 1 степени. Правое предсердие: размер 3,4 см, объем 35 мл. Нижняя полая вена: диаметр на выдохе 1,6 см, на вдохе — 0,6 см. Полость перикарда не изменена.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Что такое артериальная гипертония (АГ), каковы критерии ее диагностики? Как классифицируется АГ в зависимости от степени повышения артериального давления?
2. Что такое пограничная АГ, изолированная систолическая АГ, реактивная АГ, гипертония «белого халата», злокачественная АГ, резистентная АГ, рикошетная АГ, ночная АГ, «стресс-индуцированная АГ»?

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 - 1) тиазидные диуретики*
 - 2) бета-адреноблокаторы*
 - 3) дигидропиридиновые антагонисты кальция
 - 4) ингибиторы АПФ*

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ
- 1) бета-адреноблокаторы*
 - 2) дигидропиридиновые антагонисты кальция
 - 3) недигидропиридиновые антагонисты кальция
 - 4) ингибиторы АПФ*

Примеры практических навыков

1. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Мужчине 52 лет выставлен диагноз: ГБ II стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, риск высокий. Назначен амлодипин в дозе 5 мг 1 раз в день. Через месяц АД 150/95 мм рт. ст.
2. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Женщине 52 лет выставлен диагноз: ГБ II стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, риск высокий. Назначен амлодипин по 10 мг 1 раз в день. Через две недели отметила появление отеков на нижних конечностях, АД 120/80 мм рт. ст.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. В чем заключается цель лечения больного АГ? Какие методы используются для достижения этой цели?
2. В чем заключается немедикаментозное лечение АГ?

Модуль 3. Актуальные вопросы ревматологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ЧАСТОТУ ОСТЕОАРТРОЗА СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЫРАЖАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО
 - 1) у мужчин чаще поражаются коленные суставы
 - 2) у мужчин чаще поражаются тазобедренные суставы*
 - 3) у женщин чаще поражаются коленные суставы*
 - 4) у женщин чаще поражаются тазобедренные суставы
2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА РЕКОМЕНДУЮТСЯ
 - 1) физические упражнения с повышенной осевой нагрузкой на суставы
 - 2) снижение массы тела при ожирении*
 - 3) тренировка четырехглавой мышцы бедра*
 - 4) защита суставов от травм*

Примеры практических навыков

1. Укажите характер и локализацию изменений:



2. Укажите характер и локализацию изменений:



Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Клиническая классификация остеоартроза (ОА)
2. Рентгенологическая классификация ОА по Келлгрону и Лоуренсу (1975)

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ РАЗГРУЗКИ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ТРОСТЬ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕРЖАТЬ
 - 1) в руке, противоположной пораженной нижней конечности *
 - 2) в руке, на стороне пораженной нижней конечности
 - 3) в любой руке
2. ПРИ ГОНАРТРОЗЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СУСТАВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 - 1) коленные ортезы
 - 2) ортопедические стельки с приподнятым латеральным краем*
 - 3) ортопедические стельки с приподнятым медиальным краем

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации, составьте программу лечения: Больная 55 лет предъявляет жалобы на боли в плечевых, коленных, голеностопных суставах, усиливающиеся к вечеру, отечность коленных суставов, хруст в коленных суставах при движениях, утреннюю скованность в пораженных суставах длительностью 10-15 минут, болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Больна около 5 лет, начало заболевания связывает с физическими перегрузками, травмы суставов не переносила. В дебюте заболевания периодически отмечала боли в коленных суставах в вечернее время без изменения внешнего вида суставов. Через полгода от начала болевых ощущений в коленных суставах заметила появление отечности коленных суставов с усилением болей при ходьбе, появление хруста в суставах, ограничение движений и утреннюю скованность. Постепенно отечность коленных суставов прошла, но присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах при нагрузках. Принимала ибупрофен с удовлетворительным эффектом. В последующем заболевание протекало волнообразно, с периодами ухудшения и улучшения болей, подвижности, отечности и хруста в суставах. При осмотре больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа утолщены, отечные, сгибание в них несколько ограничено и болезненно, при активных и пассивных движениях грубый хруст. Плечевые и голеностопные суставы внешне не изменены, при пальпации области плечевых суставов отмечаются участки болезненности. Наружная ротация и отведение в плечевых суставах ограничены из-за болей. На кистях рук отмечается безболезненная деформация отдельных дистальных межфаланговых суставов в виде плотных краевых узелков. На рентгенограммах коленных суставов отмечается сужение суставных щелей (больше в медиальных отделах), субхондральный остеосклероз с участками кистовидной перестройки, остеофиты надколенника, умеренная инфильтрация мягких тканей. В клиническом и биохимическом анализе крови, общем анализе мочи – норма.
2. Больная 40 лет, инвалид II группы. Заболела 5 лет назад, когда после переохлаждения появились боли в мелких суставах обеих кистей, в лучезапястных и коленных суставах на фоне повышения температуры тела до 38°C. Вскоре появилось припухание указанных суставов и прогрессирующее ограничение движений из-за резкой болезненности. Проводилось лечение НПВП, ЛФК, массажем без заметного эффекта. Три года назад начато лечение преднизолоном в первоначальной дозе 30 мг/сут с постепенным снижением до поддерживающей дозы 10 мг/сут. Последнее ухудшение 2 мес назад в связи со снижением дозы преднизолона до 5 мг/сут. Отмечает длительные боли в суставах при движениях и в покое, длительную скованность и ограничение движений в суставах. В объективном статусе отмечается абдоминальное ожирение, лунообразное лицо, гипертрихоз, АД 170/100 мм рт. ст. Со стороны опорно-двигательной системы – деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных и коленных суставов, болезненность суставов при пальпации, уплотнение и отечность периартикулярных тканей, выраженное ограничение объема движений в суставах, ульнарная девиация кистей, атрофия мышц, безболезненные плотные узелки в области локтей. На рентгенограмме кистей рук – околосуставной остеопороз, резкое сужение суставных щелей II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов с множественными узорами, подвывихи

в пястно-фаланговых суставах. Данные лабораторных методов исследования отсутствуют.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Основные цели и способы лечения ОА
2. Особенности назначения анальгетиков и противовоспалительных препаратов при ОА

Модуль 4. Актуальные вопросы гастроэнтерологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
 - 1) «панкреатическая холера»
 - 2) кахексия
 - 3) полифекалия*
 - 4) сахарный диабет
2. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
 - 1) употребление алкоголя*
 - 2) желчнокаменная болезнь*
 - 3) психоэмоциональные стрессы
 - 4) муковисцидоз*

Примеры практических навыков

1. Интерпретируйте результаты ультразвукового исследования: Поджелудочная железа: контуры ровные четкие, эхогенность ниже эхогенности коркового слоя почек. Размеры: головка 25 мм, тело 25 мм, хвост 20 мм. Ширина вирсунгова протока 1 мм.
2. Интерпретируйте результаты ультразвукового исследования: Акустический доступ для осмотра поджелудочной железы ограничен. Головка — 35 мм, тело — 18 мм, хвост — 20 мм, контуры неровные, железа умеренно сниженной эхогенности, умеренно неоднородной зернистой структуры, панкреатический проток диаметром 5–6 мм.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Клиническая симптоматика поражения поджелудочной железы.
2. Этиология и патогенез хронического панкреатита.

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ЭРАДИКАЦИИ Н. PYLORI ТРЕБУЕТ
 - 1) НПВП-гастропатия*
 - 2) хронический атрофический гастрит*
 - 3) функциональная диспепсия*
 - 4) хронический панкреатит
2. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ Н. PYLORI ВХОДИТ

- 1) метронидазол*
- 2) тетрациклин
- 3) амоксициллин*
- 4) омепразол*

Примеры практических навыков

1. Проведите коррекцию лечения, поясните свой выбор: Пациентка А., 21 год, в связи с альгодисменореей получает свечи с индометацином. Жалоб со стороны пищеварительного тракта не предъявляет.
2. Проведите коррекцию лечения, поясните свой выбор: Пациент Б., 35 лет, спортсмен. После спортивной травмы получает диклофенак в инъекциях, по 75 мг 2 раза в сутки. Со стороны внутренних органов жалоб не предъявляет, объективно – без патологии.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение обострения хронического панкреатита. Классы антисекреторных, спазмолитических, ферментных препаратов.
2. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Модуль 5. Актуальные вопросы нефрологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ СЧИТАЕТСЯ
 - 1) необструктивным
 - 2) обструктивным*
 - 3) первичным
 - 4) вторичным*

2. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
 - 1) кровеносная и лимфатическая система почек
 - 2) чашечно-лоханочный аппарат*
 - 3) канальцы и интерстиций*
 - 4) клубочек

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте диагноз: Рабочий рудника попал под обвал. Мягкой породой придавило нижние конечности. В таком состоянии находился 12 часов. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение. Объективно: состояние средней тяжести. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. ЧДД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, 84 в 1 мин. АД 145/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Нижние конечности отекающие, кожа гиперемирована. Диурез 250 мл. Общий анализ мочи: Цвет желтый Прозрачность мутная Относительная плотность 1028 Реакция щелочная Белок 1,0 г/л Эпителий плоский 0–1 в поле зрения Лейкоциты 10–15

в поле зрения Эритроциты 10–20 в поле зрения Цилиндры нет Бактерии +. Биохимическое исследование крови: Креатинин 360 мкмоль/л Мочевина 15 ммоль/л Калий плазмы 5,0 ммоль/л Натрий 141 ммоль/л. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л эритроциты $5,4 \times 10^{12}$ /л лейкоциты 5×10^9 /л палочкоядерные 8% сегментоядерные 68% лимфоциты 18% моноциты 6% СОЭ 50 мм/ч.

2. Сформулируйте диагноз: Мужчина 53 лет обратился в приемное отделение с жалобами на выраженную общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие мочи. Из анамнеза известно, что накануне случайно выпил 150 мл раствора антифриза. В первые 12 часов состояние больного было удовлетворительным. На следующий день появились головная боль, тошнота, рвота, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Объективно: состояние средней тяжести. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. ЧДД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, 85 в 1 минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеки на голенях и стопах. Диурез 50 мл. Общий анализ мочи: Цвет желтый Прозрачность мутная Относительная плотность 1028 Реакция щелочная Белок 1,0 г/л Эпителий плоский 0–1 в поле зрения Лейкоциты 10–15 в поле зрения Эритроциты 10–20 в поле зрения Цилиндры нет Бактерии +. Биохимическое исследование крови: Креатинин 1200 мкмоль/л Мочевина 40 ммоль/л Калий плазмы 6,5 ммоль/л Натрий 132 ммоль/л. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л эритроциты $5,4 \times 10^{12}$ /л лейкоциты 5×10^9 /л палочкоядерные 8% сегментоядерные 68% лимфоциты 18% моноциты 6% СОЭ 50 мм/ч.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Пиелонефрит. Определение, этиология, факторы риска, патогенез.
2. Классификация пиелонефрита.

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
 - 1) мочегонные средства
 - 2) уросептики*
 - 3) антибиотики*
 - 4) антиагреганты
2. К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ
 - 1) гемодиализ*
 - 2) плазмаферез
 - 3) перитонеальный диализ*
 - 4) трансплантация почки*

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Женщине 34 лет выставлен диагноз: Отравление суррогатами алкоголя. ОПН, тяжелой степени тяжести, период анурии. Гиперкалиемия. Отек легких.
2. Назначьте лечение: Мужчине 52 лет выставлен диагноз: МКБ, конкремент нижней трети правого мочеточника, гидронефроз справа. ОПН, средней степени тяжести, период олигурии.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Основные принципы лечения пиелонефрита.
2. Критерии эффективности антибактериальной терапии.

Модуль 6. Актуальные вопросы гематологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ГИПОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ
 - 1) ангулярного стоматита
 - 2) бледности
 - 3) усиленного сердцебиения
 - 4) шума в ушах
 - 5) головной боли
 - 6) слабости
2. У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
 - 2) кровопотеря через мочевой тракт
 - 3) вегетарианская или веганская диета
 - 4) недостаточность поджелудочной железы
 - 5) гемосидероз легких

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте диагноз: Женщина, 35 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, учащенное сердцебиение. В анамнезе обильные и длительные менструации. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 110/60 мм рт. ст., ЧСС 102 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 64 г/л, цветовой показатель 0,82, ретикулоциты 2 %, тромбоциты $120 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 %, эозинофилы 2 %, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 47 %, лимфоциты 37 %, моноциты 8 %, СОЭ 25 мм/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 5 ммоль/л, ОЖСС — 102 мкмоль/л, ферритин — 7 мкг/л, трансферрин — 1,5 г/л, цианокобаламин — 450 пмоль/л, фолиевая кислота — 8 нг/мл.
2. Сформулируйте диагноз: Мужчина, 39 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, одышку при ходьбе, учащенное сердцебиение. В анамнезе

бронхоэктатическая болезнь. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 98 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 66 г/л, цветовой показатель 0,83, ретикулоциты 4 %, тромбоциты $290 \times 10^9/л$, лейкоциты $14,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 %, эозинофилы 1 %, нейтрофилы палочкоядерные 13 %, нейтрофилы сегментоядерные 58 %, лимфоциты 22 %, моноциты 5 %, СОЭ 50 м/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 8 ммоль/л, ОЖСС — 25 мкмоль/л, ферритин — 200 мкг/л, трансферрин — 9 г/л, цианокобаламин — 570 пмоль/л, фолиевая кислота — 9 нг/мл.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Клиника, диагностика железодефицитной анемии
2. Клиника, диагностика железопересределяющей анемии

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ ___МГ
 - 1) 120
 - 2) 100
 - 3) 110
 - 4) 130
2. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА СОСТАВЛЯЕТ ___МГ
 - 1) 60
 - 2) 70
 - 3) 80
 - 4) 90

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Женщина, 35 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, учащенное сердцебиение. В анамнезе обильные и длительные менструации. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 110/60 мм рт. ст., ЧСС 102 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 64 г/л, цветовой показатель 0,82, ретикулоциты 2 %, тромбоциты $120 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 %, эозинофилы 2 %, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 47 %, лимфоциты 37 %, моноциты 8 %, СОЭ 25 мм/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 5 ммоль/л, ОЖСС — 102 мкмоль/л, ферритин — 7 мкг/л, трансферрин — 1,5 г/л, цианокобаламин — 450 пмоль/л, фолиевая кислота — 8 нг/мл.
2. Назначьте лечение: Мужчина, 39 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, одышку при ходьбе, учащенное сердцебиение. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь.

При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 98 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 66 г/л, цветовой показатель 0,83, ретикулоциты 4 %, тромбоциты $290 \times 10^9/л$, лейкоциты $14,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 %, эозинофилы 1 %, нейтрофилы палочкоядерные 13 %, нейтрофилы сегментоядерные 58 %, лимфоциты 22 %, моноциты 5 %, СОЭ 50 м/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 8 ммоль/л, ОЖСС — 25 мкмоль/л, ферритин — 200 мкг/л, трансферрин — 9 г/л, цианокобаламин — 570 пмоль/л, фолиевая кислота — 9 нг/мл.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение железодефицитной анемии
2. Лечение железоперераспределительной анемии

Модуль 7. Актуальные вопросы иммунологии-аллергологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЕДСТВИЕ
 - 1) бронхоспазма*
 - 2) острой левожелудочковой недостаточности
 - 3) отека гортани
 - 4) аллергического альвеолита
2. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
 - 1) острой дыхательной недостаточности*
 - 2) геморрагического инсульта
 - 3) желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков
 - 4) атриовентрикулярной блокады 3 степени

Примеры практических навыков

1. Поставьте диагноз: Мужчина 45 лет, после укуса пчелы покрылся волдырями, появилось затруднение дыхания, сильная слабость, потемнение в глазах. ЧСС 110 в мин., АД 70/50 мм рт. ст.
2. Поставьте диагноз: Женщина 35 лет, после употребления меда почувствовала сильную слабость, затруднение дыхания, ЧСС 90 в мин., АД 80/50 мм рт. ст.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Влияние экологии на развитие аллергозов.
2. Патогенез аллергозов.

ПК-2

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ КАЖДЫЕ ___ МИНУТ/МИНУТЫ

- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 5*
 - 4) 10
 - 5) 15
2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ВЗРОСЛЫХ ДОЗА ГИДРОКОРТИЗОНА СОСТАВЛЯЕТ ____МГ
- 1) 50
 - 2) 100
 - 3) 150
 - 4) 200*
 - 5) 250

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Мужчина 45 лет, после укуса пчелы покрылся волдырями, появилось затруднение дыхания, сильная слабость, потемнение в глазах. ЧСС 110 в мин., АД 70/50 мм рт. ст.
2. Назначьте лечение: Женщина 35 лет, после употребления меда почувствовала сильную слабость, затруднение дыхания, ЧСС 90 в мин., АД 80/50 мм рт. ст.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение, профилактика аллергического бронхита.
2. Лечение, профилактика аллергического альвеолита.

Критерии оценки тестового контроля:

1. «зачтено» – правильных ответов 71-100%;
2. «не зачтено» – правильных ответов менее 71%.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

1. «зачтено» — обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
2. «не зачтено» — обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

Критерии оценки при ответе на контрольные вопросы при собеседовании:

1. оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьёзные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
2. оценку «**удовлетворительно**» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе;
3. оценку «**хорошо**» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
4. оценку «**отлично**» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

4.2 Оценочные средства и критерии оценки для промежуточной аттестации.

Модуль 1. Актуальные вопросы пульмонологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

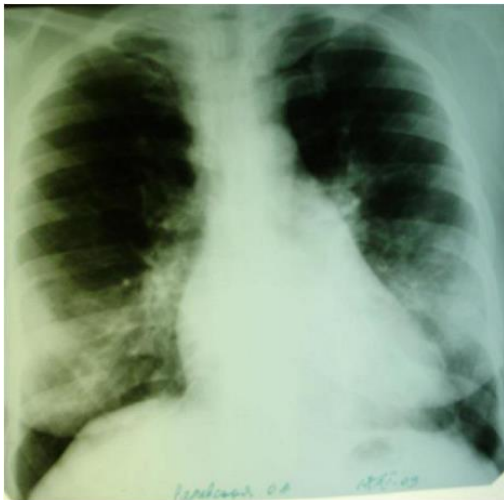
1. О ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ
 - 1) обильная гнойная мокрота
 - 2) поражение двух и более долей*
 - 3) температура тела выше 38 градусов
 - 4) лейкоцитоз более 20×10^9 /л*
2. О ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ
 - 1) одышка более 30 в 1 мин*
 - 2) полости распада*
 - 3) палочкоядерный сдвиг более 10%
 - 4) кровохарканье

Примеры практических навыков

1. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



2. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



Примеры контрольных вопросов для собеседования

3. Какие особенности клинической картины пневмоний различной этиологии?
4. Каковы клинические варианты стафилококковой пневмонии?

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) цефалоспорины III поколения*
 - 2) ингибиторзащищенные аминопенициллины*
 - 3) респираторные фторхинолоны
 - 4) макролиды*
2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 - 1) цефалоспорины III–IV поколения с антисинегнойной активностью
 - 2) респираторные фторхинолоны*
 - 3) карбапенемы без синегнойной активности*
 - 4) макролиды

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Женщина, 27 лет. Неделю назад после переохлаждения появилась субфебрильная температура, насморк, боли в горле. Через два дня самочувствие улучшилось, температура нормализовалась. Однако на следующий день температура поднялась до 38,5°C, появился кашель, сначала сухой, а затем с отхождением гнойной мокроты. Объективно: частота дыхания 18 в 1 мин. Дыхание жесткое, немногочисленные рассеянные сухие хрипы. Тоны ясные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтрация в средней и нижней доле правого легкого. В крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 12×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, СОЭ 26 мм/ч.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Мужчина, 42 года. 10 дней назад после переохлаждения появились катаральные явления и субфебрильная температура. Через 3–4 дня присоединился сухой кашель, позже стала отделяться необильная слизистая мокрота. Нарастала слабость, температура повысилась до 38,5–39°C. Объективно: частота дыхания 18 в 1 мин. Дыхание жесткое, слева в нижних отделах выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны ясные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтрация в нижней доле левого легкого. В крови: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 4%, СОЭ 36 мм/ч.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Какие антибиотики используются для амбулаторного лечения внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет или с сопутствующей патологией?
2. Какие антибиотики используются для лечения госпитализированных больных с нетяжелой внебольничной пневмонией?

Модуль 2. Актуальные вопросы кардиологии.

ПК-1

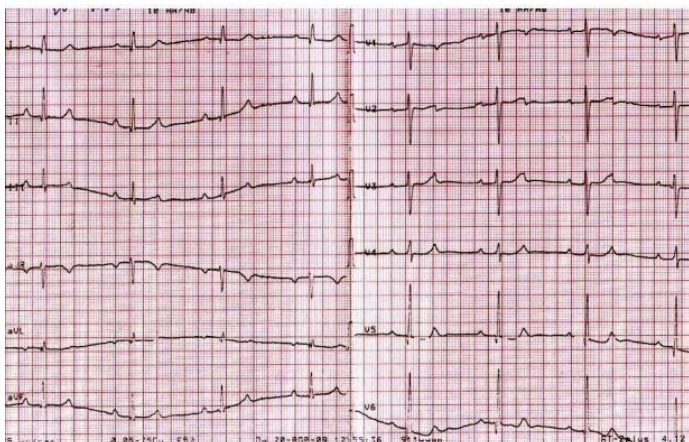
Типовые задания в тестовой

1. ДИАГНОЗ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ, ЕСЛИ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПОЯВИЛАСЬ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ
 - 1) до 30*
 - 2) 30–45
 - 3) 45–60
 - 4) после 60*
2. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) заболевания надпочечников
 - 2) заболевания почек*
 - 3) атеросклероз почечных артерий

- 4) коарктация аорты

Примеры практических навыков

1. Опишите электрокардиограмму:



2. Интерпретируйте биохимическое исследование крови: Креатинин 127,2 мкмоль/л Мочевина 5,3 ммоль/л Калий плазмы 4,3 ммоль/л Глюкоза 5,1 ммоль/л 5.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. В каких случаях пациенту с АГ показано проведение суточного мониторирования артериального давления (АД)? Как интерпретируются результаты этого исследования?
2. При каких заболеваниях может отмечаться АГ?

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ
 - 1) ингибиторы АПФ
 - 2) блокаторы ангиотензиновых рецепторов
 - 3) бета-адреноблокаторы*
 - 4) антагонисты кальция*
2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 - 1) тиазидные диуретики*
 - 2) бета-адреноблокаторы
 - 3) дигидропиридиновые антагонисты кальция
 - 4) ингибиторы АПФ*

Примеры практических навыков

1. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Женщине 55 лет выставлен диагноз: ГБ II стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, риск высокий. Назначен лизиноприл в дозе 10 мг 2 раза в день. На фоне лечения АД 100/70 мм рт. ст., появились жалобы на слабость и сердцебиение.

2. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Мужчине 59 лет выставлен диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН I стадии. ГБ III стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, дислипидемия, риск очень высокий. Назначен рамиприл 5 мг 1 раз в день, бисопролол 2,5 мг 1 раз в день и ацетилсалициловая кислота 150 мг в день. Через 3 недели АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 72 в 1 мин.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. В чем заключается немедикаментозное лечение АГ?
2. Каких правил следует придерживаться при медикаментозном лечении АГ?

Модуль 3. Актуальные вопросы ревматологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

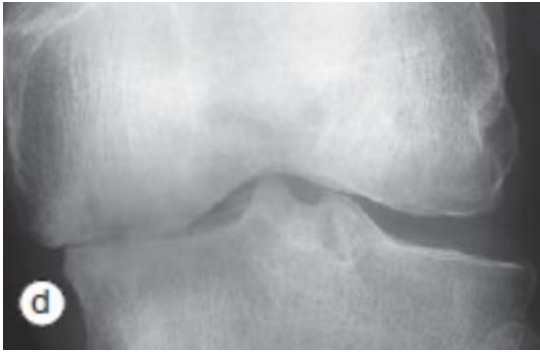
1. ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ
 - 1) ограничение активных, но не пассивных движений в суставе
 - 2) непродолжительная утренняя скованность*
 - 3) воспаление синовиальной оболочки и периартикулярных тканей*
 - 4) внешняя деформация сустава*
2. ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ
 - 1) механические боли в суставе*
 - 2) стартовые боли в суставе*
 - 3) кратковременная блокада сустава
 - 4) крепитация при движениях в суставе*

Примеры практических навыков

1. Укажите характер и локализацию изменений:



2. Укажите характер и локализацию изменений:



Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Особенности суставного синдрома при ОА
2. Особенности данных дополнительных исследований при ОА

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ИГРАЮТ
 - 1) курсы внутрисуставного введения глюкокортикоидов
 - 2) нестероидные противовоспалительные препараты
 - 3) препараты хондроитин сульфата*
 - 4) препараты глюкозамин сульфата*
 - 5) препараты гиалуроновой кислоты*
2. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) ацетилсалициловая кислота
 - 2) диклофенак*
 - 3) индометацин
 - 4) ибупрофен*
 - 5) милоксикам*
 - 6) препараты хондроитин или глюкозамин сульфата

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации, составьте программу лечения: Больная 55 лет предъявляет жалобы на боли в плечевых, коленных, голеностопных суставах, усиливающиеся к вечеру, отечность коленных суставов, хруст в коленных суставах при движениях, утреннюю скованность в пораженных суставах длительностью 10-15 минут, болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Больна около 5 лет, начало заболевания связывает с физическими перегрузками, травмы суставов не переносила. В дебюте заболевания периодически отмечала боли в коленных суставах в вечернее время без изменения внешнего вида суставов. Через полгода от начала болевых ощущений в коленных суставах заметила появление отечности коленных суставов с усилением болей при ходьбе, появление хруста в суставах, ограничение движений и утреннюю скованность.

Постепенно отечность коленных суставов прошла, но присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах при нагрузках. Принимала ибупрофен с удовлетворительным эффектом. В последующем заболевание протекало волнообразно, с периодами ухудшения и улучшения болей, подвижности, отека и хруста в суставах. При осмотре больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа утолщены, отечные, сгибание в них несколько ограничено и болезненно, при активных и пассивных движениях грубый хруст. Плечевые и голеностопные суставы внешне не изменены, при пальпации области плечевых суставов отмечаются участки болезненности. Наружная ротация и отведение в плечевых суставах ограничены из-за болей. На кистях рук отмечается безболезненная деформация отдельных дистальных межфаланговых суставов в виде плотных краевых узелков. На рентгенограммах коленных суставов отмечается сужение суставных щелей (больше в медиальных отделах), субхондральный остеосклероз с участками кистовидной перестройки, остеофиты надколенника, умеренная инфильтрация мягких тканей. В клиническом и биохимическом анализе крови, общем анализе мочи – норма.

2. Больная 40 лет, инвалид II группы. Заболела 5 лет назад, когда после переохлаждения появились боли в мелких суставах обеих кистей, в лучезапястных и коленных суставах на фоне повышения температуры тела до 38°C. Вскоре появилось припухание указанных суставов и прогрессирующее ограничение движений из-за резкой болезненности. Проводилось лечение НПВП, ЛФК, массажем без заметного эффекта. Три года назад начато лечение преднизолоном в первоначальной дозе 30 мг/сут с постепенным снижением до поддерживающей дозы 10 мг/сут. Последнее ухудшение 2 мес назад в связи со снижением дозы преднизолона до 5 мг/сут. Отмечает длительные боли в суставах при движениях и в покое, длительную скованность и ограничение движений в суставах. В объективном статусе отмечается абдоминальное ожирение, лунообразное лицо, гипертрихоз, АД 170/100 мм рт. ст. Со стороны опорно-двигательной системы – деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных и коленных суставов, болезненность суставов при пальпации, уплотнение и отечность периартикулярных тканей, выраженное ограничение объема движений в суставах, ульнарная девиация кистей, атрофия мышц, безболезненные плотные узелки в области локтей. На рентгенограмме кистей рук – околосуставной остеопороз, резкое сужение суставных щелей II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов с множественными узорами, подвывихи в пястно-фаланговых суставах. Данные лабораторных методов исследования отсутствуют.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Особенности назначения анальгетиков и противовоспалительных препаратов при ОА
2. Принципы лечения ОА путем внутрисуставного введения лекарственных препаратов

Модуль 4. Актуальные вопросы гастроэнтерологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
 - 1) инсулинозависимый

- 2) инсулиннезависимый*
 - 3) требует соблюдения диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов*
 - 4) часто ассоциирован с ожирением
2. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
- 1) уменьшение размеров поджелудочной железы
 - 2) расширение вирсунгова протока*
 - 3) наличие кальцинатов в паренхиме поджелудочной железы*
 - 4) наличие псевдокист в поджелудочной железе*

Примеры практических навыков

1. Интерпретируйте результаты ультразвукового исследования: Поджелудочная железа: головка — 34 мм, тело — 2,8 мм, хвост — 35 мм. Контуры бугристые, размыты. Эхоструктура неоднородная, эхогенность снижена. В структуре железы — множественные гиперэхогенные образования 4–5 мм. Вирсунгов проток 3 мм.
2. Интерпретируйте результаты ультразвукового исследования: Поджелудочная железа: головка — 45 мм, тело — 24 мм, хвост — 28 мм. Контуры бугристые, размыты. Эхоструктура неоднородная, эхогенность снижена. В проекции головки визуализируется округлое анэхогенное образование, около 40 мм в диаметре, с ровными контурами, тонкой стенкой и неоднородной внутренней структурой, со взвесью, плотными гиперэхогенными включениями. Вирсунгов проток в области головки железы 3 мм.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
2. Клинические проявления хронического панкреатита.

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. В СХЕМУ ТРЕТЬЕЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВХОДИТ
 - 1) левофлоксацин*
 - 2) тетрациклин
 - 3) метронидазол
 - 4) ципрофлоксацин
2. ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI ПОКАЗАНА ПРИ
 - 1) железодефицитной анемии*
 - 2) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни*
 - 3) НПВП-гастропатии*
 - 4) хроническом неатрофическом гастродуодените

Примеры практических навыков

1. Проведите коррекцию лечения, поясните свой выбор: Пациентка В., 68 лет, в анамнезе язвенная болезнь, длительно курит. Получает по поводу остеохондроза позвоночника с рефлекторным болевым синдромом дексаметазон в/в и индометацин в свечах.
2. Проведите коррекцию лечения, поясните свой выбор: Пациент Г., 60 лет, получает клопидогрел по поводу ИБС, найз по поводу полиостеоартроза.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
2. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита

Модуль 5. Актуальные вопросы нефрологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОТИВОПОКАЗНЫ
 - 1) урография*
 - 2) УЗИ почек
 - 3) радиоизотопное исследование почек*
 - 4) ангиография*
2. ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ
 - 1) симптомы интоксикации*
 - 2) повышение температуры*
 - 3) уменьшение диуреза
 - 4) боли в поясничной области*

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте диагноз: Женщина 35 лет поступила в терапевтическое отделение больницы с жалобами на тянущие боли в поясничной области, иногда иррадиирующие при мочеиспускании в паховую область, выделение мутной мочи с комочками гноя, частое мочеиспускание, общую слабость, повышение температуры, головную боль, тошноту. В анамнезе хронический пиелонефрит в течение 11 лет. Начало заболевания связывает с беременностью, когда появились боль в поясничной области, слабость, изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, бактериурия – кишечная палочка). В дальнейшем отмечались почти ежегодные обострения в зимний период. Лечение в период обострения стационарное. Наблюдается урологом. Амбулаторно проводит лечение антибактериальными препаратами, курсы фитотерапии. Настоящее обострение в течение 5 дней. При обследовании состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Температура тела 38,7°C. ЧДД 20 в 1 минуту. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, 100 в 1 мин. АД 145/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Глотание свободное, безболезненное. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез 1800 мл в сутки. Общий анализ мочи: Цвет желтый Прозрачность мутная Относительная плотность 1012 Реакция щелочная Белок 0,03 г/л Эпителий плоский 0–1 в поле зрения

Лейкоциты 20–30 в поле зрения Эритроциты 0–1 в поле зрения Цилиндры нет Бактерии ++++. Биохимическое исследование крови: Креатинин 78 мкмоль/л, Мочевина 5,3 ммоль/л, Калий плазмы 4,3 ммоль/л. Глюкоза 5,1 ммоль/л 9 8. Биохимическое исследование крови. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: в 1 мл мочи выделено 5 миллионов микробных тел. Выделена *Escherichia coli*, чувствительная к ципрофлоксацину, норфлоксацину, фурагину и нечувствительных к ампициллину, гентамицину, нитроксолину. Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л цветной показатель 0,9 лейкоциты 20×10^9 /л базофилы 1% эозинофилы 2% палочкоядерные 15% сегментоядерные 58% лимфоциты 20% моноциты 4% СОЭ 43 мм/ч. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте. Размеры правой почки: длина 110 мм, ширина 50 мм, левой почки: длина 111 мм, ширина 51 мм. Контуры обеих почек ровные, нечеткие, форма и положение обычные. Толщина паренхимы до 18 мм, повышенной эхогенности за счет коркового слоя, мелкозернистой структуры. Признаки нарушения оттока мочи и конкременты не определяются. Мочеточники не дифференцируются.

2. Сформулируйте диагноз: Женщина 57 лет (рост 156 см, вес 70 кг) поступила в клинику с жалобами на общую слабость и легкую утомляемость, периодические судорожные подергивания в мышцах рук и ног. Считает себя больной в течение года, однако при детальном расспросе выяснилось, что около 10 лет назад в моче «обнаруживалась кровь». В связи с тем, что при повторном анализе количество эритроцитов в моче уменьшилось, больная не обследовалась и не лечилась. Беременность и роды в возрасте 25 лет протекали физиологически. Периодически отмечала повышение цифр артериального давления. Гипертонических кризов не было. Объективно: состояние удовлетворительное. Больная выглядит бледной. Кожа сухая. Веки отечны, голени пастозны. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в 1 минуту. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту. АД 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез менее 1 л. Общий анализ мочи Цвет бледно-желтый 8 Прозрачность прозрачная Относительная плотность 1003 Реакция щелочная Белок 0,05 г/л Эпителий плоский 0–1 в поле зрения Лейкоциты 2–3 в поле зрения Эритроциты нет Цилиндры нет Бактерии нет. Биохимическое исследование крови: Креатинин 360 мкмоль/л Мочевина 15 ммоль/л Калий плазмы 5,0 ммоль/л Натрий 141 ммоль/л. Суточная протеинурия — 1,5 г/сут. Клинический анализ крови: гемоглобин 96 г/л эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л цветной показатель 0,9 лейкоциты 8×10^9 /л базофилы 1% эозинофилы 2% палочкоядерные 5% сегментоядерные 68% лимфоциты 20% моноциты 4% СОЭ 30 мм/ч. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, одинаковые с четкими ровными контурами, имеют ровную поверхность. Размеры правой почки: длина 80 мм, ширина 40 мм, левой почки: длина 81 мм, ширина 43 мм. Паренхима почек повышенной эхогенности, мелкозернистой, смазанной структуры, толщина паренхимы до 12 мм. Чашечно-лоханочный комплекс не деформирован, конкрементов не определяется. Мочеточники не расширены.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Критерии диагностики пиелонефрита.

2. Клиническая картина острого и хронического пиелонефрита.

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) сосудистый протез из синтетического материала
 - 2) артериоло-венозная фистула*
 - 3) центральный венозный катетер
 - 4) периферический венозный катетер

2. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НИЖЕ ___МЛ/МИН
 - 1) 40
 - 2) 30
 - 3) 20
 - 4) 15*

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Мужчине 52 лет выставлен диагноз: МКБ, конкремент нижней трети правого мочеточника, гидронефроз справа. ОПН, средней степени тяжести, период олигурии.
2. Назначьте лечение: Мужчине 25 лет выставлен диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит, триадная форма. ОПН легкой степени тяжести.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Профилактика рецидивов пиелонефрита.
2. Лечение ОПН.

Модуль 6. Актуальные вопросы гематологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. РЕТИКУЛОЦИТАРНЫЙ КРИЗ - ЭТО ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА РЕТИКУЛОЦИТОВ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА _____%
 - 1) 20-25
 - 2) 5-10
 - 3) 15-19
 - 4) 40-45

2. К ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ
 - 1) изменения ногтей
 - 2) изменения обоняния
 - 3) снижение аппетита
 - 4) систолический шум

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте диагноз: Женщина, 84 лет, жалуется на слабость в ногах, снижение аппетита. В последнее время родственники стали отмечать у пациентки апатию, иногда зрительные галлюцинации и приступы немотивированной агрессии. При осмотре кожные покровы бледные с желтым оттенком, иктеричность склер. Мягкий систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 105 в 1 мин., АД 100/60 мм рт. ст. Клинический анализ крови: эритроциты $1,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 66 г/л, цветовой показатель 0,80, ретикулоциты 4 ‰, тромбоциты $100 \times 10^9/л$, лейкоциты $0,1 \times 10^9/л$, базофилы 1 ‰, эозинофилы 2 ‰, нейтрофилы палочкоядерные 5 ‰, нейтрофилы сегментоядерные 47 ‰, лимфоциты 37 ‰, моноциты 8 ‰, СОЭ 50 мм/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 18 ммоль/л, ОЖСС — 58 мкмоль/л, ферритин — 240 мкг/л, трансферрин — 3,5 г/л, цианокобаламин — 100 пмоль/л, фолиевая кислота — 5 нг/мл
2. Сформулируйте диагноз: Женщина, 48 лет, жалуется на слабость, одышку при ранее переносимых физических нагрузках, учащенное сердцебиение. Указанные жалобы появились около полугода назад и постепенно нарастают. В анамнезе миома матки. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Рост 170 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изъязвления в углах рта и поперечная исчерченность ногтей. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, слабый систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 95 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Клинический анализ крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 73 г/л, цветовой показатель 0,78, ретикулоциты 8 ‰, тромбоциты $183 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,9 \times 10^9/л$, базофилы 1 ‰, эозинофилы 3 ‰, нейтрофилы палочкоядерные 5 ‰, нейтрофилы сегментоядерные 46 ‰, лимфоциты 28 ‰, моноциты 7 ‰, СОЭ 16 м/ч. Биохимическое исследование крови: сывороточное железо — 8,5 ммоль/л, ОЖСС — 97 мкмоль/л, ферритин — 15 мкг/л. Консультация гинеколога: субмукозная миома матки величиной до 12 недель беременности.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Клиника, диагностика гемолитической анемии
2. Дифференциальная диагностика анемий.

ПК-2

Типовые задания в тестовой

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОТСУТСТВИЯ
 - 1) пигментации десен и зубов
 - 2) риска передозировки
 - 3) взаимодействия с другими лекарственными средствами
 - 4) гастропротективного действия

2. НАЗНАЧЕНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

- 1) неэффективности пероральных препаратов железа
- 2) плохой переносимости пероральных препаратов железа
- 3) противопоказаниях к применению пероральных препаратов железа
- 4) желаний пациента

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Женщина, 35 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, учащенное сердцебиение. В анамнезе обильные и длительные менструации. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 110/60 мм рт. ст., ЧСС 102 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 64 г/л, цветовой показатель 0,82, ретикулоциты 2 ‰, тромбоциты $120 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 ‰, эозинофилы 2 ‰, нейтрофилы палочкоядерные 5 ‰, нейтрофилы сегментоядерные 47 ‰, лимфоциты 37 ‰, моноциты 8 ‰, СОЭ 25 мм/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 5 ммоль/л, ОЖСС — 102 мкмоль/л, ферритин — 7 мкг/л, трансферрин — 1,5 г/л, цианокобаламин — 450 пмоль/л, фолиевая кислота — 8 нг/мл.
2. Назначьте лечение: Мужчина, 39 лет, жалуется на быструю утомляемость, слабость, одышку при ходьбе, учащенное сердцебиение. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 98 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум. Клинический анализ крови: эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 66 г/л, цветовой показатель 0,83, ретикулоциты 4 ‰, тромбоциты $290 \times 10^9/л$, лейкоциты $14,0 \times 10^9/л$, базофилы 1 ‰, эозинофилы 1 ‰, нейтрофилы палочкоядерные 13 ‰, нейтрофилы сегментоядерные 58 ‰, лимфоциты 22 ‰, моноциты 5 ‰, СОЭ 50 м/ч. Биохимическое исследование: сывороточное железо — 8 ммоль/л, ОЖСС — 25 мкмоль/л, ферритин — 200 мкг/л, трансферрин — 9 г/л, цианокобаламин — 570 пмоль/л, фолиевая кислота — 9 нг/мл.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение гемолитической анемии
2. Лечение фолиево-дефицитной анемии.

Модуль 7. Актуальные вопросы иммунологии-аллергологии.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ___ КОНТАКТЕ С АНТИГЕНОМ
 - 1) первом
 - 2) повторном

2. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) обструкции дыхательных путей мокротой*
- 2) отеком гортани*
- 3) отеком легких
- 4) бронхоспазмом*

Примеры практических навыков

1. Поставьте диагноз: Мужчина 45 лет, после укуса пчелы покрылся волдырями, появилось затруднение дыхания, сильная слабость, потемнение в глазах. ЧСС 110 в мин., АД 70/50 мм рт. ст.
2. Поставьте диагноз: Женщина 35 лет, после употребления меда почувствовала сильную слабость, затруднение дыхания, ЧСС 90 в мин., АД 80/50 мм рт. ст.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Клиника, диагностика.
2. Аллергический бронхит.

ПК-2

1. ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
ВВЕДЕНИЯ

- 1) антигистаминных средств*
- 2) введения адреналина
- 3) гидрокортизона*

2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ВЗРОСЛЫХ ХЛОРПИРАМИН
ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ ____ МГ

- 1) 1
- 2) 5
- 3) 10*
- 4) 15
- 5) 20

Примеры практических навыков

1. Назначьте лечение: Мужчина 45 лет, после укуса пчелы покрылся волдырями, появилось затруднение дыхания, сильная слабость, потемнение в глазах. ЧСС 110 в мин., АД 70/50 мм рт. ст.
2. Назначьте лечение: Женщина 35 лет, после употребления меда почувствовала сильную слабость, затруднение дыхания, ЧСС 90 в мин., АД 80/50 мм рт. ст.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Лечение, профилактика аллергического альвеолита.

2. Принципы лечения аллергических заболеваний, показания к аллергенспецифической иммунотерапии.

Критерии оценки тестового контроля:

1. «зачтено» – правильных ответов 71-100%;
2. «не зачтено» – правильных ответов менее 71%.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

1. «зачтено» — обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
2. «не зачтено» — обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

Критерии оценки при ответе на контрольные вопросы при собеседовании:

1. оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
2. оценку «**удовлетворительно**» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе;
3. оценку «**хорошо**» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
4. оценку «**отлично**» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

4.3 Оценочные средства и критерии оценки для итоговой аттестации.

ПК-1

Типовые задания в тестовой

1. ТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

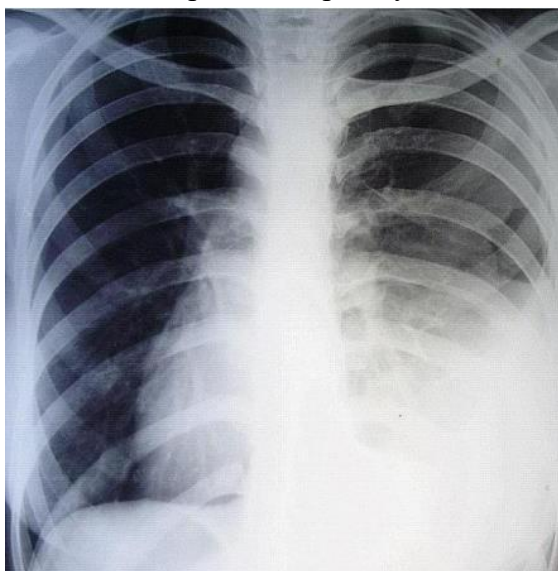
- 1) пневмококк*
 - 2) золотистый стафилококк
 - 3) микоплазма*
 - 4) хламидии*
2. ТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ ИЛИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) пневмококк*
 - 2) микоплазма
 - 3) хламидии
 - 4) гемофильная палочка*
3. О РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ
- 1) протеинурия*
 - 2) микрогематурия*
 - 3) гипокалиемия
 - 4) изогипостенурия*
4. О ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ
- 1) протеинурия
 - 2) выраженное различие размеров почек*
 - 3) кризовое течение заболевания
 - 4) центральный тип ожирения
5. ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ
- 1) механические боли в суставе*
 - 2) стартовые боли в суставе*
 - 3) кратковременная блокада сустава
 - 4) крепитация при движениях в суставе*
6. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ РУК УРОВЕНЬ СРЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ
- 1) не изменен*
 - 2) умеренно повышен
 - 3) резко повышен
7. У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ ОСТЕОФИТЫ НАДКОЛЕННИКА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
- 1) крайне редко
 - 2) не редко
 - 3) почти всегда*
 - 4) всегда

Примеры практических навыков

1. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



2. Опишите рентгенограмму, поставьте диагноз.



3. Интерпретируйте биохимическое исследование крови: Креатинин 186,2 мкмоль/л
Мочевина 9,3 ммоль/л Мочевая кислота 633,1 мкмоль/л Глюкоза 8,9 ммоль/л

4. Интерпретируйте биохимическое исследование крови: Креатинин 78 мкмоль/л,
Мочевина 5,3 ммоль/л, Калий плазмы 4,3 ммоль/л. Глюкоза 5,1 ммоль/л

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Что относится к осложнениям пневмонии?
2. Какие клинические и рентгенологические признаки позволяют думать о развитии плеврита, эмпиемы плевры, абсцесса лёгкого?
3. Какие скрининговые признаки позволяют заподозрить у пациента с АГ заболевание почек, стеноз почечных артерий, первичный альдостеронизм, коарктацию аорты, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз?
4. Какие лекарственные препараты могут вызвать повышение АД?

Типовые задания в тестовой

1. В СЛУЧАЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ 48–72 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ МОЖНО ОЖИДАТЬ
 - 1) нормализации или выраженного снижения температуры тела*
 - 2) уменьшения степени гнойности мокроты*
 - 3) исчезновение легочного инфильтрата
 - 4) нормализации лейкоцитарной формулы*

2. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТЕРАПИИ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НА ПРОТЯЖЕНИИ ___ДНЕЙ
 - 1) 1–2
 - 2) 3–5*
 - 3) 6–7
 - 4) 8–10

3. У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ __ММОЛЬ/Л
 - 1) 3,5
 - 2) 4,0
 - 3) 4,5
 - 4) 5,0*

4. У БОЛЬНЫХ ИБС УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ___ММОЛЬ/Л
 - 1) 3,5
 - 2) 4,0
 - 3) 4,5*
 - 4) 5,0

5. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
 - 1) назначается сразу после установления диагноза
 - 2) замедляет прогрессирование заболевания
 - 3) прекращается через 2 недели после купирования обострения
 - 4) прекращается через 2 месяца после купирования обострения болезни*

6. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ
 - 1) глюкокортикоиды в высоких дозах
 - 2) метотрексат*
 - 3) нестероидные противовоспалительные препараты
 - 4) генно-инженерные биологические препараты*

Примеры практических навыков

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Мужчина, 67 лет. Заболел остро: после переохлаждения появился

озноб, температура тела поднялась до 40,5°C. На следующий день присоединились связанные с дыханием боли в правой половине грудной клетки и кашель, сначала сухой, а затем с отделением «ржавой» мокроты. Объективно: одышка до 26 в 1 мин. При аускультации легких справа в нижних отделах выслушивается бронхиальное дыхание и шум трения плевры. АД 110/60 мм рт. ст., пульс 102 в 1 мин. Температура тела 39,8°C. При рентгенологическом исследовании выявлена тотальная инфильтрация нижней доли правого легкого. В крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты 18×10^9 /л, СОЭ 36 мм/ч.

2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, оцените необходимость госпитализации и назначьте лечение: Женщина, 72 года. В анамнезе артериальная гипертензия, инфаркт миокарда (2 года назад), преходящее нарушение мозгового кровообращения (год назад). На протяжении недели беспокоит кашель со скудной слизисто-гноющей мокротой, нарастает слабость и одышка. Объективно: частота дыхания 22 в 1 мин. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 96 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Температура тела 37,2°C. При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого. В крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 8×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, СОЭ 16 мм/ч.
3. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Мужчине 50 лет выставлен диагноз: ГБ II стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, риск высокий. Назначены эналаприл в дозе 5 мг 1 раз в день и индапамид в дозе 1,5 мг 1 раз в день. Через месяц АД 120/80 мм рт. ст.
4. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его: Женщине 50 лет выставлен диагноз: ГБ II стадии, АГ 2 степени, ГЛЖ, риск очень высокий. Сахарный диабет 2 тип, компенсированный. Диабетическая нефропатия, протеинурическая стадия. Назначены лизиноприл в дозе 10 мг 1 раз в день и индапамид в дозе 1,5 мг 1 раз в день. Через месяц АД 150/95 мм рт. ст.
5. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации, составьте программу лечения: Больная 55 лет предъявляет жалобы на боли в плечевых, коленных, голеностопных суставах, усиливающиеся к вечеру, отечность коленных суставов, хруст в коленных суставах при движениях, утреннюю скованность в пораженных суставах длительностью 10-15 минут, болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Больна около 5 лет, начало заболевания связывает с физическими перегрузками, травмы суставов не переносила. В дебюте заболевания периодически отмечала боли в коленных суставах в вечернее время без изменения внешнего вида суставов. Через полгода от начала болевых ощущений в коленных суставах заметила появление отечности коленных суставов с усилением болей при ходьбе, появление хруста в суставах, ограничение движений и утреннюю скованность. Постепенно отечность коленных суставов прошла, но присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах при нагрузках. Принимала ибупрофен с удовлетворительным эффектом. В последующем заболевание протекало волнообразно, с периодами ухудшения и улучшения болей, подвижности, отечности и хруста в суставах. При осмотре больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа утолщены, отечные, сгибание в них несколько ограничено и болезненно, при активных и пассивных движениях грубый хруст. Плечевые и голеностопные суставы внешне не изменены, при пальпации области плечевых суставов отмечаются участки болезненности. Наружная

ротация и отведение в плечевых суставах ограничены из-за болей. На кистях рук отмечается безболезненная деформация отдельных дистальных межфаланговых суставов в виде плотных краевых узелков. На рентгенограммах коленных суставов отмечается сужение суставных щелей (больше в медиальных отделах), субхондральный остеосклероз с участками кистовидной перестройки, остеофиты надколенника, умеренная инфильтрация мягких тканей. В клиническом и биохимическом анализе крови, общем анализе мочи – норма.

6. Больная 40 лет, инвалид II группы. Заболела 5 лет назад, когда после переохлаждения появились боли в мелких суставах обеих кистей, в лучезапястных и коленных суставах на фоне повышения температуры тела до 38°C. Вскоре появилось припухание указанных суставов и прогрессирующее ограничение движений из-за резкой болезненности. Проводилось лечение НПВП, ЛФК, массажем без заметного эффекта. Три года назад начато лечение преднизолоном в первоначальной дозе 30 мг/сут с постепенным снижением до поддерживающей дозы 10 мг/сут. Последнее ухудшение 2 мес назад в связи со снижением дозы преднизолона до 5 мг/сут. Отмечает длительные боли в суставах при движениях и в покое, длительную скованность и ограничение движений в суставах. В объективном статусе отмечается абдоминальное ожирение, лунообразное лицо, гипертрихоз, АД 170/100 мм рт. ст. Со стороны опорно-двигательной системы – деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных и коленных суставов, болезненность суставов при пальпации, уплотнение и отечность периартикулярных тканей, выраженное ограничение объема движений в суставах, ульнарная девиация кистей, атрофия мышц, безболезненные плотные узелки в области локтей. На рентгенограмме кистей рук – околосуставной остеопороз, резкое сужение суставных щелей II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов с множественными узорами, подвывихи в пястно-фаланговых суставах. Данные лабораторных методов исследования отсутствуют.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Какие антибиотики используются для лечения больных с тяжелой внебольничной пневмонией?
2. Какие антибиотики используются для лечение госпитальной пневмонии?
3. В чем преимущества и недостатки моно- и комбинированной терапии АГ?
4. Какие комбинации антигипертензивных препаратов считаются наиболее эффективными и безопасными.
5. Принципы немедикаментозной терапии и профилактики остеоартроза.
6. Принципы лечения подагры.

Критерии оценки тестового контроля:

1. «зачтено» – правильных ответов 71-100%;
2. «не зачтено» – правильных ответов менее 71%.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

1. «зачтено» — обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки,

анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет

2. «не зачтено» — обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

Критерии оценки при ответе на контрольные вопросы при собеседовании:

1. оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
2. оценку «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе;
3. оценку «хорошо» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
4. оценку «отлично» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

Критерии выставления итоговой оценки:

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех трех этапов и заносится в экзаменационный протокол.

1 этап	2 этап	3 этап	Итоговая оценка
зачтено	зачтено	отлично	отлично
зачтено	зачтено	хорошо	хорошо
зачтено	зачтено	удовлетворительно	удовлетворительно
зачтено	зачтено	неудовлетворительно	удовлетворительно
не зачтено	не зачтено	не допускается на 3-й этап	неудовлетворительно

5. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВИТЕЛЯХ ПРОГРАММЫ

Разработчики программы:

1. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии и профессиональных болезней Мазур Е.С.
2. д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней Мазур В.В.
3. к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней Орлов Ю.А.