

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Невинномысский медицинский институт»**

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат:
0169СЕС8009ВАЕD48В4F54055Е23739В28
Владелец: Станислав Сергеевич Наумов
Действителен с 20.05.2022 до 20.08.2023

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

«__» _____ 202__ года

С.С. Наумов

**Программа
итоговой (государственной итоговой) аттестации
выпускников**

по специальности	_____ 31.05.01 Лечебное дело _____
квалификация выпускника	_____ Врач-лечебник _____
форма обучения	_____ Очная _____
год начала подготовки	_____ 2023 _____

Невинномысск, 2023

В Программе итоговой (государственной итоговой) аттестации выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело (далее – Программа) представлены общие положения по итоговой (государственной итоговой) аттестации студентов специальности 31.05.01 Лечебное дело, этапы проведения и критерии оценки знаний на итоговом междисциплинарном экзамене, квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускников данной специальности, а также перечень дисциплин, вошедших в программу экзамена с описанием практических умений и навыков, которыми должны обладать выпускники.

До прохождения институтом процедуры государственной аккредитации по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет) обучающиеся по данной ОПОП ВО проходят итоговую аттестацию; при получении государственной аккредитации по специальности 31.05.01 Лечебное дело, обучающиеся по данной ОПОП ВО проходят государственную итоговую аттестацию.

1. Общие положения

1.1. Итоговая (государственная итоговая) аттестация выпускников по специальности высшего образования 31.05.01 Лечебное дело (далее ГИА) проводится экзаменационной (государственной экзаменационной) комиссией (далее – ГЭК) в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

1.2. В ходе ГИА проверяется сформированность у обучающихся универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

1.3. При условии успешного прохождения всех установленных итоговых аттестационных испытаний, входящих в государственную итоговую аттестацию, выпускнику присваивается квалификация «Врач-лечебник» и выдается документ о высшем образовании и о квалификации – диплом специалиста, образец которого устанавливается институтом самостоятельно (после получения государственной аккредитации по данной специальности – Министерством науки и высшего образования Российской Федерации).

1.4. ГИА обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело проводится в форме государственного экзамена.

1.5. Государственный экзамен не может быть заменен оценкой качества освоения образовательных программ путем осуществления текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студента.

1.6. Обучающимся и лицам, привлекаемым к ГИА, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

1.7. Для проведения ГИА деканатом факультета и выпускающей кафедрой проводится необходимая организационная работа. Программа ГИА (включая программы государственных экзаменов), критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов утверждаются Ученым советом Института и доводятся до сведения обучающихся не позднее, чем за 6 месяцев до начала ГИА.

1.8. Программа, форма и условия проведения аттестационных испытаний доводятся до сведения студентов за 6 месяцев до итоговой аттестации.

2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета, являются:

- физические лица (пациенты);
- население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу специалитета:

- медицинская;
- организационно-управленческая;
- научно-исследовательская.

Выпускник, освоивший программу специалитета, готов решать следующие задачи профессиональной деятельности:

медицинская деятельность:

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

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

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов;

- диагностика неотложных состояний;

- диагностика беременности;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

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

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

- участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

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

- обучение пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

организационно-управленческая деятельность:

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

- создание в медицинских организациях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;

- ведение медицинской документации в медицинских организациях;
 - организация проведения медицинской экспертизы;
 - участие в организации оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
 - соблюдение основных требований информационной безопасности;
- научно-исследовательская деятельность:*
- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;
 - участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

3. Требования к результатам освоения программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело

В результате освоения программы специалитета у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции (см. таблицы 1-3).

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими *универсальными компетенциями*:

Таблица 1

Наименование категории универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1.Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.
	УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели.
Коммуникация	УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.
	УК-5.Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-6.Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни.

	УК-7.Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.
Безопасность жизнедеятельности	УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов.
Инклюзивная компетентность	УК-9.Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах.
Экономическая культура, в том числе финансовая грамотность	УК-10.Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности.
Гражданская позиция	УК-11.Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению.

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими *общепрофессиональными компетенциями*:

Таблица 2

Наименование категории общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции
Этические и правовые основы профессиональной деятельности	ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности
Здоровый образ жизни	ОПК-2.Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-3. Способен к противодействию применения допинга в спорте и борьбе с ним
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4.Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Этиология и патогенез	ОПК-5.Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Первичная медико-санитарная помощь	ОПК-6.Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7.Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Медицинская реабилитация	ОПК-8.Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность
Менеджмент качества	ОПК-9.Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности
Информационная грамотность	ОПК-10. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности
Научная и организационная деятельность	ОПК-11.Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать *профессиональными компетенциями*, соответствующими видам профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета:

Таблица 3

Наименование категории профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-2 Способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-4 Способен реализовывать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, оценивать способности пациента осуществлять трудовую деятельность
Организационно-управленческая деятельность	ПК-5 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
Научно-исследовательская деятельность	ПК-6 Способен к участию в решении научно-исследовательских задач и представлению их результатов в виде публикаций и участия в научных конференциях

4. Документы, регламентирующие проведение ГИА

Порядок проведения ГИА по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) в Институте разработан на основании документов в действующей редакции:

- Федеральный закон от 09.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень высшего образования - специалитет, специальность 31.05.01 Лечебное дело), утвержденный приказом Минобрнауки России 12.08.2020 № 988;

- Порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры, утвержденный Приказом Минобрнауки России от 29.06.2015 № 636.

5. Порядок проведения ГИА

5.1. Порядок проведения ГИА по специальности 31.05.01 Лечебное дело (устанавливает процедуру организации и проведения в Институте ГИА обучающихся, форму ГИА, требования к использованию средств обучения, средств связи, требования, предъявляемые к лицам, привлекаемым к проведению ГИА, а также особенности проведения ГИА для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

5.2. ГИА проводится ГЭК в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

5.3. К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

5.4. Обеспечение проведения ГИА по образовательным программам осуществляется Институтом самостоятельно.

5.5. Формы проведения ГИА устанавливаются решением Ученого совета Института в соответствии с требованиями, установленными стандартом.

5.6. Государственный экзамен проводится по нескольким дисциплинам образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

5.7. Государственный экзамен выпускников по специальности 31.05.01 Лечебное дело проводится в два этапа.

5.8. Сроки проведения ГИА устанавливаются организацией самостоятельно и доводятся до сведения обучающихся не позднее, чем за 30 календарных дней до проведения первого этапа ГИА распоряжением декана лечебного факультета.

5.9. Успешное прохождение ГИА по решению ГЭК является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации в соответствии с п. 1.3 настоящей Программы. Выпускнику Института, достигшему особых успехов в освоении основной образовательной программы и прошедшему ГИА только с отличными оценками, может быть выдан диплом с отличием, при наличии, по дисциплинам освоенного учебного плана не менее 75% оценок «отлично», полученных на экзаменах, дифференцированных зачетах, защитах отчетов по практикам, при полном отсутствии оценок «удовлетворительно».

5.10. Обучающемуся, претендующему на получение диплома с отличием, по его личному заявлению, дается право пересдачи не более двух учебных дисциплин в срок, не позднее двух недель до начала ГИА. Не допускается пересдача оценок «удовлетворительно».

5.11. Пересдача испытаний ГИА с целью повышения оценки не допускается.

5.12. Для проведения ГИА создается ГЭК, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии. Для рассмотрения апелляций по ГИА создается апелляционная комиссия, которая состоит из председателя и членов комиссии.

5.13. ГЭК создается в Институте ежегодно для проведения ГИА по специальности 31.05.01 Лечебное дело и действует в течение календарного года.

5.14. Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении ГИА.

5.15. Составы комиссий утверждаются приказом ректора по Институту не позднее 28 декабря году, предшествующему проведению ГИА.

5.16. В состав ГЭК, на основании решения Ученого совета Института, входят председатель указанной комиссии и не менее 4 членов указанной комиссии. Члены государственной экзаменационной комиссии являются ведущими специалистами - представителями работодателей или их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (не менее 50%) и (или) лицами, которые относятся к профессорско-преподавательскому составу Института и имеют ученое звание и (или) ученую степень.

5.17. На период проведения ГИА для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии руководитель организации назначает секретаря указанной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации. Секретарь ГЭК не входит в ее состав. Секретарь ГЭК оформляет программу ГИА, фонд оценочных средств, руководит подготовкой симуляционного оборудования, формирует рекомендации для обучающихся по подготовке к ГИА по дисциплинам, ведет протоколы заседаний комиссии, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию, готовит отчет о проведении ГИА в Институте.

5.18. Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседания комиссий правомочны, если в них участвуют не менее двух третей от числа лиц, входящих в состав комиссий. Заседания комиссии проводятся председателем.

5.19. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколом. В протоколе заседания ГЭК по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания, уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протоколы заседаний комиссии подписывается председателем и секретарем. Протоколы заседаний комиссии сшиваются (за один календарный год) и хранятся в архиве Института.

5.20. Государственный экзамен проводится по утвержденной в Институте программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену (этапам), в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование (предэкзаменационная консультация) обучающихся по вопросам, включенным в программу ГИА.

5.21. Обучающемуся должно быть предоставлено время для подготовки ответа по билету (не менее 40 минут) и лист для подготовки конспекта ответа.

5.22. Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания (I этап аттестации), приказом

ректора Института утверждается расписание государственных аттестационных испытаний, в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающегося, членов ГЭК.

При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 3 календарных дней.

6. Программа проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Государственный экзамен проводится по группе дисциплин и направлен на выявление готовности выпускника к профессиональной деятельности.

Теоретическая подготовка предусматривает знания основ гуманитарных, социально-экономических, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, клинических дисциплин, необходимых для понимания этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных болезней человека.

Выпускник, освоивший образовательную программу по специальности 31.05.01 Лечебное дело, должен уметь провести обследование пациента, поставить предварительный диагноз общего соматического заболевания, принять решение о направлении его к соответствующим специалистам, а также выполнять основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия при оказании первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Программа ГИА разработана в соответствии с действующими учебными программами в рамках учебного плана по специальности. Она включает перечень общемедицинских проблем, перечень состояний и заболеваний и перечень практических умений, на основании которых формируются аттестационные тестовые задания и ситуационные клинические задачи.

Кроме того, выпускник должен знать:

- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению, стационарного лечения больных, помощи пострадавшим в очагах массовых потерь в современной системе здравоохранения России;
- основы организации страховой медицины;
- вопросы организации экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению;
- основные показатели лечебно-диагностической работы медицинской организации;
- вопросы организации неспецифической и специфической профилактики основных инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в стране;
- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения.

Выпускник, освоивший образовательную программу по специальности 31.05.01 Лечебное дело, должен соблюдать правила медицинской этики, морально-этические нормы взаимоотношений медицинских работников между собой и с пациентами.

В связи с реализацией концепции непрерывного высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования ГИА должна учитывать, что выпускник – это специалист, имеющий качественную фундаментальную подготовку, но при этом владеющий лишь начальным опытом ее применения в практической деятельности. Поэтому критерием качества высшего медицинского образования является определение способности выпускника применять основные понятия, положения, методы всех дисциплин учебного плана в качестве методологического, теоретического и технологического средства обоснования и выполнения целевых видов познавательной и профессиональной деятельности на этапах его дальнейшей учебы и работы.

6.1. Контрольно-измерительные материалы для проведения ГИА по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

I этап - проверка уровня освоения практических умений и теоретической подготовленности

Включает выполнение тестовых заданий и практических решений комплексных задач по неотложной помощи с демонстрацией техники выполнения наиболее часто встречающихся в работе врача манипуляций и навыков общения с пациентом.

Тестовый материал охватывает содержание гуманитарных, математических, естественнонаучных, медико-биологических и профессиональных дисциплин. Используются различные типы тестовых заданий (в том числе размещенные на сайте Методического центра аккредитации специалистов – для проведения первичной аккредитации для лиц, имеющих высшее образование, по специальности Лечебное дело) для установления и оценки различных сторон логики клинического мышления: сравнение, сопоставление и противопоставление медицинских данных, анализ и синтез предлагаемой информации, установление причинно-следственных взаимосвязей. Состав тестовых заданий итогового междисциплинарного экзамена подлежит ежегодному обновлению не менее чем на 25% (оценка сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций).

Для проверки уровня освоения практических умений подбираются «тематические больные» так, чтобы можно было оценить уровень знаний по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии. Выпускнику предлагается «пациент» для решения профессиональной задачи - обследование, постановка диагноза, определение тактики лечения. Ответ оформляется в виде мини-истории болезни. На этом же этапе практические умения оцениваются с использованием тренажеров, фантомов, медицинской аппаратуры и инструментов; учи-

тывается способность выпускника к интерпретации рентгенограмм, ЭКГ, лабораторных данных (оценка сформированности общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций).

Примеры тестовых заданий (оценка теоретической подготовленности) с эталонами ответов

1. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях I, aVL, V5-V6 является признаком:
 1. Передне-перегородочного инфаркта миокарда
 2. Бокового инфаркта миокарда.
 3. Нижнего инфаркта миокарда.
 4. Заднего инфаркта миокарда.
2. В возникновении синкопальных состояний при ассиметричной гипертрофической кардиомиопатии имеет значение:
 1. Систолическая обструкция выносящего тракта.
 2. Значительное снижение систолической функции левого желудочка.
 3. Возникновение различных нарушений ритма.
 4. Правильно 1 и 3.
 5. Все ответы правильные.
3. Клиническое значение экстрасистолии и прогноз у лиц с этой аритмией:
 1. Прежде всего зависят от характера основного заболевания и степени поражения миокарда.
 2. Без признаков органического поражения, как правило, не представляет опасности.
 3. Оба ответа правильные.
 4. Правильного ответа нет.
4. Наиболее частой причиной клинической смерти у больных ИБС является:
 1. Асистолия желудочков.
 2. Фибрилляция желудочков.
 3. Электромеханическая диссоциация.
5. Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда?
 1. Гипотензия.
 2. Анафилактический шок.
 3. Геморрагический шок.
 4. Гематурия.
 5. Все перечисленное.
6. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:
 1. Боли в области сердца, сердцебиения, одышку.
 2. Боли в области сердца, сердцебиения, обмороки.
 3. Боли в области сердца, одышку, асцит.
 4. Боли в области сердца, головокружения, одышку.
 5. Боли в области сердца, температуру, сухой кашель.

7. Недостаточность кровообращения по большому кругу, небольшие размеры сердца при пальпации верхушечного толчка характерны для:

1. Кардиомиопатии.
2. Ревматического порока.
3. Легочного сердца.
4. Констриктивного перикардита.
5. Аневризмы аорты.

8. Какие препараты показаны для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии?

1. Соталол.
2. Дигоксин.
3. Верапамил.
4. Лидокаин.

9. При артериальной гипертензии в сочетании с синусовой тахикардией предпочтительно следует отдать:

1. Антагонистам кальция дигидропиридинового ряда.
2. Петлевым диуретикам.
3. Бета-адреноблокаторам.
4. Альфа1-адреноблокаторам.
5. Тиазидовым диуретикам.

10. По ЭКГ о деятельности сердца из перечисленных показателей можно судить:

1. О силе сокращения желудочков.
2. О силе сокращения предсердий.
3. О локализации водителя ритма.

11. Непролиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется наличием:

1. Катаракты.
2. Микроаневризм, кровоизлияний.
3. Глаукомы.
4. Новообразованных сосудов.

12. При каком из указанных возбудителей пневмонии наиболее часто наблюдается деструкция легких?

1. Пневмококк.
2. Гемофильная палочка.
3. Микопlasма.
4. Стафилококк.
5. Вирус.

13. 62-летний больной много лет проработал на асбестовом предприятии. Наблюдаются нарастающая одышка, непродуктивный кашель, жидкость в плевральной полости до IV ребра. При плевральной пункции игла проходит с трудом. Результаты исследования еще не получены. Ваш диагноз?

1. Пневмококковая пневмония.
2. Системная красная волчанка.
3. Мезотелиома плевры.

4. Инфарктная пневмония.
 5. Бронхолегочный аспергиллез.
14. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при обтурационном ателектазе?
1. Ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание.
 2. Амфорическое дыхание.
 3. Бронхиальное дыхание.
 4. Жесткое дыхание.
 5. Смешанное бронховезикулярное дыхание.
15. Препаратом базисной терапии при хроническом обструктивном бронхите является:
1. Тиотропиум бромид.
 2. Недокромил натрия.
 3. Фенотерол.
 4. Монтелукаст.
 5. Эуфиллин.
16. Больной 49 лет 5 лет назад прооперирован по поводу язвенного кровотечения с перфорацией. Отмечает боли, похожие на прежние, язвенные, но локализующиеся в эпигастральной области слева. Отмечает рвоты на высоте болей и похудение. Консервативное лечение не эффективно. В кале реакция Грегерсена (+++). Какое из нижеприведенных заболеваний следует подозревать в первую очередь?
1. Синдром гипогликемии.
 2. Агастральная астения.
 3. Синдром приводящей петли.
 4. Пептическая язва анастомоза.
 5. Демпинг-синдром.
17. У 35-летней женщины в течение 4 лет периодически во время приема как жидкой, так и твердой пищи возникают чувство давления в области мечевидного отростка, которое через несколько минут исчезает самостоятельно, или после глубокого дыхания. В последние несколько месяцев указанные жалобы стали чаще. Обратилась к врачу. При контрастной рентгеноскопии пищевода симметричное сужение его дистальной части (симптом "мышинного хвоста"), положительный нитроглицериновый тест. Вероятность какого заболевания наиболее высока?
1. Рак пищевода.
 2. Идиопатическая ахалазия пищевода.
 3. Синдром Пламмера-Винсона.
 4. Системная склеродермия.
 5. Наддиафрагмальный дивертикул пищевода.
18. К лимфопролиферативным заболеваниям не относится:
1. Болезнь тяжелых цепей.
 2. Болезнь Ходжкина.
 3. Миелодиспластический синдром.
 4. Солитарная плазмацитома.

19. Вариант острого промиелоцитарного лейкоза по FAB классификации:

1. М 1.

2. М 2.

3. М 3.

4. В 1.

20. Повышение сопротивляемости к профессиональным раздражителям достигается проведением:

1. Ингаляционной терапии.

2. Гидротерапии.

3. Общих ультрафиолетовых облучений.

4. Санации воздуха производственных помещений.

5. Всего перечисленного.

Перечень вопросов для проверки уровня освоения практических навыков

1. Техника забора крови и оценка результатов исследования общего билирубина и его фракций, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочной фосфатазы.

2. Оказание неотложной помощи при отморожениях.

3. Оказание неотложной помощи при электротравме.

4. Оказание неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе.

5. Оказание неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.

6. Оказание неотложной помощи при остром отеке легких.

7. Оказание неотложной помощи при отравлениях.

8. Оказание неотложной помощи при послеродовом гипотоническом кровотечении.

9. Оказание неотложной помощи при острой дегидратации.

10. Оказание неотложной помощи при кардиогенном шоке.

11. Оказание неотложной помощи при угрозе разрыва матки в родах.

12. Оказание неотложной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

13. Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе.

14. Оказание неотложной помощи при асфиксии новорожденного.

15. Оказание неотложной помощи при эпилептиформном припадке.

16. Оказание неотложной помощи при ДВС-синдроме.

17. Оказание неотложной помощи при обмороке, коллапсе.

18. Оказание неотложной помощи при дисфункциональном маточном кровотечении.

19. Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации

20. Оказание неотложной помощи при острых аллергических реакциях

21. Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы

22. Оказание неотложной помощи при ангинозном статусе

23. Оказание неотложной помощи при гиперосмолярной диабетической коме
24. Оказание неотложной помощи при приступе почечной колики
25. Оказание неотложной помощи при травматическом шоке.
26. Оказание неотложной помощи при травме женских наружных половых органов.
27. Оказание неотложной помощи при укусах животными
28. Оказание неотложной помощи при укусах змеями.
29. Оказание неотложной помощи при отравлениях и интоксикациях.
30. Оказание неотложной помощи при интоксикациях
31. Оказание неотложной помощи при отеке мозга.
32. Оказание неотложной помощи при гиповолемическом шоке.
33. Оказание неотложной помощи при инфекционно-токсическом шоке.
34. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.
35. Оказание неотложной помощи при тепловом ударе.
36. Оказание врачебной помощи при острых аллергических реакциях.
37. Оказание врачебной помощи при гипертоническом кризе.
38. Оказание врачебной помощи при обмороке.
39. Оказание врачебной помощи при эпилептиформном припадке.
40. Оказание врачебной помощи при приступе бронхиальной астмы.
41. Оказание врачебной помощи при отравлении.
42. Оказание врачебной помощи при ангинозном статусе.
43. Оказание врачебной помощи при диабетической коме.
44. Оказание врачебной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.
45. Оказание врачебной помощи при гипогликемической коме.
46. Оказание врачебной помощи при кардиогенном шоке.
47. Оказание врачебной помощи при остром отёке легких.
48. Оказание врачебной помощи при ДВС-синдроме.
49. Оказание врачебной помощи при коллапсе.
50. Оказание неотложной помощи при солнечном и тепловом ударе.
51. Оценка результатов биохимического исследования глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина, С-пептида у больного.
52. Оценка результатов биохимических исследований: общий белок и белковые фракции, С-реактивный белок, ревматоидный фактор.
53. Обследование больного с желтухой.
54. Оценка данных биохимических исследований: билирубин и фракции, амилаза, АСТ, АЛТ, ЛДГ, КФК, ГГТ.
55. Техника забора крови и оценка результатов исследования общего билирубина и его фракций, сулемовой пробы, тимоловой пробы, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочной фосфатазы.
56. Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы.
57. Оказание неотложной помощи при приступе почечной колики
58. Оказание неотложной помощи при кетоацидотической коме.

59. Оказание неотложной помощи при ангинозном статусе.
60. Интерпретация результатов электрокардиографического исследования: нарушения ритма и проводимости, инфаркт миокарда, гипертрофия предсердий и желудочков.
61. Оценка лабораторного исследования пунктатов: плеврального, люмбального, стернального.
62. Оценка результатов бронхоскопии и бронхографии.
63. Техника забора крови и оценка результатов исследования серологического маркерного спектра у больных вирусными гепатитами А, В, С.
64. Техника забора крови и оценка результатов исследования холестерина, мочевины, креатинина, электролитов - калий, кальций, фосфор, натрий, хлор.
65. Оказание неотложной помощи при инфекционно-токсическом шоке.
66. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.
67. Оказание неотложной помощи при укусах животными, змеями и насекомыми.
68. Оценка результатов общего анализа крови, общего анализа мочи, по Нечипоренко, проба по Зимницкому.
69. Интерпретация результатов исследования желудочного и дуоденального зондирования.
70. Интерпретация результатов рентгенографического исследования органов грудной, брюшной полости, костей, суставов.
71. Подготовка пациента к рентгенологическому и ультразвуковому обследованию органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы
72. Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.
73. Проведение постурального дренажа бронхов
74. Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе.
75. Оказание неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапах
76. Остановка наружного кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда, наложения давящей повязки и жгута.
77. Правила взятия мазка на кольпоцитологическое исследование.
78. Правила взятия мазка на флору у гинекологической пациентки.
79. Перевязка чистой и гнойной раны.
80. Техника вскрытия различных форм парапроктитов.
81. Определить предполагаемый срок родов у повторнобеременной: Последняя менструация - 12 марта, первое шевеление плода - 16 июля. первая явка в ж/к - 14 мая в сроке 8-9 недель беременности.
82. Пункция перикарда. Показания. Техника выполнения
83. Оказание помощи при гипогликемической коме.
84. Оценка состояния клапанов магистральных вен нижних конечностей с помощью функциональных проб.
85. Техника выполнения проб, сопряженных с переливанием крови.

86. Техника выполнения пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного.
87. Отсасывание содержимого из верхних дыхательных путей (с использованием электро- и механического отсосов).
88. Оказание врачебной помощи при клапанном плевмотораксе.
89. Взятие крови для лабораторных исследований при соматической и инфекционной патологии у пациента.
90. Техника выполнения плевральной пункции.
91. Техника иммобилизации при переломе позвоночника и костей таза.
92. Показания и техника выполнения лапароцентеза в хирургической практике.
93. Техника выполнения пункции мочевого пузыря.
94. Техника выполнения спирт-новокаиновой блокады при переломе ребер.
95. Проведение наружного и внутреннего обследования беременных в ранних и поздних сроках беременности.
96. Обследование больного с механической желтухой.
97. Диагностика и техника вскрытия тазового абсцесса.
98. Оказание неотложной помощи при неполном самопроизвольном аборте в 10 недельном сроке беременности.
99. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.
100. Выполнение внутрикожных и подкожных инъекций лекарственных средств, расчет доз и разведений лекарственных средств.
101. Выполнение внутримышечных инъекций лекарственных средств, расчет доз и разведений лекарственных средств.
102. Выполнение внутривенных инъекций лекарственных средств, расчет доз и разведений лекарственных средств.
103. Определение группы крови по системе ABO и Rh.
104. Выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного.
105. Определение пригодности крови, кровезаменителей и других растворов для переливания.
106. Техника обезболивания и вскрытия сухожильного панариция.
107. Определение срока беременности по дню последней менструации, по дню предполагаемой овуляции, по первой явке в женскую консультацию, по первому шевелению плода.
108. Оказание помощи при различных видах пневмоторакса.
109. Проведение пробы Шиллера для выявления патологии шейки матки.
110. Осмотр мягких родовых путей после родов. Подготовка к нему и последовательность выполнения.
111. Оказание неотложной помощи при ожогах.
112. Оказание неотложной помощи при электротравме.
113. Оказание неотложной помощи при отморожениях.

114. Техника выполнения очистительной клизмы.
115. Техника выполнения сифонной клизмы.
116. Техника удаления инородного тела из полости уха, носа и рта.
117. Техника выполнения передней тампонады носа при носовом кровотечении.
118. Техника вскрытия различных видов панариция.
119. Техника вскрытия флегмон кисти.
120. Оказание неотложной помощи при утоплении.
121. Техника вскрытия гнойного парапроктита.
122. Оказание неотложной помощи при шоке разного генеза.
123. Оказание неотложной помощи при укусах животными и насекомыми.
124. Обработка пролежней.
125. Выполнение перевязки чистой и гнойной раны.
126. Оказание врачебной помощи при приступе почечной колики.
127. Техника выполнения транспортной иммобилизации при переломах верхних и нижних конечностей.
128. Определение правильности наложения гипсовой лонгеты.
129. Оказание неотложной помощи при ожогах пищевода.
130. Техника определения группы крови по системе АВО.
131. Техника вскрытия различных видов панариция.
132. Удаление инородного тела: из конъюнктивы.
133. Удаление инородного тела: из наружного слухового прохода.
134. Промывание глаз.
135. Удаление инородного тела из полости носа.
136. Проведение передней тампонады при носовом кровотечении.
137. Определение реакции зрачков на свет.
138. Оказание неотложной помощи при утоплении.
139. Оказание неотложной помощи при ожогах и отморожениях.
140. Подготовка пациента к рентгенологическому и ультразвуковому обследованию органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы.
141. Организация работы сестринского поста.
142. Техника забора крови и оценка результатов исследования сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи.
143. Удаление инородного тела из полости рта.
144. Выписка и оформление рецептов, в том числе льготных, на наркотические и приравненные к ним препараты.
145. Оказание неотложной помощи при ожогах пищевода.
146. Обработка глаз при ожогах.
147. Оказание неотложной помощи при остром отеке легких.
148. Оказание неотложной помощи при судорогах.
149. Сбор и оценка биохимических анализов крови при инфекционных заболеваниях: исследования на сывороточные маркеры при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе.
150. Оказание неотложной помощи при травматическом шоке.

151. Понятие об истинной конъюгате, вычислить ее: *C. diagonalis* 13 см, *C. externa* 20 см, индекс Соловьева 17 см, вертикальная диагональ ромба Михаэлиса 11 см

152. Оценка результатов анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому.

153. Антропометрическое обследование пациента. Измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы.

154. Оценка внутриутробного состояния плода при беременности.

155. Сбор и оценка анамнеза (социального, биологического, генеалогического).

156. Оценка результатов биохимических исследований (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба).

157. Определить предполагаемый срок родов у повторнобеременной:

Последняя менструация - 12 октября

Первое шевеление плода 2 марта

Первая явка в ж/к 14 мая в сроке 6-7 недель беременности.

158. Оценка результатов биохимических исследований: общий холестерин и фракции липопротеинов, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ.

159. Осмотр мягких родовых путей после родов. Подготовка к нему и последовательность выполнения.

160. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.

161. Оценка результатов биохимического исследования глюкозы крови натощак, гликозилированного гемоглобина, С-пептида.

162. Приемы наружного обследования беременной по Леопольду-Левинскому и информативность каждого из них.

163. Определить предполагаемую массу плода по формуле Жордания:

Окружность живота 98 см

Высота стояния дна матки 38 см

Масса тела женщины 84 кг

164. Измерение и оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыханий в минуту у пациента.

165. Показания и условия проведения влагалищного исследования в амбулаторно-поликлинической практике.

166. Оценка физического развития пациента на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов.

167. Дайте оценку таза женщины по его наружным размерам:

D. spinarum 26 см

D. cristarum 29 см

D. trochanterica 31 см

C. externa 21 см

Индекс Соловьева 16 см

168. Техника забора крови и оценка результатов исследования глюкозы крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи.

169. Дайте оценку таза женщины по его наружным размерам:

D. spinarum	27 см
D. cristarum	27 см
D. trochanterica	30 см
C. externa	18 см
Индекс Соловьева	17 см

170. Оказание неотложной помощи при утоплении.

171. Дайте оценку таза женщины по его наружным размерам:

D. spinarum	22 см
D. cristarum	26 см
D. trochanterica	28 см
C. externa	17 см

Индекс Соловьева 16 см

172. Проведение влагалищного исследования в амбулаторной практике.

173. Обследование больного с подозрением на тромбофлебит глубоких вен голени.

174. Хирургическая защита промежности (перинеотомия и эпизиотомия) в родах. Техника проведения, достоинства и недостатки каждого из методов.

175. Подготовка пациентки и взятие посева на флору, и чувствительность к антибиотикам их цервикального канала.

176. Проведение анализа показателей работы врачей и лечебно-профилактических учреждений.

177. Определите должную прибавку массы тела беременной в неделю при 32-недельном сроке беременности. Рост 172 см, вес 64 кг.

178. Оценка результатов данного рентгенографического исследования.

179. Приемы наружного обследования беременной по Леопольду-Левецкому и их информативность.

180. Подготовка роженицы и врача к проведению влагалищного исследования. Показания для влагалищного исследования в первом периоде родов.

181. Измерение базальной температуры: правила, интерпретация данных, полученных по графикам базальной температуры.

182. Оказание помощи при переломах ребер.

183. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.

184. Техника выполнения плевральной пункции.

185. Техника обследования и вскрытия подкожного панариция.

186. Правила взятия мазка на кольпоцитологическое исследование.

187. Оценка внутриутробного состояния плода при беременности.

188. Понятие об истинной конъюгате, вычислить ее:

- C. diagonalis 13 см;

- C. externa 20 см;

- Индекс Соловьева 17 см;

- Вертикальная диагональ ромба Михаэлиса 11 см.

189. Правила взятия мазка на флору у гинекологической больной.

190. Оказание неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.

191. Оказание неотложной помощи при неполном самопроизвольном аборте в 11 недельном сроке беременности.

192. Определить предполагаемый срок родов у повторнобеременной:
последняя менструация 12 октября;
первое шевеление плода 2 марта;
первая явка в ж/к 14 мая в сроке 6-7 недель беременности.

193. Оказание неотложной помощи при послеродовом гипотоническом кровотечении.

194. Оказание неотложной помощи при угрозе разрыва матки в родах.

195. Определить предполагаемую массу плода по формуле Жордания:
окружность живота 98 см
высота стояния дна матки 38 см
масса тела женщины 84 кг.

196. Оказание неотложной помощи при асфиксии новорожденного.

197. Показания и условия проведения влагалищного исследования в амбулаторнополиклинической практике.

198. Оценка физического развития пациента на основании использования данных

антропометрических стандартов и индексов.

199. Оказание неотложной помощи при дисфункциональном маточном кровотечении.

200. Дайте оценку таза женщины по его наружным размерам:

D spinarum 26 см;
D cristarum 29 см;
D trochanterica 31 см;
C externa 21 см;
индекс Соловьева 16 см.

201. Проведение наружного и внутреннего обследования беременных в ранних и поздних сроках

202. Хирургическая защита промежности (перинеотомия и эпизиотомия) в родах. Техника проведения.

203. Оказание неотложной помощи при травме женских наружных половых органов.

204. Измерение базальной температуры: правила, интерпретация данных, полученных по графикам базальной температуры.

205. Определение срока беременности по дню последней менструации, по дню предполагаемой овуляции, по первой явке в женскую консультацию, по первому шевелению плода.

206. Дайте оценку таза женщины по его наружным размерам: D. spinarum 22 см, D.cristarum 26 см, D. trochanterica 28 см, C. externa 17 см, Индекс Соловьева 16 см

207. Оказание неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.

208. Понятие об истинной конъюгате, вычислить ее: *S. diagonalis* 13 см, *S. externa* 20 см, Индекс Соловьева 17 см, Вертикальная диагональ ромба Михаэлиса 11 см.

209. Техника взятия мазков для кольпоцитологического исследования.

210. Диагностика анатомически узкого таза. Индекс Соловьева. Ромб Михаэлиса.

211. Хирургическая защита промежности (перинеотомия и эпизиотомия) в родах. Техника проведения, достоинства и недостатки каждого из методов.

212. Оказание неотложной помощи при солнечном и тепловом ударе.

213. Оказание неотложной помощи при послеродовом гипотоническом кровотечении.

214. Техника проведения пробы Манту и интерпретация ее результатов.

215. Взятие мазков из уретры, цервикального канала, влагалища для бактериоскопического и кольпоцитологического исследований.

216. Сбор и оценка биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях: ревматологический комплекс (общий белок, белковые фракции, С-реактивный белок, ревматоидный фактор).

217. Осмотр мягких родовых путей после родов. Подготовка к нему и последовательность выполнения.

218. Остановка наружного кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда; наложения давящей повязки; наложения жгута.

219. Взятие мазков из уретры, цервикального канала, влагалища для бактериоскопического и кольпоцитологического исследований.

220. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.

221. Диагностика клинически узкого таза. Классификация по Колгановой. Признаки Вастена, Цангемейстера.

222. Хирургическая защита промежности (перинеотомия и эпизиотомия) в родах. Техника проведения, достоинства и недостатки каждого из методов.

223. Подготовка роженицы и врача к проведению влагалищного исследования. Показания для влагалищного исследования в первом периоде родов.

224. Диагностика поздних сроков беременности (акушерская терминология, приемы Леопольда).

225. Активная защита промежности (эпизиотомия, перинеотомия). Эпизиография, перинеография. Показания. Техника.

226. Выполнение подкожных инъекций.

227. Выполнение внутримышечных инъекций

228. Выполнение пункции периферических вен.

229. Демонстрация техники работы с дефибриллятором

230. Выполнение искусственной вентиляции легких способом «рот в рот».

231. Выполнение искусственной вентиляции легких способом «рот в нос».

232. Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность.

233. Выполнение непрямого массажа сердца.

234. Перечислить и показать на фантоме основные моменты ручного пособия в родах при головном предлежании плода.
235. Наложение повязки на голеностопный сустав.
236. Демонстрация (на фантоме) основных этапов первичного туалета новорожденного ребенка.
237. Выполнение пальцевого исследования прямой кишки.
238. Выполнение иммобилизации при переломе плечевой кости.
239. Установка воздуховода.
240. Демонстрация использования индивидуального перевязочного пакета.
241. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.
242. Выполнение непрямого массажа сердца.
243. Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность.
244. Зондирование и промывание желудка.
245. Обработка пролежней.
246. Наложение калоприемника.
247. Выполнение ручного классического пособия в родах при тазовом предлежании плода.
248. Подготовка системы для внутривенной инфузии.
249. Диагностировать на фантоме по аускультативной картине порок сердца.
250. Снятие и расшифровка электрокардиограммы.
251. Оценка результатов рентгенологического исследования, выполненного у больного с кишечной непроходимостью
252. Временная остановка наружного кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда.
253. Временная остановка наружного кровотечения путем наложения жгута.
254. Оценка результатов электрокардиографического исследования.
255. Обработка полости рта, ушей, носа.
256. Зондирование и промывание желудка.
257. Диагностировать на фантоме по аускультативной картине порок сердца.
258. Выполнение пункции периферических вен.
259. Выполнение искусственной вентиляции легких способом «рот в рот» и «рот в нос»
260. Выполнение непрямого массажа сердца.
261. Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность.
262. Выполнение основных моментов ручного пособия в родах при головном предлежании плода (на фантоме).
263. Наложение повязки на голеностопный сустав.
264. Выполнение основных этапов первичного туалета новорожденного ребенка (на фантоме).
265. Выполнение пальцевого исследования прямой кишки.
266. Выполнение иммобилизации при переломе плечевой кости.

267. Установка воздуховода.
268. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.
269. Выполнение непрямого массажа сердца.
270. Зондирование и промывание желудка.
271. Выполнить комплекс неотложных мероприятий при фибрилляции желудочков.
272. Выполнение ручного пособия в родах при тазовом предлежании плода (на фантоме).
273. Подготовка системы для внутривенной инфузии.
274. Снятие и расшифровка электрокардиограммы.
275. Продемонстрировать на фантоме технику выполнения внутривенных инъекций.
276. Постановка очистительной клизмы.
277. Постановка сифонной клизмы.
278. Демонстрация использования индивидуального перевязочного пакета.
279. Выполнение непрямого массажа сердца.
280. Выполнение искусственного дыхания «рот в рот».
281. Отдифференцировать сухие и влажные хрипы в легких при аускультации на фантоме.
282. Демонстрация техники работы с дефибрилятором
283. Измерение и оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыханий в минуту у пациента.
284. Проведение и оценка результатов функциональных нагрузочных проб по Шалкову, Штанге–Генча.
285. Подготовка системы для внутривенной инфузии и проведение внутривенного переливания жидкостей.
286. Выполнение непрямого массажа сердца
287. Перечислить и показать на фантоме основные этапы первичного туалета новорожденного ребенка.
288. Выполнение инъекций лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутрикожно, внутривенно).
289. Продемонстрировать на фантоме технику выполнения влагалищного исследования (наружный осмотр, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование).
290. Подготовка системы для внутривенной инфузии и проведение внутривенного переливания жидкостей.
291. Измерение наружных размеров таза. Подсчет предполагаемой массы плода.
292. Клиническое обследование здорового и больного пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация.
293. Антропометрическое обследование пациента: оценка физического развития пациента на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов.
294. Выполнение ИВЛ способом рот-в-рот, рот-в-нос, мешком Амбу

295. Выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного.

296. Промывание желудка

297. Продемонстрировать технику установки воздуховода.

298. Выполнить на фантоме пальцевое исследование прямой кишки.

299. Подготовить набор инструментов, материалов, медикаментов для проведения первичной хирургической обработки раны

300. Антропометрическое обследование пациента: измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы.

Примеры аттестационных билетов для проведения оценки практических умений (I этап) с эталонами ответов:

БИЛЕТ №1

1. Оказание неотложной помощи при отморожениях.

2. Правила взятия мазка на кольпоцитологическое исследование.

3. Оценка результатов анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому.

Эталон ответа:

1.

В связи с резким понижением температуры, актуальным вопросом для врачей первого контакта является вопрос – оказание неотложной первой врачебной помощи пострадавшему.

При обращении пациентов с признаками отморожения I-II степени помощь оказывается хирургом в перевязочной и заключается в следующем:

1. Проведение футлярной блокады конечностей у основания 0,25% раствором новокаина 100 мл.

2. Обработка кожи спиртом.

3. Массаж пораженных сегментов конечностей до восстановления в них кровообращения от периферии к центру.

4. Дается чай.

5. Накладывается асептическая повязка.

6. В случае повреждения кожных покровов проводится экстренная профилактика столбняка по показаниям.

При отморожениях III-IV степени помимо постепенного согревания и наложения теплоизолирующих повязок на 6-20 часов проводится следующий комплекс лечебных мероприятий направленных на профилактику развития некроза:

1. Производится футлярная блокада подогретым до 40°C - 0,25% раствором новокаина в количестве 100 мл.

2. Внутривенное введение : новокаина 0,5% 10,0, эуфиллина 2,4% 10,0, раствора никотиновой кислоты 1% 5-10,0, раствора папаверина 2% 2,0, раствор гепарина 10000ЕД.

3. Внутривенно анальгин 50% 2,0, димедрол 1% 1,0, переливание реополиглюкина 400,0, глюкозо-новокаиновая смесь (300 мл. 0,25% раствора новокаина и 500 мл. 5% глюкозы с комплексом витаминов).

4. Проведение легкого массажа отмороженных частей конечностей в теплой ванне вслед за проведением дезагрегантной терапии.

5. Прием вовнутрь 1 гр. аспирина после еды, 0,04 папаверина.

6. Обработка отмороженных участков спиртом.

7. Наложение асептической повязки.

8. Назначение антибактериальной терапии.

9. Экстренная профилактика столбняка по показаниям.

Объем помощи при замерзании.

При легкой степени переохлаждения помощь ограничивается доставкой пострадавшего в теплое помещение, сменой мокрой одежды, обеспечением горячим питьем и пищи, общим согреванием.

При тяжелом и среднетяжелом общем переохлаждении неотложные мероприятия включают в себя общее согревание (согревание лучистым теплом или грелками, уложенные на области сердца, печени, в проекции крупных сосудов). Внутривенное введение 40-60 мл. 40% раствора глюкозы, 5-10 5-10% раствора кальция, подогретых растворов реополиглюкина 400,0 или хлорида натрия 400,0. В случае необходимости искусственная вентиляция легких. Эффективность проводимых мероприятий следует оценивать по восстановлению дыхания и улучшению кровообращения (пульс, АД), повышение температуры тела.

2.

Идеальный участок, из которого берется материал для мазка при проведении эндокриноцитологического исследования,- это боковой свод влагалища в месте перехода его на переднюю стенку. Не следует брать мазок из заднего свода, так как там скапливаются эпителиальные клетки, отторгнувшиеся ранее, а не только свежие. Кроме того, в мазках из заднего свода всегда наблюдается большое количество слизи, а иногда и лейкоцитов. Мазок берут без форсирования с помощью половины деревянного шпателя (у старших девочек), детского зонда, ватным плотным тампоном на деревянной палочке, сточенной неострой ложкой Фолькмана, пипеткой. Его высушивают и после окраски одним из полихромных методов изучают в световом микроскопе. В ряде учреждений предпочитают окрашивать мазки акридином оранжевым (1:40 000) для люминесцентного микроскопирования. Если отсутствует возможность взять мазки из влагалища (кольпит, атрезия девственной плевы, малое ее отверстие), то их можно приготовить из центрифугата утренней мочи; можно также взять мазок с внутренней поверхности щеки. У детей кольпоцитологическое исследование довольно широко применяется для суждения о гормональной функции яичников. Для проведения последнего мазки берутся из боковых сводов (для онкоцитологического - из наружного маточного зева и заднего свода).

3.

При помощи этого анализа доктор выявляет присутствие в моче определенных элементов, которые указывают на заболевания мочевыводящих путей и почек (а именно, эритроцитов, цилиндров и лейкоцитов). В норме результаты исследования мочи по Нечипоренко такие: лейкоцитов должно содержаться в 1 мл до 4000, эритроцитов в 1 мл до 1000, цилиндров – в 1 мл 0-1

Проба по Зимницкому оценивается:

- 1) Количество мочи в каждой из 3-часовых порций
- 2) Относительную плотность мочи в каждой порции
- 3) Суточный диурез (общее количество мочи, выделенное за сутки)
- 4) Дневной диурез (объем мочи с 9 ч утра до 21 ч вечера (1-4 порции))
- 5) Ночной диурез (объем мочи с 21 ч вечера до 9 ч утра (5-8 порции))

В норме у взрослого человека колебания объема мочи в отдельных порциях составляют от 40 до 300 мл; колебания относительной плотности мочи между максимальными и минимальными показателями должна составлять не менее 0,012–0,016 (например, от 1008 до 1025 или от 1010 до 1026 и т. д.).

У здорового человека в норме в течение суток выводится примерно 3/4 (65–80%) выпитой жидкости.

В норме у здорового человека отмечается отчетливое (примерно двукратное) преобладание дневного диуреза над ночным.

При общем анализе мочи можно обнаружить грибки, элементы осадка цилиндрической формы, бактерии, паразиты, слизь. Информативность этого исследования недостаточно высока, обычно требуется дополнительные исследования для подтверждения диагноза.

БИЛЕТ № 2

1. Оказание неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе.
2. перевязка чистой и гнойной раны. Наложение бактерицидных повязок. Использование индивидуального перевязочного пакета.
3. Оценка внутриутробного состояния плода при беременности.

Эталон ответа:

1.

Оказание неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности выполняется в следующей последовательности:

1. Восстановление проходимости дыхательных путей по всей их протяженности.
2. Нормализация общих и местных расстройств альвеолярной вентиляции.
3. Устранение сопутствующих нарушений центральной гемодинамики.

После того как восстановлена проходимость верхних дыхательных путей, необходимо убедиться в генезе острой дыхательной недостаточности. Для этого надо вывести нижнюю челюсть вперед и установить воздуховод в

ротовую полость для устранения западания языка. Если после этого у пострадавшего нормализуется дыхание, есть все основания полагать, что причиной острой дыхательной недостаточности стала обструкция верхних дыхательных путей. В противном случае, по всей видимости, присутствует центральный или смешанный генез нарушения дыхания.

Купирование острой дыхательной недостаточности I ст. осуществляется при помощи оксигенотерапии увлажненным кислородом (оптимальная концентрация кислорода - 35..40%). Такая смесь достигается при подаче кислорода через дозиметр наркозного или дыхательного аппарата в объеме 3..5 л/мин (подачу кислорода можно осуществлять через носовые катетеры или через маску наркозного аппарата). Использование кислородных подушек в подобном случае малоэффективно.

ОДН II-III ст. является веским основанием для перевода больного на искусственную вентиляцию легких. В экстремальной ситуации при быстром нарастании признаков острой дыхательной недостаточности показано проведение коникотомии, или прокалывание трахеи толстыми иглами. Трахеотомия в этом случае не рекомендована вследствие относительной длительности самого оперативного вмешательства.

2.

Каждая перевязка состоит из пяти этапов:

- 1) снятие старой повязки и туалет кожи;
- 2) выполнение манипуляций в ране;
- 3) защита кож и от выделений из раны;
- 4) наложение новой повязки;
- 5) фиксация повязки.

Снятие старой повязки, туалет кожи.

Гнойные перевязки начинают только после того, как перевязочная сестра проверит, все ли чистые перевязки закончены и не осталось ли непереязанных гнойных больных. Во время работы с гнойными больными персонал надевает специально выделенные халаты, перчатки и фартуки. Санитарка доставляет больного в перевязочную, подстилает под него клеенку, учитывая возможность растекания гноя, подставляет к ране почкообразный тазик или подкладывает несколько слоев лигнина или стерильной ваты, чтобы предупредить попадание гноя и промывных жидкостей из раны на стол. Перед вскрытием гнойника санитарка бреет волосы в области операционного поля и по указанию врача укладывает больного в удобное положение. Перевязки гнойных ран как первичных, так и вторичных (возникших при нагноении операционных и травматических ран) однотипны.

Лечение гнойных ран и перевязки основаны на понимании общих закономерностей течения гнойного процесса, имеющего три фазы:

- а) фаза воспаления, в которую входят два периода - сосудистых изменений (гиперемия, отек) и очищения раны;
- б) фаза репарации (образование и созревание грануляционной ткани);
- в) фаза эпителизации и реорганизации рубца.

Выполнение манипуляций в ране и защита кожи от выделений из раны.

После снятия повязки и туалета кожи вокруг раны сестра подает один за другим несколько сухих марлевых шариков. Гной не стирают, а слегка прижимают шарики к поверхности раны, как промокательную бумагу. Использованные шарики, пропитанные гноем, выбрасывают в таз.

По указанию врача сестра подает несколько шариков, смоченных перекисью водорода, а затем вновь сухие шарики для осушения образовавшейся пенистой массы. Затем аналогично сестра подает хирургу шарики, смоченные в растворе фурацилина, и потом сухие шарики для полного осушения раны.

При необходимости перевязочная сестра готовит марлевую турунду. Турунду длиной 20-30 см перевязочная сестра берет за край корнцангом, наматывает вокруг его губок при помощи пинцета и погружает его в банку с 10%-ным раствором хлорида натрия, где легко ее разматывает и извлекает после пропитывания. При извлечении турунды избыток раствора сестра отжимает в банку при помощи пинцета. После этого она пинцетом фиксирует свободный конец турунды и пинцет подает врачу, который берет турунду своим пинцетом.

Для укладывания турунды и заполнения ею полости врачу необходимо иметь пуговчатый зонд. Край турунды сестра удерживает на весу при помощи своего корнцанга. Хирург постепенно вводит турунду с помощью зонда в гнойную полость, а сестра в это время продолжает поддерживать ее, перехватывая корнцангом в нужном месте.

Поверх турунд с гипертоническим раствором накладывают несколько салфеток, также смоченных в этом растворе. В настоящее время активно применяют мази на водорастворимой основе - левосин, левомеколь, сорбилекс и т. д. Тампоны с подобными мазями не прилипают к дну раны, легко плавятся при температуре 37°C. Применяют эти мази в первую фазу гнойного процесса, способствуя очищению ран от нежизнеспособных тканей, подавлению микрофлоры. Используют в виде тампона, пропитанного мазью, или вводят в количестве 10-15 мл с помощью шприца через катетер или микроирригатор.

При наличии скудного гнойного отделяемого и появлении грануляций, то есть во вторую фазу гнойного процесса, необходимо, чтобы применяемые лекарственные средства надежно защитили грануляционную ткань от суперинфекции и обеспечили условия для эпителизации ран. Обычно используют мази, которые не оказывают раздражающего действия: мазь Вишневского, винилин (бальзам Шостаковского), облепиховое масло, каланхоэ, метилурациловая мазь, солкосерил-гель, синтомициновая эмульсия и т. д.

Порядок смачивания турунд и салфеток и подача их врачу такая же. Хорошо защищают грануляции раны от повреждающего действия и способствуют процессу эпителизации пенообразующие аэрозоли (цимезоль, итозоль), при их использовании антимикробный препарат аэрозоля почти полностью остается на поверхности раны, и таким образом создается достаточная концентрация. При появлении избыточных грануляций врачу

подают маленькую ватную палочку, смоченную раствором нитрата серебра (ляписа), для прижигания грануляций.

Наложение бактерицидных повязок.

1. Во время перевязки надо стоять лицом к больному, насколько это возможно.

2. Перевязывая больного, следует завязать разговор и до наложения повязки объяснить ее назначение, привлекая тем самым больного к сотрудничеству, что облегчает перевязку и позволяет контролировать состояние пациента.

3. С самого начала перевязки необходимо следить за тем, чтобы перевязываемая часть тела находилась в правильном положении. Изменение ее положения в процессе перевязки отрицательно сказывается на проведении манипуляции. Помимо этого, перевязочный материал в местах изгиба может образовывать складки, делающие некачественной всю повязку.

4. Направление витков должно быть единым во всех слоях повязки. Изменение направления может привести к смещению части повязки либо к образованию складок, что, естественно, снижает качество повязки.

5. Ширину бинта надо подбирать так, чтобы она была равна или больше диаметра перевязываемой части тела. Использование узкого бинта не только увеличивает время перевязки, но и может привести к тому, что повязка будет врезаться в тело. Применение более широкого бинта затрудняет манипуляции. При использовании трубчатых бинтов выбирают такой диаметр, чтобы можно было без больших затруднений натянуть его на предварительно забинтованный участок тела.

6. Бинт следует держать в руке так, чтобы свободный конец составлял прямой угол с рукой, в которой находится рулон бинта.

7. Перевязку надо начинать с наиболее узкого места, постепенно переходя к более широкому. В этом случае повязка лучше держится.

8. Перевязку следует начинать с наложения простого кольца таким образом, чтобы один кончик бинта слегка выступал из под следующего витка, накладываемого в том же направлении. Подогнув и накрыв кончик бинта следующим витком, его можно зафиксировать, что существенно облегчает дальнейшие манипуляции. Перевязку заканчивают круговым витком.

9. При перевязке всегда нужно помнить о назначении перевязки и накладывать такое количество витков, которое необходимо для облегчения ее функции. Излишнее количество бинтов не только нецелесообразно экономически и эстетически, но и причиняет неудобство больному.

Использование индивидуального перевязочного пакета.

Разорвать резиновую оболочку пакета по надрезу кромки, извлечь бумажный сверток, вынуть булавку и развернуть бумагу. Затем одной рукой взять конец бинта, другой — его скатку и развести руки так, чтобы подушечки развернулись и расправились. Касаться руками подушечек можно только со стороны, отмеченной цветной ниткой. Обратная их сторона должна оставаться стерильной. При наложении повязки подушечки стерильной стороной накладывают на рану или ожог в два слоя (одна на другую) или рядом (в один

слой), если рана (площадь ожога) велика. При сквозном ранении одно отверстие закрывают неподвижной подушечкой, другое — подвижной, перемещаемой по бинту. Подушечки прибинтовывают и конец бинта закрепляют булавкой.

Перевязочные пакеты с поврежденной наружной оболочкой для наложения асептической повязки непригодны.

3.

На современном этапе развития медицины достаточно важными являются предупреждение и своевременная диагностика возможных нарушений со стороны жизнедеятельности плода. Основной задачей современного акушерства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Для этого применяется оценка внутриутробного состояния плода на протяжении всей беременности. На сегодняшний момент имеются возможности диагностировать не только нарушения, возникающие во время беременности у плода, но и наличие хромосомных наследственных заболеваний, задержку развития плода или отдельных органов и систем и многое другое. Существуют определенные программы обследования беременных женщин на различных сроках беременности, организацию которых обеспечивает женская консультация, где женщина состоит на учете.

Начиная с первого триместра беременности, при сроке от 10 недель беременности, возможно осуществление следующих исследований по оценке внутриутробного состояния плода. Оценка внутриутробного состояния плода:

1. Ультразвуковое исследование в 10–14 недель, что необходимо для диагностики пороков развития, наличия хромосомных аномалий.
2. Исследование крови матери на сывороточные маркеры в 10–11 недель, выделяются при этом группы риска по хромосомной патологии.
3. Аспирационная биопсия ворсин хориона в 9–12 недель позволяет также диагностировать хромосомную патологию.

Второй триместр беременности позволяет расширить применяемые методы исследования.

1. Исследование крови матери на сывороточные маркеры в 16–20 недель – АФП, ХГЧ.

2. Ультразвуковое исследование в 20–24 недели диагностирует пороки развития.

3. Доплеровское исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока в 16–20 недель выполняется для прогнозирования развития гестоза второй половины беременности и фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

4. Инвазивная пренатальная диагностика с 16 недель проводится строго при наличии показаний. Можно выполнить амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез – диагностируют эти методы хромосомные и генные аномалии.

В третьем триместре беременности все исследования, как правило, направлены на диагностику фетоплацентарной недостаточности. Оценка внутриутробного состояния плода:

1. Ультразвуковое исследование в 32–34 недели диагностирует пороки с поздним появлением, СЗРП (синдром задержки развития плода).

2. Доплеровское исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока оценивает функциональное состояние плода.

3. Кардиотокографическое исследование оценивает функциональное состояние плода.

При рассмотрении более подробно отдельных методов исследования все методы, применяемые для оценки внутриутробного состояния плода, можно разделить на неинвазивные и инвазивные.

БИЛЕТ № 3

1. Оказание неотложной помощи при эпилептиформном припадке.

2. Демонстрация техники работы с дефибриллятором.

3. Показания и условия проведения влагалищного исследования в амбулаторно-поликлинической практике.

Эталон ответа:

1.

При оказании помощи в догоспитальном периоде во время одиночного судорожного припадка необходимо предохранять от ушибов руки, ноги и голову больного; расстегнуть пуговицы, снять с больного пояс; для предупреждения прикусывания языка между коренными зубами ввести ручку ложки, обернутую бинтом или полотенцем. При наступлении сна после припадка не следует будить больного и вводить ему какие-либо лекарства. При развитии эпилептического статуса надо по возможности выяснить у окружающих, какими средствами больной лечился по поводу эпилепсии ранее, и назначить препарат, оказывающий на данного больного наибольшее действие, а затем направить его в стационар.

В догоспитальном периоде или в стационаре последовательно осуществляют следующие мероприятия: делают инъекции седуксена (диазепам) 2-4 мл в/м; через 30 мин — вводят гексенал по 5 мл внутримышечно в каждую ягодицу (1 г гексенала растворяют в 10 мл дистиллированной воды); через 15 мин вводят 25% раствор сульфата магния — 10 мл внутримышечно или в клизме. При отсутствии эффекта вводят 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно, 4 мл 2,5% раствора аминазина, 1 мл 5% раствора пентамина внутримышечно, 10 мл 2,5% раствора тиопентал-натрия внутривенно медленно.

2.

Последовательность действий при проведении электрической дефибрилляции:

1. Больной должен находиться в положении, позволяющем при необходимости проводить интубацию трахеи и закрытый массаж сердца.

2. Обязателен надежный доступ к вене больного.

3. Включить электропитание, выключить переключатель синхронизации дефибриллятора.

4. Установить по шкале требуемый заряд (приблизительно 3 Дж/кг для взрослых, 2 Дж/кг для детей); зарядить электроды; смазать пластины гелем.

5. Удобнее работать с двумя ручными электродами. Установить электроды на

передней поверхности грудной клетки:

6. Один электрод устанавливают над зоной сердечной тупости (у женщин – снаружи от верхушки сердца, за пределами молочной железы), второй – под правой ключицей, а если электрод спинной, то под левой лопаткой.
7. Электроды могут располагаться в переднезаднем положении (вдоль левого края грудины в области 3-го и 4-го межрёберного промежутков и в левой подлопаточной области).
8. Электроды могут располагаться в переднебоковом положении (в промежутке между ключицей и 2-м межрёберьем вдоль правого края грудины и над 5-м и 6-м межрёберным промежутком, в области верхушки сердца).
9. Для максимального снижения электрического сопротивления при электроимпульсной терапии кожу под электродами обезжиривают спиртом или эфиром. При этом используют марлевые прокладки, хорошо смоченные изотоническим раствором натрия хлорида или специальные пасты.
10. Электроды прижимают к грудной стенке плотно и с силой.
11. Произвести кардиоверсию-дефибрилляцию.
12. Разряд наносят в момент полного выдоха больного.
13. Если позволяет вид аритмии и тип дефибриллятора то разряд подаётся после синхронизации с комплексом QRS на мониторе.
14. Непосредственно перед нанесением разряда следует убедиться, что сохраняется тахикардия, по поводу которой проводится электроимпульсная терапия!
15. Рекомендуемые параметры кардиоверсии-дефибрилляции у взрослых:
16. При наджелудочковых тахикардиях и трепетании предсердий для первого воздействия достаточно разряда в 50 Дж.
17. При мерцании предсердий или желудочковой тахикардии для первого воздействия необходим разряд в 100 Дж.
18. В случае полиморфной желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков для первого воздействия используется разряд в 200 Дж.
19. При сохранении аритмии при каждом последующем разряде энергию увеличивают вдвое вплоть до максимальной - 360 Дж.
20. Промежуток времени между попытками должен быть минимален и требуется лишь для оценки эффекта дефибрилляции и набора, в случае необходимости, следующего разряда.
21. Если 3 разряда с нарастающей энергией не восстановили сердечный ритм, то четвертый – максимальной энергии – наносят после введения антиаритмического препарата, показанного при данном типе аритмии.
22. Сразу после электроимпульсной терапии следует оценить ритм и в случае его восстановления зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях.

3.

Влагалищное (внутреннее) исследование производится средним и указательным пальцами одной руки (обычно правой). Другой рукой необходимо предварительно развести половые губы. Влагалищное исследование позволяет определить состояние мышц тазового дна, больших желез преддверия, уретры, влагалища (объем, растяжимость, болезненность, наличие патологических

процессов, состояние сводов), влагалищной части шейки матки (положение, величина, форма, консистенция, поверхность, подвижность, болезненность, состояние наружного зева). В дальнейшем исследование продолжают двумя руками (введенной во влагалище и другой рукой - через переднюю брюшную стенку).

Двуручное влагалищное (бимануальное, комбинированное, вагинально-абдоминальное) исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки. При исследовании матки определяют ее положение (наклонение, перегиб и др.), величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность. Перемещая наружную руку к боковым стенкам таза (поочередно), а внутреннюю руку - в боковые своды влагалища, исследуют придатки матки. Неизменные маточные трубы и яичники обычно не прощупываются. Кистью второй руки со стороны брюшной стенки по определенным правилам осуществляется пальпация органов малого таза. При этом представляется возможным установить ширину входа во влагалище, состояние промежности, мышц тазового дна, длину влагалища, глубину влагалищных сводов, длину и состояние влагалищной части шейки матки, тела матки (положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность, форма и др.) и придатков (маточные трубы и яичники). Это исследование может также дать представление о состоянии стенок таза (костные экзостозы). Для получения наиболее полных сведений необходимо придерживаться определенной последовательности. Исключаются заболевания уретры, выясняется ее состояние (утолщена, уплотнена, болезненна). Оценивается емкость влагалища, выраженность складчатости слизистой оболочки, состояние его стенок. Следующий этап - исследование влагалищной части шейки матки. Нормальная ее величина - примерно ногтевая фаланга большого пальца руки. У рожавших женщин шейка матки цилиндрической формы, у нерожавших - конусовидной. Консистенция тканей шейки плотноватая. Существенное значение имеет состояние наружного зева (в норме - закрыт). После этого обследованию подвергается матка. Определяются ее форма, величина, консистенция, смещаемость, чувствительность при пальпации и движении. Увеличение матки может указывать на беременность или опухоль. Различная консистенция, асимметрия матки, сочетающаяся с ее увеличением, может быть связана с опухолевым процессом. Ограничение подвижности матки чаще всего обусловлено воспалительным или спаечным процессом. Следующий этап - установление состояния придатков матки. Для этого исследующие пальцы поочередно переводятся в боковые своды. Неизменные придатки матки можно пропальпировать у худощавой женщины и при хорошем расслаблении передней брюшной стенки. Если придатки пальпируются, обращают внимание на их величину, форму, четкость контуров, характер поверхности, консистенцию, подвижность и чувствительность. При острых воспалительных заболеваниях придатков матки внутреннее исследование болезненно, контуры пальпируемых органов нечеткие, нередко не представляется возможным выделить пальпаторно матку из общего воспалительного конгломерата. При хроническом воспалении измененные придатки пальпируются более четко, имеют меньшую

болезненность, располагаются в спайках, ограничивающих их движения. Кисты яичников чаще односторонние, пальпируются как четкое округлое образование с гладкой поверхностью, достаточно подвижное и безболезненное. Кистомы яичника более плотной, иногда неравномерной консистенции, движения опухоли могут быть ограниченными. При запущенных формах рака яичника в малом тазу определяются массивные неподвижные опухолевые конгломераты. Пропальпировать матку не представляется возможным.

II этап - оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования

Собеседование проводится на основе решения ситуационных задач. Содержание задач охватывает основные разделы терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, педиатрии, а также смежных дисциплин и соответствует программе подготовки студентов лечебного факультета по данным дисциплинам.

Перечень состояний и заболеваний представлен в соответствии с учебными программами на основе международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. Разделы перечня состояний и заболеваний построены по системному принципу и объединяют всю патологию, относящуюся к данной системе органов по разным клиническим дисциплинам.

По каждому состоянию и заболеванию выпускнику необходимо знать:

- этиологию и патогенез;
- современную классификацию;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- синдромологию поражения различных органов и систем с использованием знаний, полученных на прикладных дисциплинах;
- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз в соответствии со стандартами;
- обоснование тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определить прогноз в соответствии со стандартами.

Знания лечебных мероприятий должны включать все виды воздействий: режим, диету, устранение причинных факторов; медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое лечение, лучевую терапию, методы детоксикации, трансфузионное лечение, методы электроимпульсной терапии, трансплантацию органов. По отношению ко всем специальным методам лечения, включая оперативное, необходимо знание сущности принципов их проведения и показания к ним.

1. Общемедицинские проблемы

1.1. Общественное здоровье и здравоохранение.

Критерии (показатели) общественного здоровья и их определение. Основные факторы, определяющие здоровье населения. Виды профилактики, основные задачи и показатели ее эффективности.

Методы изучения здоровья населения. Роль медицинской статистики в изучении состояния здоровья различных возрастно-половых групп населения и деятельности основных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

Правовые основы деятельности органов и учреждений здравоохранения. Системы здравоохранения, особенности здравоохранения в России.

Основные принципы организации учреждений здравоохранения, структура и показатели деятельности. Особенности работы врача в амбулаторных и стационарных учреждениях.

1.2. Медицинская этика.

Морально-этические нормативы взаимоотношений врач-пациент, врач-врач, врач - средний и младший медперсонал, врач-родственники пациента. Врачебная тайна. Ответственность врача за профессиональные нарушения.

1.3. Возрастно-половые особенности функционирования организма.

1.4. Санитарно-эпидемиологические закономерности возникновения, развития и распространения болезней.

1.5. Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний, гуморальный и клеточный иммунитет.

2. Перечень состояний и заболеваний

2.1. Инфекционные и паразитарные болезни

Кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, паратифы, дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, холера, ботулизм, вирусные гепатиты, иерсиниоз, амебиаз, лямблиоз, гельминтозы.

Воздушно-капельные инфекции: ОРВИ, синдром крупа ОРВИ, грипп, аденовирусная инфекция, герпетическая инфекция, краснуха, корь, ветряная оспа, коклюш, дифтерия, скарлатина, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, микоплазменная инфекция, полиомиелит, туберкулез.

Трансмиссивные инфекции: сыпной тиф, малярия.

Антропозоозные инфекции: бруцеллез, чума, туляремия, сибирская язва, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство.

Инфекции наружных покровов: рожа, столбняк.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем: гонорея, сифилис, СПИД (ВИЧ-инфекция), хламидиоз, трихомониаз.

Грибковые поражения.

2.2. Новообразования (по всем системам органов – злокачественные и доброкачественные).

2.3. Болезни крови и кроветворных органов.

Анемии: постгеморрагические, железодефицитные, В₁₂-фолиево-дефицитные, апластические, гемолитические врожденные и приобретенные (иммунные и неиммунные).

Панцитопении, агранулоцитоз.

Геморрагические синдромы: тромбоцитопения, гемофилия, болезнь Рандю-Ослера, геморрагический васкулит, ДВС-синдром, гемолитическая болезнь новорожденных, лучевая болезнь.

Гемобластозы: острые лейкозы у детей и взрослых, хронические лейкозы, миеломная болезнь, истинная полицитемия (эритремия); лимфомы (лимфо-грануломатоз и другие). Лейкемоидные реакции.

Гемотрансфузионные реакции. Эозинофилии.

2.4. Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ.

Болезни щитовидной железы: эндемический зоб, диффузный токсический зоб, аденомы, рак, тиреодит, гипотиреоз, микседема.

Гипер- и гипопаратиреоз.

Гипофизарно-гипоталамические нарушения: акромегалия, нанизм, болезнь Иценко-Кушинга, несахарный диабет.

Сахарный диабет 1 и 2 типа, кетоацидоз, гиперосмолярная кома, макро- и микроангиопатии. Гипогликемия, гиперинсулинизм.

Болезни надпочечников: глюкокортицинома (синдром Иценко-Кушинга), альдостерома (синдром Конна), феохромоцитома, андрено-генитальный синдром, надпочечниковая недостаточность.

Болезни яичников: гиперэстрогенизм, гипогонадизм, склерокистозный овариальный синдром (Штейна-Левенталя). Мастопатии.

Нарушения обмена веществ: ожирение, дислипидемии, гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова), гемохроматоз.

2.5. Психические болезни.

Неврозы (неврастения, истерия), фобии, состояние тревоги, нарушения настроения.

Нарушения, связанные с алкоголизмом и наркоманиями. Алкогольные психозы, острая алкогольная интоксикация.

Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Инволюционный психоз.

Половые расстройства: вагинизм, гиперсексуальность, импотенция, фригидность.

2.6. Болезни нервной системы.

Невриты и невралгии, полинейропатии, дискогенные радикулопатии при заболеваниях позвоночника.

Сосудистые болезни головного мозга: острые нарушения мозгового кровообращения (инсульт, тромбоз, эмболия), субарахноидальное кровоотечение, синдром повышенного внутричерепного давления; дисциркуляторная энцефалопатия, перинатальная энцефалопатия.

Инфекционные болезни: менингит, энцефалит, СПИД (ВИЧ-инфекция), абсцесс, нейросифилис, миелит.

Медленные инфекции: болезнь Паркинсона, хоря Гентингтона.

Разные: миастении, детский церебральный паралич, мигрень, эпилепсия. Энурез.

2.7. Болезни глаз.

Острый конъюнктивит, дакриоцистит, блефарит, ячмень; ретинопатии при заболеваниях внутренних органов; близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, катаракта, глаукома, кератит, отслойка сетчатки, слепота.

2.8. Болезни уха и сосцевидного отростка.

Глухота, тугоухость, отит, мастоидит, отосклероз, неврит слухового нерва, болезнь Меньера.

2.9. Болезни системы кровообращения.

Болезни эндокарда: ревматический и инфекционный эндокардит, приобретенные пороки сердца.

Врожденные пороки: открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты.

Болезни миокарда: миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда.

Болезни перикарда: перикардиты фибринозный, экссудативный, конструктивный, тампонада сердца, травматические повреждения сердца.

Артериальные гипертензии: эссенциальная (гипертоническая болезнь), симптоматические. Нейроциркуляторная дистония.

Атеросклероз, дислипидемии. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда. Расслаивающаяся аневризма аорты.

Недостаточность кровообращения: острая (сердечная астма, отек легких, шок), хроническая застойная.

Нарушение ритма и проводимости сердца: экстрасистолия, мерцание и трепетание предсердий, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция желудочков, асистолия, блокады.

Заболевания периферических артерий: эндартериит, атеросклероз, тромбоз, эмболия. Болезни вен: варикоз, тромбоз, тромбофлебит, хроническая венозная недостаточность, целлюлит.

Болезни сосудов легких: тромбоз и эмболия легочной артерии; инфаркт легкого, легочная гипертензия, легочное сердце.

2.10. Болезни органов дыхания.

Болезни носа, околоносовых пазух, глотки, гортани, трахеи: ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, ангина, перитонзиллярный абсцесс; острый ларинготрахеит; обструкция гортани, глотки; травмы.

Инфекции легких: острый бронхит, пневмонии, абсцесс, туберкулез.

Обструктивные болезни легких: хронический бронхит, бронхоэктазия; бронхиальная астма, эмфизема легких; ателектаз, аспирация.

Пневмокониозы (силикоз, асбестоз и другие) и фиброзирующие болезни (альвеолиты, саркоидоз).

Дыхательная недостаточность острая и хроническая, в том числе острый респираторный дистресс - синдром у детей и взрослых.

Болезни плевры: плевриты, пневмоторакс, гемоторакс.

2.11. Болезни органов пищеварения.

Болезни полости рта, зубов, слюнных желез, ротоглотки.

Болезни пищевода: рефлюксный эзофагит, грыжа диафрагмы, кардиоспазм.

Болезни желудка: гастрит, язва желудка.

Болезни кишечника: энтероколит, язва двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, терминальный илеит (болезнь Крона), неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции, аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, дивертикулез, геморрой, трещины заднего прохода, парапроктит.

Дисбактериоз. Желудочно-кишечные кровотечения.

Грыжа: пищевода отдела диафрагмы, белой линии живота, бедренная, паховая, пупочная, послеоперационная.

Перитонит.

Болезни поджелудочной железы: панкреатиты, муковисцидоз, гастринома (синдром Золлингера-Эллисона).

Болезни печени и желчных путей: гепатиты, циррозы, эхинококкоз, абсцесс, печеночная недостаточность, желтухи; портальная гипертензия, асцит. Желчнокаменная болезнь, холециститы, холангит. Постхолецистэктомический синдром. Дискинезии желчных путей.

2.12. Болезни кожи и подкожной клетчатки

Инфекции кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, абсцессы, герпес простой, опоясывающий; пиодермии, угри; дерматофитозы

Воспалительные болезни кожи и подкожной клетчатки: экзогенный дерматит, экзема, псориаз, лишай, эритемы, крапивница, пузырьчатка.

Трофические язвы, гангрена.

2.13. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Воспалительные болезни: ревматизм, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, узелковый периартериит; бурсит, тендовагинит.

Инфекционные: остеомиелит, септический артрит, туберкулез суставов, костей.

Дегенеративные: деформирующий остеоартроз, остеохондроз позвоночника, контрактура Дюпюитрена, лопаточно-плечевой синдром.

Метаболические: остеопороз, хондрокальциноз, подагра, рахит.

Врожденные пороки и дефекты развития: врожденный вывих бедра; кривошея, сколиотическая болезнь, плоскостопие, асептический некроз головки бедренной кости, миопатии.

2.14. Болезни мочеполовой системы

Болезни мочевыделительной системы: гломерулонефрит острый и хронический, амилоидоз почек, нефротический синдром; острая и хроническая почечная недостаточность. Острый и хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, паранефрит, нефроптоз, поликистоз, инфаркт почек.

Пиелит, цистит, уретрит, обструкции мочевых путей, гидронефроз, недержание мочи, энурез. Структура уретры, уретеролитиаз.

Болезни мужских половых органов: простатит, аденома, орхоэпидидимит, варикоцеле, водянка яичка и семенного канатика. Семинома, крипторхизм, фимоз, парафимоз, баланопостит, импотенция, мужское бесплодие.

Болезни молочной железы.

Воспалительные и невоспалительные болезни женских тазовых и половых органов: вульвит, бартолинит, кольпиты, эндометрит, сальпингоофорит, tuboовариальные опухоли, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит; эндометриоз, миома матки, фоновые и предраковые заболевания женских половых органов; аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, альгоменорея, бесплодие; острый живот в гинекологии.

2.15. Беременность, роды, послеродовый и неонатальный периоды.

Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода при физиологическом их течении и в случаях осложнений. Планирование семьи. Контрацепция, стерилизация.

2.16. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (по всем системам органов).

2.17. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, неклассифицированные в других рубриках (Экстремальные и терминальные состояния).

Кома, делирий, деменция, обморок, атаксия, нарушения сна.

2.18. Травмы. Травмы различной локализации. Инородные тела. Поражения электрическим током, отморожения различной локализации.

Утопление, повешение; аспирационная, компрессионная и другие виды асфиксии.

Укусы и укусы. Анафилактический шок.

Отравления лекарственными и токсическими веществами.

Эффекты воздействия высокой температуры, света и химическими веществами.

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

Ситуационная задача №1

Больной З., 43 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие по утрам при спуске по лестнице.

Анамнез болезни: больным себя считает около 4 лет, когда появились выше перечисленные жалобы, однако за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимая настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища.

Анамнез жизни. Перенес обычные детские инфекционные заболевания, в 14-летнем возрасте - перелом костей голени. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась прибавка веса в большей степени, чем у сверстников, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет - заместителем главного бухгалтера предприя-

тия. Мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Женат, имеет 2 детей.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, активен, правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, «хруст» в коленных суставах при движении. Рост 181 см, вес – 106 кг, окружность талии 113 см, окружность бедер 109. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, частота дыханий 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена, верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС 84 в минуту, ритм правильный. АД_{d=s} 165/95 мм рт.ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову 10 x 9 x 8 см. Размеры селезенки 8 x 6 см.

Параклинические показатели. Общий анализ крови: эритроциты - 4,6 т/л, Hb - 143 г/л, лейкоциты - 7,5 г/л, Э - 3%, П - 2%, С - 64%, Л - 25%, М - 6%.

Общий анализ мочи: отн плотность 1,021, белок – 0,03 г/л, эпителий - единичный, эр. – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 59%, глобулины - 41%, билирубин общий - 16 мкмоль/л, прямой - 14 мкмоль/л, непрямой - 2 мкмоль/л, глюкоза - 6,2 ммоль/л, общий холестерин - 6,8 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,84 ммоль/л, триглицериды – 2,8 ммоль/л, содержание фибриногена 5,2 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 80 в 1 мин. Горизонтальное положение эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

- 1) Выделите основные клинические синдромы.
- 2) Рассчитайте индекс массы тела (индекс Кетле) и сделайте заключение.
- 3) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 4) Наметьте план дополнительных исследований, необходимых для подтверждения диагноза.
- 5) Перечислите клинические проявления и диагностические критерии метаболического синдрома.
- 6) Назначьте лечение.

Эталоны ответа:

1) Симптомы

- артериальной гипертензии;
- абдоминального ожирения;
- нарушений липидного обмена;
- нарушений углеводного обмена.

масса тела, кг 106 кг

масса тела, кг 106 кг

2) Индекс массы тела (Кетле) = ----- = ----- = 32,3
кг/м²

(рост, м)² (1,81 м)²

Норма - 18,5-25,0 кг/м², избыточная масса тела - 25,1-29,9 кг/м², ожирение I степени - 30,0-34,9 кг/м², ожирение II степени - 35,0-39,9 кг/м², ожирение III степени - более 40,0 кг/м². Поэтому у больного ожирение I степени.

3) Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск 3 (высокий). Хроническая сердечная недостаточность I стадии, II функциональный класс. Ожирение I степени. Дислипидемия. Нарушение толерантности к глюкозе. Деформирующий остеоартроз коленных суставов.

4) Исследование крови на холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды, мочевую кислоту, гликозилированный HbA1c, инсулин.

Исследование мочи на микроальбуминурию.

Глюкозо-толерантный тест с 75 г глюкозы.

Выявление инсулинорезистентности с использованием клэмп-метода (параллельного введения глюкозы и дозы инсулина, обеспечивающей поддержание нормогликемии).

5) Клинические и параклинические проявления:

- абдоминально-висцеральное ожирение;
- инсулинорезистентность и гиперинсулинемия;
- дислипидемия (наиболее часто - липидная триада: сочетание гипертриглицеридемии, низко-го уровня холестерина липопротеинов высокой плотности и повышения фракции мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности);

- артериальная гипертензия;
- нарушение толерантности к глюкозе (сахарный диабет 2 типа);
- раннее развитие атеросклероза (ишемическая болезнь сердца);
- нарушения гемостаза со склонностью к гиперкоагуляции;
- гиперурикемия (подагра);
- микроальбуминурия;
- гипоандрогения у мужчин.

Диагностические критерии:

- объем талии/объем бедер \geq 0,90 у мужчин и \geq 0,85 у женщин;
- артериальное давление \geq 160/90 мм рт. ст.
- триглицериды \geq 1,7 ммоль/л;
- микроальбуминурия \geq 20 мг/сут;

- холестерин липопротеинов высокой плотности □ 0,9 ммоль/л у мужчин и □ 1,0 ммоль/л у женщин.

б) Диета с ограничением жира до 25-30% от суточной калорийности пищи, холестерина - до 250 мг/сут, быстро усваиваемых углеводов. Обогащение рациона пищевыми волокнами. Увеличение физической активности. Для улучшения чувствительности тканей к инсулину, торможения глю-конеогенеза и гликогенолиза в печени, снижения гиперинсулинемии, усиления фибринолиза - метформин. Для ускорения снижения массы тела - орлистат, сибутрамин. При сохранении дислипидемии на фоне диеты - статины (симва-статин, правастатин, аторвастатин или др.). Антигипер-тензивные средства, обладающие метаболической нейтральностью - ингибиторы ангиотензинпре-вращающего фермента, антагонисты кальция, тиазидоподобный диуретик индапамид, антагонисты рецепторов к ангиотензину II.

Ситуационная задача №2

Больной Б., 42 лет, доставлен в хирургическое отделение с направитель-ным диагнозом врача скорой помощи: «Острый аппендицит»?

Предъявляет жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Заболел около 12 ч. назад, когда после приема большого количества винегрета возникли рез-кие боли в правой подвздошной области. Боли носят схваткообразный харак-тер, была повторная рвота. Больной страдает запорами, принимает периодиче-ски слабительные средства. Ранее подобных болевых приступов не было.

В анамнезе операции по поводу калькулезного холецистита (2 года назад) и паховой грыжи (8 лет назад). Находится под наблюдением кардиолога поликлиники по поводу митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, температура тела 36,5°C. Пульс 110 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется диастолический шум над верхушкой. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий. При пальпации живота в правой подвздошной области определяется болезненное, мягко эластической консистенции, опухолевидное образование овальной формы. Печень и селезенка не пальпируются, печеночная тупость сохранена. При аускультации - перистальтика кишечника несколько усилена. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет. При пальцевом ректаль-ном исследовании ампула прямой кишки расширена, в просвете ее отмечается кровянистое, со слизью, содержимое.

Общий анализ крови: Эр.-4,4 Т/л, Нв.-148 г/л, Л.-14,2 Г/л, п.-14, с.-62, э.-1, л.-20, м.-4;

Общий анализ мочи: уд.вес -1019 г/л, белок 0,1 г/л, сахар и ацетон не определяются

Глюкоза крови: 5,8 ммоль/л

При обзорной рентгенографии брюшной полости определяются еди-ничные «чаши Клойбера» в тонком кишечнике.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз при поступлении больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
- 2) Как Вы интерпретируете пальпируемое у больного в животе «опухолевидное образование»?
- 3) Какие дополнительные исследования могли бы уточнить диагноз?
- 4) С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?
- 5) Охарактеризуйте сущность рассматриваемого заболевания, различные формы его.
- 6) Какую тактику лечения больного Вы выберете?
- 7) При решении вопроса в пользу консервативной терапии охарактеризуйте ее сущность.
- 8) При принятии решения об оперативном лечении дайте его обоснование, определите возможные варианты в выборе вида операции.

Эталоны ответа:

1) Диагноз основной: Острая кишечная непроходимость. Илеоцекальная инвагинация.

Осложнения: - Сопутствующий: Митральный порок сердца.

2) Пальпируемое образование в правой подвздошной области - это инвагинат (подвздошно-ободочный), вызвавший кишечную непроходимость.

3) Ирригоскопия является высокоэффективным методом исследования в диагностике инвагинации. При этом в слепой или восходящей кишке определяется дефект наполнения с четкими контурами, имеющий форму “двузубца”, “полулуния” или “кокарды”.

Важную диагностическую информацию может дать и УЗИ брюшной полости.

4) С другими видами кишечной непроходимости - заворотом кишок, узлообразованием, спаечной непроходимостью, аппендикулярным инфильтратом, опухолью слепой кишки.

5) Вид кишечной непроходимости, в основе которой лежит внедрение вышележащего отдела кишки в нижележащий. Редко бывает и наоборот (восходящая инвагинация). Различают тонкокишечные, толстокишечные, подвздошно-толстокишечные инвагинации. Течение болезни может быть острым, подострым и хроническим.

6) Необходима экстренная операция (с учетом возможных необратимых изменений в инвагинате).

7) Консервативное расправление инвагинации возможно при илеоцекальных и толсто-кишечных инвагинациях в первые часы заболевания с помощью теплых ванн, сифонных клизм, введения в прямую кишку воздуха или контрастного вещества, атропинизации.

Эти манипуляции не следует продолжать более 2-3 часов.

8) Оперативное лечение показано в экстренном порядке при тонкокишечных инвагинациях, в поздние сроки заболевания (позже 12 час.) при лю-

бых формах инвагинации, при наличии перитонеальных симптомов. При операции возможны два оперативных приема: дезинвагинация и резекция пораженного участка кишки. Дезинвагинация возможна только в ранние сроки после начала заболевания.

Ситуационная задача №3

Больная Ф. 28 лет, служащая. Поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью.

Из анамнеза: менструация с 12 лет по 4 дня, через 28 дней регулярные, умеренные безболезненные. Беременность – четвертая. В 1996 году – роды, плодом 4.100, искусственные аборты в 1997г. и в 1998 г.

Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания в 9 недель. Лечилась амбулаторно в течение двух недель.

В 30 недель было диагностировано многоводие. В 32 недели беременности выявлена анемия I степени, назначено лечение.

При поступлении в родильный дом ОЖ 108 см, ВДМ 38 см. Положение плода продольное, головное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 144 удара в минуту. Регулярная родовая деятельность в течение двух часов. Схватки через 4 минуты по 30-35 секунд. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, раскрытие маточного зева – 4 см. Произведена амниотомия, отошло 800 мл светлых вод.

I период родов продолжался 14 часов, II период – 1 час 20 минут

Родился плод весом 4200 гр., в состоянии асфиксии легкой степени. Через 10 минут отделился и выделился послед со всеми целыми дольками и оболочками. Началось кровотечение. Матка выше пупка дряблая.

Вопросы:

1. При доношенной беременности какой плод считается нормальным, крупным, гигантским?
2. Какие причины прерывания беременности в раннем сроке могут быть? Какое лечение нужно проводить?
3. Анемия беременных. Формы анемии, классификация, лечение железодефицитной анемии.
4. Диагноз при поступлении.
5. Составьте план ведения родов. Показания и тактика проведения амниотомии, возможные осложнения.
6. Показания к амниотомии в данном случае. Техника ее проведения, возможные осложнения.
7. Назовите группу риска по гипотоническому кровотечению.
8. Как провести профилактику кровотечения в раннем послеродовом периоде?
9. Чем осложнились данные роды?
10. Какие Вы знаете методы остановки такого кровотечения?

Эталоны ответа:

1. Нормальный вес – 2700 – до 4000гр.

Крупный - более 4000 гр. Для тазового предлежания более 3600,

Гигантский – более 5000 гр.

2. Инфантилизм, травматические повреждения в прошлом, острые инфекции, хронические инфекции, отравления. Иммуноконфликт.

Лечение: постельный режим, половой покой, гормональная терапия, спазмолитики, десенсибилизирующая терапия, седативные препараты.

3. Легкая НВ 110-90 г/л, средняя НВ 89-70 г/л, тяжелая НВ менее 69 г/л. Критерии – низкий ЦП, гипохромия эритроцитов, снижение содержания сывороточного железа, повышение общей железо-связывающей способности сыворотки. Лечение – диета, препараты железа, поливитамины. В тяжелых случаях гемотрансфузии.

4. Роды вторые срочные в первом периоде. Многоводие, головное предлежание плода. Крупный плод? ОАГА.

5. Роды вести консервативно с применением спазмолитиков и анальгетиков, с функциональной оценкой таза. Ранняя амниотомия. Профилактика слабости родовой деятельности, контакт с веной со второго периода, профилактика кровотечения в конце второго периода – метилэргометрин в/в.

6. Многоводие. При раскрытии ш/м на 4 см под контролем руки браншей пулевых щипцов сбоку вскрыть оболочки и медленно выпустить воды, подождать, когда предлежащая головка прижмется к плоскости входа в малый таз. Контроль за с/б плода.

Осложнения – выпадение пуповины и мелких частей плода, при быстром излитии вод – преждевременная отслойка плаценты, неправильное положение плода.

7. Роженицы с экстрагенитальной патологией, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, перерастяжение матки, грубое ведение последового периода, затяжные роды и т.д.

8. В конце второго периода 1мл метилэргометрина на 20 мл 5% раствора глюкозы в/в медленно.

9. Слабостью родовой деятельности, гипотоническим кровотечением.

10. Контакт с веной, сокращающие матку средства, катетеризация мочевого пузыря, холод на низ живота, наружный массаж матки, прижатие брюшной аорты, Ручная ревизия полости матки с массажем матки на кулаке, тампон с эфиром в задний свод, зажимы на шейку матки или боковые параметрии, перевязка сосудов, ампутация или экстирпация матки. Параллельно выполнение ОЦК и лечение ДВС синдрома.

Ситуационная задача №4

Больной А., 12 лет, направлен на обследование с жалобами на боли в животе,

возникающие через 2-3 часа после еды и по ночам. Боли уменьшаются после приема пищи. Отмечается тошнота, периодически рвота, приносящая облегче-

ние, изжога. Боли беспокоят ребенка в течение года, в последний месяц усилились, наблюдаются постоянно. Мальчик быстро утомляется, аппетит у него снизился. Он похудел. Появилась склонность к запорам.

Из анамнеза: у папы – язвенная болезнь желудка, у бабушки – хронический гастрит. Мальчик питается не регулярно, в школу идет, не завтракая, употребляет острые приправы, маринады, часто ест в сухомятку.

Объективно: состояние средней тяжести. Ребенок астенического телосложения, физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет дефицита веса. Кожные покровы бледные, дермографизм красный, разлитой, стойкий, на ладонях и стопах имеется дисгидроз. Язык густо обложен белым налетом, живот мягкий, резко болезненный в эпигастрии, положительный симптом Менделя. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Дополнительные методы исследований: в общем анализе крови без особенностей. ЭФГДС – слизистая желудка отечна, гиперемирована, в желудке имеется небольшое количество ослизненной жидкости с примесью желчи. Слизистая луковицы 12-перстной кишки отечна, ярко гиперемирована, на задней стенке язва 0,5 см в диаметре; постбульбарные отделы без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Обоснуйте посиндромно Ваш диагноз.
3. Наметьте план дополнительного обследования.
4. Лечебная тактика.
5. Показано ли санаторно-курортное лечение, в какие сроки и где.

Эталоны ответа:

1. Язвенная болезнь, язва луковицы 12-перстной кишки, свежая язва, неосложненная. Сопутствующий: хронический поверхностный гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс.

2. Клинико-эпидемиологический; клинические:

- а) абдоминальный болевой синдром,
- б) диспептический,
- в) астеновегетативный; лабораторно-инструментальный.

3. Уропепсиноген, рН-метрия желудочного сока; УЗИ печени, желчного пузыря с определением сократительной способности, поджелудочной железы; кал на скрытую кровь; исследование на хеликобактер пилори.

4. Лечебная тактика:

- а) стол №№ 1а, 1б, 1в, 1;
- б) режим постельный
- в) антисекреторные препараты (ранитидин, омепразол, лосек)
- г) антацидные (маалокс, гелюсил-лак, альмагель);
- д) спазмолитики (но-шпа, папаверин);
- е) антихеликобактерная терапия (трихопол + оксациллин + де-нол;
- ж) репаративы (солкосерил, актовегин);
- з) ферменты (мезим-форте, панзинорм, креон);

- и) цитопротекторы: (энпростил, биогастрон, вентер);
- к) препараты нормализующие моторную функцию (реглан, церукал, мотилиум);
- л) ФТЛ – электрофорез 2,0% новокаином, 2,0% папаверином, индуктотермия, магнитотерапия.

5. В период ремиссии через 3-6 месяцев от обострения в Ессентуках, Железноводске, Горячем Ключе.

Ситуационная задача №5

В N-м районе с численностью взрослого населения 49798 человек в течение года было всего зарегистрировано 23384 больных, в том числе 10062 с диагнозом, установленным впервые, из них инфекционные и паразитарные болезни – 761, болезни системы кровообращения – 253, болезни органов дыхания – 3491, болезни органов пищеварения – 194, болезни костно-мышечной системы – 457, травмы и отравления – 3151, прочие – 1755.

Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости. Рассчитать структуру заболеваемости в %. Определить вид относительных показателей. Изобразить графически структуру заболеваемости.

Вопросы:

1. Здоровье населения. Функции, факторы и детерминанты.
2. «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем»: история создания, принципы построения, особенности МКБ 10-го пересмотра, значение в работе врача.
3. Заболеваемость по данным медицинских осмотров. Методика изучения, структура.
4. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты туберкулеза.

Эталон ответа:

ПОКАЗАТЕЛЬ	ЗНАЧЕНИЕ
Болезненность	467,6
Заболеваемость	202,1
Структура заболеваемости: в %%	
Инфекционные болезни	7,6
Болезни системы кровообращения	2,5
Болезни органов дыхания	34,7
Болезни органов пищеварения	1,9
Болезни костно-мышечной системы	4,6
Травматизм и отравления	31,3
Прочие	17,4
Всего	100,0

1. Заболеваемость по данным медицинских осмотров, методика изучения, структура.

Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний. Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваний с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих функционально компенсировано.

Медицинские осмотры разделяются на предварительные, периодические и целевые. Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:

- Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с профессиональными вредностями.

- Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений, которые проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней и бациллоносительство при поступлении на работу и впоследствии в определенные сроки, поскольку они могут стать источником массового заражения.

- Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявлению заболеваний, которые могут обостряться и прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или процессе учебы. Основная задача периодических осмотров - выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность. Периодичность осмотров регламентирована Министерством здравоохранения и зависит от агрессивности и потенциальной опасности действующих факторов.

Целевые медицинские осмотры проводятся для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулез, злокачественные новообразования и т.д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах, либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ.

2. Международная классификация болезней (МКБ) - это система группировки болезней и патологических состояний, отражающих современные этапы медицинской науки.

Первая МКБ в виде перечня причин смерти была предложена Бертильоном в 1893 году и принята Международным статистическим институтом. В 1900 году в Париже на международной конференции с участием 26 государств эта классификация утверждена в качестве международной и принято решение о пересмотре ее каждые 10 лет. В соответствии с этим решением пересмотры классификации были в 1909, 1920, 1929 и последующих годах.

Всего МКБ пересматривались 10 раз. Последний пересмотр состоялся на Международной конференции по Десятому пересмотру МКБ, проведенной ВОЗ в 1983 году в Женеве. По рекомендации ВОЗ Десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, вступила в силу 1 января 1989 года.

МКБ является переменнo-осевой классификацией. Ее схема заключается в том, что всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемические болезни;
- конституционные или общие болезни;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы;

МКБ 10 состоит из 3 томов: том 1 содержит основную классификацию, том 2 - инструкцию по применению пользователей МКБ, том 3 - представляет собой Алфавитный указатель к классификации.

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

3. Академик В.П.Казначеев определяет социальную гигиену как науку об управлении функциями здоровья народонаселения. К этим функциям относятся живой труд, воспроизводство и развитие личности. Осуществление этих функций - непременное условие существования человека.

Живой труд - это та психофизическая деятельность, которая обеспечивает человеку получение средств к существованию. Живой труд - основа жизни человека. Жизнь общества без осуществления этой функции здоровья невозможна.

Воспроизводство - процесс непрерывного обновления населения через рождение и смерти. Эти две стороны процесса воспроизводства в значительной степени определяют уровень здоровья. И хотя смерть - явление неизбежное, время ее наступления детерминируется здоровьем индивидуума. Да и уровень рождений в определенной мере определяется здоровьем людей.

Последняя функция - развитие личности - выделяет человека из животного мира. Формирование абстрактного мышления, речи, интеллекта возможно только в человеческом обществе и немислимо без определенного уровня здоровья. Да, известны случаи высоких достижений творческих успехов людьми слабого здоровья, инвалидами, но это возможно лишь при поддержке общества, за счет работоспособности и здоровья других его членов.

4. Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза, характеризующееся чаще хроническим течением, многооб-

разием клинических форм с преимущественным поражением органов дыхания. По мере развития заболевания в процесс могут вовлекаться другие системы и органы.

По МКБ 10 пересмотра туберкулез входит в 1 класс "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни". Ему принадлежат рубрики А15-А19.

В 1993 году ВОЗ объявила туберкулез проблемой "всемирной опасности". К этому времени туберкулезом была инфицирована 1/3 75% новых случаев заболевания приходится на трудоспособный возраст - 19-50 лет.

Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, как инфекционным, так и социальным характером заболевания.

Несколько главных причин неблагополучия по туберкулезу:

*Рост числа лиц без определенного места жительства.

*Ухудшение социально-экономических условий, снижение жизненного уровня населения.

*Чрезвычайно высокая заболеваемость заключенных в учреждениях исполнения наказания системы Минюста России.

Отягощающим фактором является алкоголизм. Глобальной проблемой в эпидемиологии туберкулеза является увеличение частоты первичной лекарственной устойчивости микобактерий к проводимой терапии. В связи с изменением биологических свойств возбудителя, появились тяжелые, распространенные, остро прогрессирующие формы, требующие увеличения затрат на их лечение. Максимальный уровень заболеваемости населения туберкулезом зарегистрирован в трудоспособной возрастной группе 25-44 лет, причем заболеваемость мужчин превышает показатель заболеваемости женщин в 2,3 раза.

6.2. Критерии оценки знаний выпускников на государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Критерии выставления оценки и сформированности компетенций.

I этап – оценка практических умений и теоретической подготовленности.

Тестирование, оценка сформированности общекультурных (УК-4,8), общепрофессиональных и профессиональных компетенций (ОПК-3, ПК-3,6). Тестовые задания состоят из вопросов (в одном варианте 60 вопросов), охватывающих содержание базовых и клинических дисциплин. Время тестирования – 60 минут.

Критерии оценки тестирования:

«сдано» – 70% и более правильных ответов;

«не сдано» – 69% и менее правильных ответов.

В результате успешного прохождения теста («сдано») выпускник переходит к оценке практических умений.

Оценка практических умений проводится на клинической базе и (или) в симуляционном центре. Проводится оценка сформированности общекультурных – УК-7, общепрофессиональных и профессиональных компетенций (ОПК-1-2,4-5-6,8-9-10-11, ПК-1-6).

При оценивании студента учитывается не только правильность техники выполнения, но и время оказания помощи и ее последовательность.

Общая оценка практических умений (ООПУ) определяется по следующим параметрам:

- оценка практических умений по проведению опроса;
- оценка практических умений по физикальному обследованию;
- оценка практических умений по выделению синдромов;
- оценка практических умений по составлению плана дополнительного обследования;
- оценка практических умений по проведению дифференцированного диагноза;
- оценка практических умений по обоснованию предварительного диагноза;
- оценка практических умений по составлению плана лечения;
- оценка практических умений по прогнозу и трудоспособности.

Критерии оценки практических умений:

«сдано» – аттестуемый владеет основным объемом знаний по проведению осмотра пациента; устанавливает причинно-следственные связи развития заболевания; владеет обязательным минимумом методов исследования пациентов; владеет минимальными знаниями основных принципов медицинской этики и деонтологии;

«не сдано» – аттестуемый не может провести необходимый осмотр пациента; не способен ответить на поставленные вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах.

В случае успешного прохождения оценки практических умений (выпускник получает оценку «сдано») итоговый результат заносится в протокол заседания Государственной экзаменационной комиссии (для каждого обучающегося), в сводную экзаменационную ведомость в виде отметки **«зачтено»**. Соответственно, в случае получения оценки «не сдано» при прохождении тестирования или оценки практических умений в протокол заседания Государственной экзаменационной комиссии (для каждого обучающегося), в сводную экзаменационную ведомость ставится отметка **«не зачтено»**. К прохождению второго этапа ГИА выпускник не допускается.

II этап – оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования.

Собеседование - оценка сформированности общекультурных (УК-1,7) общепрофессиональных (ОПК-9) и профессиональных компетенций (ПК-1,2,4,6). Собеседование проходит по задачам междисциплинарного характера – мини-кейсам, включающим элементы различных разделов дисциплин профессионального цикла – терапии, акушерства и гинекологии, хирургии и педиатрии. Каждая из предложенных задач оценивается по пятибалльной системе. Общая оценка второго этапа складывается из суммы оценок по 3 позициям:

- оценка умения поставить и обосновать диагноз;
- составить план обследования и лечения в стационаре;

- прокомментировать иллюстративный материал.

В ходе собеседования члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

Критерии выставления оценки и сформированность компетенций у выпускника на II этапе:

«Отлично» – аттестуемый владеет знаниями сбора анамнеза, способен четко анализировать симптомы и синдромы, оценивать физиологическое состояние и патологические процессы, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать (МКБ), обобщать, конкретизировать и систематизировать полученную информацию, четко осуществляет комплекс мероприятий, направленных на раннюю диагностику, способен выявлять причины возникновения и развития заболевания (устранение вредного влияния на здоровье человека фактора) и проводить в полном объеме профилактические и социально-гигиенические мероприятия, обладает достаточными знаниями экспертизы временной нетрудоспособности (медико-социальной), констатации жизнедеятельности (смерти) человека, всесторонне готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами;

«Хорошо» – аттестуемый владеет знаниями сбора анамнеза, способен анализировать симптомы и синдромы, оценивать физиологическое состояние и патологические процессы, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать (МКБ), обобщать, конкретизировать и систематизировать полученную информацию, (имеются незначительные пробелы знаний в анализе и оценке представленного материала); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на представленные в мини-кейсах задания по комплексу мероприятий, направленных на раннюю диагностику, выявление причин возникновения и развития заболевания (устранение вредного влияния на здоровье человека фактора), в необходимом объеме профилактических и социально-гигиенических мероприятий; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности (медико-социальной), констатации жизнедеятельности (смерти) человека, готовности к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами;

«Удовлетворительно» – аттестуемый владеет основным объемом знаний сбора анамнеза, проявляет затруднения в проведении анализа симптомов и синдромов, оценки физиологического состояния и патологических процессов, умения анализировать, сравнивать, классифицировать (МКБ), обобщать, конкретизировать и систематизировать полученную информацию и в самостоятельных ответах на задания; оперирует неточными формулировками, в процессе ответов допускаются ошибки по существу вопросов, касающихся комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику, выявление причин возникновения и развития заболевания (устранение вредного влияния на здоровье человека фактора), объема профилактических и социально-гигиенических мероприятий; владеет минимумом знаний, касающихся проведения

экспертизы временной нетрудоспособности (медико-социальной), констатации жизнедеятельности (смерти) человека, ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами;

«Неудовлетворительно» – выставляется аттестуемому, который не обладает объемом знаний сбора анамнеза, анализа симптомов и синдромов, оценки физиологического состояния и патологических процессов, классификации заболеваний, комплекса мероприятий, необходимых для ранней диагностики, выявления причин возникновения и развития заболевания, по проведению профилактических и социально-гигиенических мероприятий, экспертизы временной нетрудоспособности (медико-социальной), констатации жизнедеятельности (смерти) человека, не обладает знаниями ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания. Результаты прохождения этапа заносятся в протокол заседания Государственной экзаменационной комиссии (для каждого обучающегося), в сводную экзаменационную ведомость.

7. Подведение итогов государственной итоговой аттестации

Результат первого этапа государственного экзамена имеют качественную оценку и является основанием для допуска ко второму этапу. Студент, не сдавший 1 этап государственного экзамена, не допускается к сдаче следующего этапа ГИА.

Итоговая оценка ГИА выставляется по результатам второго этапа государственного экзамена.

При получении положительных оценок ГЭК принимает решение о выставлении итоговой оценки и выдачи диплома специалиста – квалификация «Врач-лечебник».

Итоговая оценка и сформированность компетенций по результатам ГИА доводятся председателем государственной экзаменационной комиссии до сведения выпускников после оформления и утверждения в установленном порядке протокола заседания государственной экзаменационной комиссии.

Результаты 1 этапа государственного аттестационного испытания, объявляются в день его проведения, результаты 2 этапа государственного аттестационного испытания – не позднее следующего рабочего дня после дня его проведения.

Решение о выдаче диплома о высшем профессиональном образовании государственного образца принимает государственная экзаменационная комиссия по положительным результатам ГИА. Решения государственной экзаменационной комиссии принимаются на закрытых заседаниях простым большинством голосов членов комиссий, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии. Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов,

погодные условия или в других случаях), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы - отмена рейса, погодные условия, отсутствие билетов, служебная командировка), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации. В этом случае обучающийся должен написать заявление на имя ректора по согласованию с деканом факультета с просьбой перенести сроки государственной итоговой аттестации с приложением документа, подтверждающего причину его отсутствия.

Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающийся, не прошедший одно государственное аттестационное испытание по уважительной причине, допускается к сдаче следующего государственного аттестационного испытания (при его наличии).

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

Лицо, отчисленное из Института как непрошедшее ГИА, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через 10 месяцев и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению на имя ректора восстанавливается в Университет на период подготовки к сдаче и сдачи государственного экзамена, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по образовательной программе (образовательному стандарту).

8. Проведение ГИА для обучающихся из числа инвалидов

Для обучающихся из числа инвалидов ГИА проводится Институтом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья не позднее, чем за 3 месяца до начала ГИА подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении ГИА с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей.

9. Порядок подачи и рассмотрения апелляционной комиссией апелляций и нарушений процедуры проведения государственной итоговой аттестации

9.1. Для проведения ГИА по образовательной программе специальности 31.05.01 Лечебное дело и проведения апелляций по результатам ГИА, нарушений процедуры ее проведения в Институте создается апелляционная комиссия, действующая в течение календарного года.

9.2. Порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее, чем за шесть месяцев до начала ГИА.

9.3. Председателем апелляционной комиссии утверждается руководитель организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации на основании решения Ученого совета Института).

9.4. Председатель комиссии организует и контролирует деятельность комиссии, обеспечивает единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении ГИА.

9.5. По результатам ГИА выпускник лечебного факультета, участвовавший в государственной итоговой аттестации, имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения ГИА и (или) несогласии с результатами государственного экзамена (далее – Апелляция).

9.6. В состав апелляционной комиссии входят председатель указанной комиссии и не менее 3 членов указанной комиссии. Состав апелляционной комиссии формируется из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации и не входящих в состав государственных экзаменационных комиссий.

9.7. Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания в Институте утверждается расписание государственных аттестационных испытаний и секретарь комиссии доводит расписание до сведения членов апелляционной комиссии.

9.8. По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

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

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

9.11. Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

9.12. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

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

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

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

В последнем случае результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные распорядительным актом Института.

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

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

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

9.15. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколом. В протоколе заседания отражаются: материалы письменной апелляции, перечень заданных членами комиссии обучающемуся (при его присутствии)

вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося. Протоколы заседания комиссии подписываются председательствующим и секретарем.

9.16. Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

9.17. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

9.18. Протоколы заседания комиссии сшиваются и хранятся в архиве Института.

10. Компетенции на дисциплинах математического, естественнонаучного цикла, теоретического и клинического циклов

Освоение компетенций специальности 31.05.01 Лечебное дело на дисциплинах математического, естественнонаучного цикла. Выпускник, освоивший дисциплины теоретического цикла, должен сформировать следующие компетенции:

Таблица 4

Реализуемые компетенции	Дисциплина					
	Химия	Биология	Физика, математика	Анатомия	Норм. физиология	Патофизиология
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-5	+	+	+	+	+	+
ОПК-1	+	+	+	+	+	+
ОПК-7	+		+			
ОПК-9	+				+	+
ОПК-10						+
ПК-1	+	+		+	+	+

Освоение компетенций специальности 31.05.01 Лечебное дело на дисциплинах гуманитарного, социального и экономического цикла. Выпускник, освоивший дисциплины теоретического цикла должен сформировать следующие компетенции

Таблица 5

Компетенции	Дисциплина				
	Философия	История	Психология и педагогика	Биоэтика	Правоведение
УК-1	+	+	+	+	

УК-2	+		+	+	
УК-3		+			
УК-4				+	+
УК-5	+		+		
УК-7			+		
УК-8		+	+	+	+
ОПК-1					+
ОПК-2				+	
ОПК-3					+
ОПК-4				+	

Освоение компетенций специальности 31.05.01 Лечебное дело на дисциплинах клинического цикла

Выпускник, освоивший дисциплины клинического цикла должен сформировать следующие компетенции

Таблица 6

Компетенции	Дисциплина																						
	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения	Эпидемиология	Клиническая фармакология	Дерматовенерология	Неврология, медицинская генетика, нейро-хирургия	Психиатрия, медицинская психология	Оториноларингология	Офтальмология	Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия	Судебная медицина	Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф	Акушерство и гинекология	Педиатрия	Профилактика внутренних болезней, лучевая диагностика	Факультетская терапия, профессиональные болезни	Госпитальная терапия, эндокринология	Инфекционные болезни	Фтизиатрия	Поликлиническая терапия	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	Госпитальная хирургия, детская хирургия	Онкология, лучевая терапия	Травматология, ортопедия
УК 1			+										+			+			+				
УК 4						+					+	+		+						+		+	
УК 7											+									+			+
УК 8																							
ОПК 1	+		+									+				+					+		
ОПК 3	+																						
ОПК 4				+		+				+	+	+				+							+
ОПК 6	+	+						+	+		+	+				+			+				+
ОПК 8			+	+	+	+	+	+			+	+				+	+	+	+		+	+	

Распределение компетенций по этапам ГИА

Таблица 7

	1 этап			2 этап
	Курация больного	Билет	Тесты	Сит. задачи
УК 1				+
УК 2			+	
УК 3			+	
УК 4			+	
УК 5			+	
УК 6		+		
УК 7		+		
УК 8		+		+
УК 9			+	
УК 10		+		
УК 11	+			
ОПК 1	+			
ОПК 2	+			
ОПК 3			+	
ОПК 4	+			
ОПК 5	+			
ОПК 6	+			
ОПК-7			+	
ОПК 8	+			
ОПК 9	+			+
ОПК 10		+		
ОПК 11	+			
ПК 1				+
ПК 2				+
ПК 3			+	
ПК 4				+
ПК 5	+			
ПК 6	+	+	+	+

Список литературы для подготовки к ГИА по специальности «Лечебное дело»

1. Философия [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Кузнецов, И.Д. Кузнецова, К.Х. Момджян и др. - М.: ИНФРА-М, 2014. - 519 с.
2. Хрусталева, Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник/ Ю.М. Хрусталева Ю.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с.
3. Мунчаев, Ш. М. История России [Электронный ресурс] : учебник / Ш. М. Мунчаев, В. М. Устинов. - Москва: Норма: ИНФРА-М, 2015. - 608 с.
4. Лисицын, Ю.П. История медицины [Электронный ресурс]: учебник/ Ю.П. Лисицын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 400 с.
5. Право [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. М. Чистяков, В. А. Баранов [и др.]; под ред. Н. М. Чистякова. - Москва: ИНФРА-М, 2015. - 316 с.
6. Борисов, Е.Ф. Экономика [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.Ф. Борисов. - М.: ИНФРА-М: КОНТРАКТ, 2015. - 256 с.
7. Марковина, И.Ю. Английский язык [Электронный ресурс]: учебник / И.Ю. Марковина, З.К. Максимова, М.В. Вайнштейн; под общ. ред. И.Ю. Марковиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с.
8. Панасенко, Ю.Ф. Латинский язык [Электронный ресурс]: учебник / Ю. Ф. Панасенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с.
9. Кравченко, А.И. Психология и педагогика [Электронный ресурс]: учебник / А.И. Кравченко. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 352 с.
10. Антонов, В.Ф. Физика и биофизика [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / В.Ф. Антонов, Е.К. Козлова, А.М. Черныш. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 472 с.
11. Кобринский, Б.А. Медицинская информатика: учебник/ Б.А. Кобринский, Т.В. Зарубина. - М.: Академия, 2009. – 187 с.
12. Общая химия [Электронный ресурс]: учебник / А.В. Жолнин; под ред. В.А. Попкова, А.В. Жолнина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 400 с.
13. Биохимия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Е. С. Северина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.
14. Биология. В 2 т. Т.1 [Электронный ресурс]: учебник/ под ред. В.Н. Ярыгина. - М.; ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 736 с.
15. Гайворонский, И.В. Анатомия человека. В 2 т. Т. 1: Система органов опоры и движения. Спланхнология [Электронный ресурс]: учебник/ И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И. Гайворонский; под ред. И. В. Гайворонского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с.
16. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник: / под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 512 с.
17. Гистология, эмбриология, цитология [Электронный ресурс]: учебник / Ю. И. Афанасьев и др.; под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

18. Нормальная физиология [Электронный ресурс]: учебник/ под ред. В.П. Дегтярёва, С.М. Будылиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
19. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. В 2-х томах. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.В. Зверева, М.Н. Бойченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.
20. Хаитов, Р.М. Иммунология [Электронный ресурс]: учебник / Р.М. Хаитов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
21. Харкевич, Д.А. Фармакология [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / Д.А. Харкевич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 760 с.
22. Струков, А.И. Патологическая анатомия [Электронный ресурс]: учебник/ А.И. Струков, В.В.Серов; под ред. В.С. Паукова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 880 с.
23. Клиническая патофизиология [Электронный ресурс]: курс лекций / [В.Н. Абросимов и др.]; под ред. В.А. Черешнева, П.Ф. Литвицкого, В.Н. Цыгана. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 472 с.
24. Гигиена [Электронный ресурс]: учебник/ В. И. Архангельский и др.; под ред.П.И. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 656 с.
25. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/ Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.
26. Эпидемиология инфекционных болезней [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. Д. Ющук [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.
27. Медицинская реабилитация [Электронный ресурс]: учебник/ под ред. А. В. Епифанова, Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 672 с.
28. Клиническая фармакология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Г. Кукеса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с.
29. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник для студентов высших учебных заведений/ В.В. Чеботарёв и др., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 584 с.
30. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.
31. Медицинская генетика [Электронный ресурс]: учебное пособие / Акуленко Л. В. [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с.
32. Иванец, Н.Н. Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс]: учебник / И. И. Иванец, Ю.Г, Тюльпин, М.А, Кинкулькина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с.
33. Пальчун, В.Т. Оториноларингология [Электронный ресурс]: учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 584 с.
34. Офтальмология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Е. И. Сидоренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
35. Судебная медицина [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю.И. Пиголкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 496 с.

36. Арустамов, Э.А. Безопасность жизнедеятельности [Электронный ресурс]: учебник для бакалавров / под ред. Э. А. Арустамова. — М.: Дашков и К, 2015. — 448 с.
37. Левчук, И.П. Медицина катастроф. Курс лекций [Электронный ресурс]: учебное пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с.
38. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / Г.М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.
39. Педиатрия [Электронный ресурс]: учебник/ под ред. Н.А. Геппе. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 432 с.
40. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник/ Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848 с.
41. Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.
42. Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.
43. Инфекционные болезни и эпидемиология [Электронный ресурс]: учебник / В.И. Покровский и др. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 1008 с.
44. Сторожаков, Г.И. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
45. Гостищев, В.К. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник/ В.К. Гостищев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ЭБС «Консультант студента»
46. Сумин, С.А. Неотложные состояния: учеб. пособие для студентов мед. вузов / С.А. Сумин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 960 с.
47. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с.
48. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с.
49. Лучевая терапия [Электронный ресурс]: учебник / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.
50. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]: учебник / [Н.В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 592 с.
51. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие / под ред. А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.
52. Экологическая медицина [Электронный ресурс]: учебное пособие / В. Н. Бортновский, Н. В. Карташева, Л. П. Мамчиц [и др.]. - Москва : ИНФРА-М ; Минск : Новое знание, 2015. - 185 с.

53. Кардиология [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с.
54. Демичев, С.В. Первая помощь при травмах и заболеваниях [Электронный ресурс]: учебное пособие/ С.В. Демичев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 160 с.
55. Смолянинов, А.Б. Клинико-лабораторная и функциональная диагностика внутренних болезней : учебное пособие / А.Б. Смолянинов. - СПб. : СпецЛит, 2009. - 143 с.
56. Прохорова, Э.М. Валеология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Э.М. Прохорова. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 256 с.
57. Сидоров, П.И. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебник/ П.И. Сидоров, Парняков, А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с.
58. Шмелева, С. В. Медико-социальная реабилитация: учебник для студентов вузов / С.В. Шмелева. - Москва : РГСУ, 2013. - 208 с.
59. Трухачёва Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica [Электронный ресурс]/ Н.В. Трухачева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с.
60. Епифанов, В.А. Восстановительная медицина [Электронный ресурс]: учебник/ В.А. Епифанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 304 с.
61. Сумин, С.А. Неотложные состояния: учеб. пособие для студентов мед. вузов / С.А. Сумин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 960 с.
62. Краснова О. В. Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья [Электронный ресурс]: учебное пособие/ О.В. Краснова, И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина; под ред. О. В. Красновой. - СПб.: КАРО, 2011. - 320 с.
63. Шарков, Ф. И. Общая конфликтология [Электронный ресурс]: учебник для бакалавров / Ф. И. Шарков, В. И. Сперанский; под общ. ред. Ф. И. Шаркова. — М.: Дашков и К, 2015. — 240 с.
64. Викторова, И.А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс]: учеб. пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 144 с.
65. Слесарев, В.И. Химия: основы химии живого : учебник для вузов / В.И. Слесарев. - СПб. : Химиздат, 2009. - 784 с.
66. Мутовин, Г.Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Г.Р. Мутовин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 832 с.
67. Гематология [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. О. А. Рукавицына. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. -