

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института ИМФО

Н.И. Свиридова

«27» _____ 2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета Института
ИМФО

№ 18 от «27» *июня* 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Терапия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.49 Терапия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-терапевт**

Кафедра: **внутренних болезней ИИМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Лекции: 2 (з.е.) 72 часа

Семинары: 14 (з.е.) 504 часа

Самостоятельная работа: 9 (з.е.) 324 часа

Форма контроля: экзамен 1 (з.е.) 36 часов

Всего: 26 (з.е.) 936 часов

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Елена Валерьевна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Программа дисциплины «Терапия» базовой части основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия.

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, протокол №4 от 20.05.2024

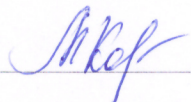
Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор


С. В. Недогода

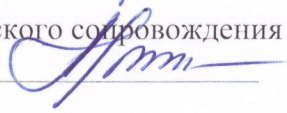
Рецензент: заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор М.Е. Стаценко

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от 27.06.2024

Председатель УМК


М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики


М.И. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от 27.06.2024

Секретарь Ученого совета


М.В. Кабытова

Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.1	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
12.3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.4	АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ

Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины «Терапия» разработана на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.49 Терапия, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования РФ № 15 от 09 января 2023г. (Зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2023 N 72333) и проекта Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-терапевт" (подготовлен Минтрудом России 31.01.2022).

1. Цель и задачи дисциплины «Терапия»: приобретение знаний о методах диагностики, лечения, в том числе при оказании неотложной помощи, профилактики заболеваний и (или) состояний у пациентов терапевтического профиля, о проведении медицинской экспертизы и медицинской реабилитации пациентов терапевтического профиля, правилах оформления медицинской документации, должностных обязанностях медицинских сотрудников, а также умений и навыков использования полученных знаний для самостоятельной профессиональной деятельности врача-терапевта в медицинской и организационно-управленческой сферах.

Задачи освоения дисциплины «Терапия»:

1. Углубление знаний в этиологии, патогенезе, клиническом течении заболеваний (патологических состояний) и возможных вариантах их исхода у взрослых пациентов с учетом возраста и исходного состояния здоровья;
2. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике сбора жалоб и анамнеза, анализа и интерпретации полученной информации;
3. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике физикального осмотра, в оценке тяжести состояния по заболеванию, в определении объема манипуляций и их проведения;
4. Приобретение умений и навыков в определении показаний к проведению

лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретации и анализа результатов исследований;

5. Приобретение умений и навыков в проведении дифференциальной диагностики заболеваний и состояний, формулировке диагноза в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза;

6. Приобретение знаний в методах медикаментозного и немедикаментозного лечения, механизмах действия, лечебных и побочных эффектах лекарственных препаратов, их взаимодействии и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств, а также умений и навыков составления плана лечения, определения медицинских показаний и противопоказания к назначению медикаментозного и немедикаментозного лечения;

7. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков по осуществлению комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, а также, осуществлению комплекса мероприятий, направленных на профилактику инфекционных заболеваний или противоэпидемических мероприятий, в случае возникновения очага инфекции;

8. Приобретение знаний в основах медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, методах медицинской реабилитации, а также умений и навыков определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, участия в проведении мероприятий по медицинской реабилитации;

9. Приобретение знаний в законодательстве РФ, регламентирующим порядок проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, умений и навыков определения медицинских показаний для направления пациентов с нарушениями,

приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу, определения необходимости ухода за пациентом с заболеванием и (или) состоянием;

10. Приобретение знаний в области медицинского законодательства, регламентирующего оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями и (или) состояниями, медицинских показаний для оказания пациентам паллиативной помощи, медицинских показаний к направлению пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, на консультацию к специалистам, в том числе и по паллиативной помощи, а также умений и навыков разработки индивидуального плана оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей пациента;

11. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;

12. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в оценке состояния пациентов, требующих оказания срочной и неотложной медицинской помощи.

2. Результаты обучения

В результате освоения дисциплины «Терапия» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

универсальные компетенции (УК):

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и

	способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в т.ч. здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

общепрофессиональные компетенции (ОПК):

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Медицинская деятельность	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
	ПК – 1. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения и осуществлению диспансерного наблюдения при различных

	заболеваниях
--	--------------

Содержание и структура общепрофессиональных компетенций и их соответствие видам деятельности и трудовой функции профессионального стандарта

Трудовая функция	Вид деятельности	Код и название компетенции	Содержание и структура профессиональных компетенций		
			знания	умения	навыки
	Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения
	Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	Составлять план работы и отчет о своей работе Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования	Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Использование информационных систем и информационно-

				<p>противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности</p> <p>Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>телекоммуникационной сети "Интернет" в сфере здравоохранения</p> <p>Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p> <p>Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p> <p>Организация взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"</p>
<p>A/01.7 B/01.8 Диагностика заболеваний по профилю «терапия»</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю "терапия"</p> <p>Клинические рекомендации, стандарты по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>Методика сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя)</p> <p>Методика физического обследования пациента</p> <p>Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", показания и противопоказания к их использованию</p> <p>Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин</p>	<p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя)</p> <p>Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя)</p> <p>Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или)</p>	<p>Анализ информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя)</p> <p>Проведение физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы)</p> <p>Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"</p> <p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований</p> <p>Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" на лабораторные и инструментальные обследования при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской</p>

			<p>Установка диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснование</p> <p>Особенности ведения беременных женщин, имеющих экстрагенитальную патологию</p> <p>Особенности ведения лиц пожилого и старческого возраста</p> <p>Медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам</p> <p>Признаки профессиональных заболеваний и определение показания к направлению к профпатологу</p> <p>Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия" при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Организация первичных противоэпидемиологических мероприятий в очаге инфекционных заболеваний</p> <p>Теория и методология диагноза, структуры, основных принципов построения клинического диагноза: симптоматического, синдромального, нозологического, метода дифференциального диагноза</p> <p>Медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам.</p> <p>Медицинские показания для направления</p>	<p>состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - измерение АД на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - СМАД - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - снятие и расшифровка ЭКГ. <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов</p> <p>Обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю "терапия"</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ пациента с заболеванием и (или)</p>	<p>помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложненного) с учетом действующей Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</p> <p>Установка диагноза с учетом МКБ</p> <p>Определение медицинских показаний для направления пациента при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара</p> <p>Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия"</p>	<p>состоянием по профилю "терапия" Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия" при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>	
<p>А/02.7 В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю "терапия" Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" взрослого населения Особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин Перечень нозологических форм по</p>	<p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания</p>

			<p>системам у взрослого населения в том числе профзаболеваний</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю "терапия", медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p>	<p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Направлять пациента при</p>	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия"</p> <p>Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами</p> <p>Направление пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состоянии по профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p> <p>Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состоянии по профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий</p>	
<p>А/03.7 В/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p> <p>Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю</p>	<p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской</p>	<p>Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Составление плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых</p> <p>Участие в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида</p> <p>Оценка эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с</p>

			"терапия"	<p>реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p>	заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации
<p>А/04.7 В/04.8 Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформления и выдачи листов временной нетрудоспособности</p> <p>Порядок выдачи листов временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде</p> <p>Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для</p>	<p>Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю "терапия" членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p>	<p>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности</p> <p>Подготовка и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Направление пациентов, имеющих</p>

			<p>осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>	<p>Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>	<p>стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на медико-социальную экспертизу</p>
<p>А/05.7 В/05.8 Проведение медицинских, профилактических медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ПК – 1. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения и осуществлению диспансерного наблюдения при различных заболеваниях</p>	<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Диспансерное наблюдение за пациентами с неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и факторами риска в соответствии</p>	<p>Проводить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Проводить медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов</p> <p>Проводить медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью</p>	<p>Участие в проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, при наличии необходимой подготовки по вопросам проведения медицинского освидетельствования</p> <p>Участие в проведении медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Организация, диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <p>Проведение и контроль профилактических медицинских осмотров населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <p>Проведение и контроль диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по</p>

			<p>нормативными правовыми актами.</p> <p>Объемы и методы исследования, которые проводятся в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Порядки заполнения форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, а также правила заполнения учетных форм первичной медицинской документации</p> <p>Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям</p>	<p>раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", основных факторов риска их развития</p> <p>Проводить и контролировать диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p> <p>Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", в том числе социально значимых</p>	<p>профилю "терапия" в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми</p> <p>Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>A/06.7 B/06.8 Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p> <p>Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p>	<p>Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)</p> <p>Определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту</p> <p>Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации</p>	<p>Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний</p> <p>Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении</p>

				физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела	инфекционного или профессионального заболевания Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
<p>А/07.7 В/07.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p>	<p>Составлять план работы и отчет о своей работе Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Соблюдать правила внутреннего трудового</p>	<p>Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидностью пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оценки здоровья прикрепленного населения Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p>

				распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	
А/08.7 В/08.8 Оказание пациентам медицинской помощи в экстренной и неотложной форме	Медицинская деятельность	ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) Методика физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)) Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации	Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)) Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме

3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Терапия» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП

4. **Общая трудоемкость дисциплины** составляет 26 зачетных единиц, 936 академических часов (900 академических часов аудиторной, самостоятельной работы и 36 часов экзамен), в том числе аудиторные часы – 576, самостоятельная работа – 324.

5. **Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.**

Виды учебной работы	Всего часов	Курс	
		1	2
Лекции	72	72	0
Семинары	504	504	0
Самостоятельная работа (всего)	324	324	0
Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	36	36	0
Общая трудоемкость:	часы	936	936
	зачетные единицы	26	26

6. **Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

Учебно-тематический план дисциплины «Терапия» (в академических часах) и матрица компетенций

	Наименование раздела в дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Экзам ен	Итог о часо в	Формируемые компетенции по ФГОС														Используе мые образовате льные технологии , способы и методы обучения	Текущий и рубежный контроль успеваемости					
		лекции	семинары					УК					ОПК										Формы контрол я	Рубежны й контроль				
								1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	Экзамен	Зачет	Зачет с оценкой	
<i>Б 1.Б.6</i>	<i>Терапия</i>	72	504	576	324	36	936	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	Л, Р, С, РКС	КР, ЗС, С, Т	+			
<i>Б1.Б.6.1</i>	<i>Заболевания сердечно-сосудистой системы</i>	22	124	146	72		218	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т		+		
6.1.1	Атеросклероз и нарушения липидного обмена: определение, факторы риска, патоморфология,		6		4		10	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+							

	патогенез, клиника атеросклероза при локализации в различных сосудистых бассейнах, методы диагностики, современные принципы гиполипидемической терапии.																							
6.1.2	Стабильная ИБС: понятие, классификация, современная диагност	2	6 ¹	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ика, принцип ы рациона льной фармако терапии, реваскул яризация миокард а. Диспанс ерное наблюде ние пациент ов с ИБС. Реабил тация.																							
6.1.3	ОКС с подъемо м сегмента ST, ИМ с подъемо м сегмента ST: понятие, диагност ика,	2	12 ²	4	18	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Критери и стойкой нетрудос пособно сти.																														
6.1.1 1	Нарушен ия сердечно го ритма: фибрилл яция предсерд ий. Факторы риска, этиологи я, патогене з, классиф икация. Клиника , диагност ика, стратиф икация риска, неотлож	2	6 ⁹	6 ¹⁰	14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+									

⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

¹⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>ная терапия, тактика антиаритмической и антикоагулянтной терапии. Показаня к эндоваскулярным методам коррекции нарушений ритма, методы интервенционного лечения ФП.</p>																										
6.1.1 2	Нарушения сердечного ритма: желудочковые нарушения ритма.	2	4	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+							

Клиника, диагностика, стратификация риска, неотложная терапия, тактика лечения. Диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов с нарушениями ритма. Показания к ИКД/РТ, диспансерное наблюдение пациентов с ИКД. Реабилитация. Экспертиза																									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	нетрудоспособности.																																						
6.1.13	Нарушения проводимости: факторы риска, клиника, диагностика, неотложная терапия, тактика ведения и лечения. Постоянная электрокардиостимуляция: основы метода, виды и режимы работы имплантируемых водителей ритма.	6 ¹¹	4	10	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+																				

¹¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Диспансерное наблюдение пациентов с ПЭКС. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.																							
6.1.1 4	Приобретенные клапанные пороки сердца (Недостаточность и стеноз аортального клапана.). Факторы риска, классификация, клиника, прогноз.	2	6 ¹²	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				

¹² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Медикаментозная терапия. Показания к оперативному лечению. Реабилитация. Диспансерное наблюдение пациентов с клапанной болезнью сердца. Эксперт иза нетрудоспособности.																							
6.1.1 5	Приобретенные клапанные пороки сердца	6 ¹³	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

¹³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

<p>(Недосто точность и стеноз митраль ного клапана) . Факторы риска, классиф икация, клиника, прогноз. Медикам ентозная терапия. Показан ия к оператив ному лечению . Реабил тация. Диспанс ерное наблюде ние пациент ов с клапанн ой болезнь ю сердца. Эксперт иза</p>																						
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	нетрудоспособности																					
6.1.1 6	Инфекционный эндокардит: факторы риска, этиология, клиника, современная диагностика, рациональная фармакотерапия. Профилактика. Показания к оперативному лечению. Реабилитация. Диспансерное наблюдение пациентов.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

	Эксперт иза нетрудос пособно сти.																						
6.1.1 7	ТЭЛА: факторы риска, клиника, диагност ика, неотлож ная терапия, тактика ведения, первичн ая и вторична я профила ктика. Реабил тация. Диспанс ерное наблюде ние. Эксперт иза	2		2 ¹⁴	4	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+				

	нетрудоспособности.																							
6.1.1 8	Миокардиты. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Реабилитация после перенесенного миокардита, диспансерное наблюдение	6 ¹⁵	2 ¹⁶	8	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+					

¹⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

¹⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ние. Вопросы МСЭ.																								
6.1.2 0	Кардио иопатии: дилатац онная, гипертро фическа я. Морфол огия, пато- физиоло гия. Клини- ческие проявлен ия. Диагнос тика, диффе- ренциаль ная диа- гностика , лечение, прогноз, МСЭ.		6 ¹⁹		2 ²⁰		8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

¹⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

²⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

Б1.Б. 6.2	Заболевания органов дыхания	20	70	90	46	136	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т	+	
6.2.1	ОРВИ: особенности клинической картины, течения, прогноз. Профилактика, вакцинопрофилактика. Противоэпидемические мероприятия. Реабилитация.	2	4		4	10																		
6.2.2	Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): вопросы эпидемиологии,	2	6 ²¹		4	12																		

²¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

6.2.3	Пневмония (внебольничная и нозокомиальная): факторы риска, этиология, клиника, диагностика, тактика терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии.	2	18 ²²		4		24																								
6.2.4	Бронхиальная астма: клиника, подходы к	2	12		4		18																								

²² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

диагност
ике,
совре
нная
терапия,
обучени
е
пациент
ов
методам
самокон
троля
БА,
навыкам
использо
вания
совреме
нных
средств
доставки
лек. преп
аратов,
применя
емых
при
лечении
БА.
Реабил
тация,
диспансе
рное
наблюде
ние.
Критери
и
стойкой
нетрудос

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	пособности. Обострение БА: факторы риска, диагностика, лечение.																						
6.2.5	ХОБЛ, стабильное течение: факторы риска, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.	6 ²³	4	10																			

²³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

6.2.6	Обостре ние ХОБЛ: факторы риска, диагност ика, тактика терапии. Реабил итация. Профила ктика обострен ий ХОБЛ.	2	6 ²⁴	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						
6.2.7	Интерст ициальн ые заболева ния легких: клиниче ские формы, клиника, возможн ости диагност ики,	2	6 ²⁵	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

²⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

²⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	дифференциальная диагностика, тактика терапевта, возможности современного лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.																							
6.2.8	Легочная гипертония: понятие, клинические формы, клиника, диагностика, подходы	2		4		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

	диагностика. Лечение, показаны к хирургическому лечению, прогноз, диспансерное наблюдение реабилитация, МСЭ.																							
6.2.10	Плевриты. Этиология, патогенез, классификация. Диагностика. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профила	6 ²⁸	2		8																			
							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

²⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ктика, реабилитация, МСЭ.																						
6.2.1 1	Синдром кашля: дифференциальная диагностика в практике терапевта. ²⁹	2			2		4			+	+	+	+	+	+	+	+						
6.2.1 2	Синдром одышки: дифференциальный диагноз в практике терапевта. ³⁰	2			2		4			+	+	+	+	+	+	+	+						
6.2.1 3	Синдром гиперэозинофилии: дифференциальная диагностика	2			2		4			+	+	+	+	+	+	+	+						

²⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

³⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ика в практике терапевт а ³¹																								
6.2.1 4	Бронхооб- структи- вный синдром в практике терапевт а	2			2		4		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
Б1.Б. 6.3	Заболева- ния ЖКТ	14	84	98	64		162		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т		+	
6.3.1	ГЭРБ. Клиниче- ская картина. Пищеве- дные и внепище- водные симптом- ы. Диагнос- тика. Тактика немедик- аментозн ой и медикам		6 ³²		4		10		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

³¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

³² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>ентозной терапии. Грыжи пищевод ного отверсти я диафраг мы. Клиника , диагност ика, тактика.</p>																																
6.3.2	<p>Кислото зависим ые заболева ния желудка и 12- перстной кишки: клиника, диагност ика, лечение. Диагнос тика инфекци и H.pylori, инструм ентальна я диагност</p>	2	4	4		10		+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+									

	профилак-тика.																					
6.3.5	Алкогoл-ная болезнь печени: патогенез, клиниче-ские формы, диагност-ика, совре-менные возмoжн-ости тера-пии. Профила-ктика	2	6	4		12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				
6.3.6	НАЖБП: диагност-ика, диффере-нциальн-ая диагност-ика, коморби-дность НАЖБП, подходы	2	6 ³³	4		12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				

³³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

склерозирующий холангит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. Показания к трансплантации печени. Эксперт иза нетрудоспособности. Реабилитация.																								
6.3.9 Функциональные билиарные	2	6 ³⁵		4		12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

³⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	расстрой ства, клиника, диагност ика, лечение.																					
6.3.1 0	ЖКБ: клиника, диагност ика, лечение, периопе рационн ое ведение пациент ов. Реабил итация. Диспанс ерное наблюде ние.	2	6 ³⁶	4	10		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
6.3.1 1	Хрониче ский панкреат ит: факторы риска,	2	6 ³⁷	4	12		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

³⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

³⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	клиника, современная диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.																																	
6.3.1 2	Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современная терапия.	2	6 ³⁸		4		12							+		+		+		+		+		+		+								

³⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.																																
6.3.13	Синдром раздраженного кишечника: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современная терапия. Реабилитация.	4		4		8	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+											
6.3.14	Синдром избыточного бактериального	6		2 ³⁹		8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+											

³⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>роста в кишечни ке: факторы риска, клиника, диагност ика, лечение, профила ктика. Антибио тик- ассоциир ованная диарея: диагност ика, совреме нная терапия, профила ктика. Реабил тация.</p>																							
6.3.1 5	<p>Хрониче ский запор у взрослы х: факторы риска, лечение, профила ктика.</p>	2		4		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

6.3.1 6	Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: клиника, диагностика, тактика терапии. Профилактика. Реабилитация.	4	4	8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6.3.1. 7	Микроскопический колит: дефиниция, эпидемиология, факторы риска, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	2	2	4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

	40																								
Б1.Б. 6.4	Заболевания почек и мочевыводящих путей	2	30	32	16	48	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т	+
6.4.1	Острый гломерулонефрит. Быстропрогрессирующий (экстракапиллярный) гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Лечение. Экспертиза нетрудоспособно	6 ⁴¹			2	8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				

⁴⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁴¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.																							
6.4.4	Хроническая болезнь почек: понятие, классификация, клиника, диагностика, принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии. Профилактика.	2	6 ⁴³		4		12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				

⁴³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.																							
6.4.5	Вторичные заболевания почек (при АГ, ХСН, ИЭ, вследствие воздействия медикаментов и рентгеноконтрастных препаратов). Клиника, диагностика, лечение, профила	6	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

	ктика, реабилитация, критерии и стойкой нетрудоспособности.																								
<i>Б1.Б.6.5</i>	<i>Гематологические синдромы и заболевания</i>	2	26	28	20	48	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т		+		
6.5.1	Анемический синдром: этиология, патогенез, факторы риска, дифференциальная диагностика. Железодефицитные	2	6 ⁴⁴		4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

⁴⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>состояния и ЖДА, В12- и фолиево дефицитные анемии, анемия при ЗНО – диагностика и лечение. Коморбидность анемического синдрома (ХСН, ХБП, онкопатология).</p>																							
6.5.2	<p>Синдром лихорадки неясного генеза: дифференциальная диагностика в практике терапевт</p>	6		4		10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

	а. ⁴⁵																							
6.5.3	Геморрагический синдром: дифференциальная диагностика и особенности лечения. Тромбоцитопения: факторы риска, подходы к терапии.	2 ⁴⁶	4	6																				
6.5.4	Лимфолиферативные заболевания: клиника, диагностика,	6	4	10																				

⁴⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁴⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии, тактика терапевта. ⁴⁷																									
6.5.5	Миелопролиферативные заболевания: клиника, диагностика, тактика терапевта.		6		4		10																			
								+	+	+	+	+	+													
Б1.Б.6.6	Эндокринология	4	52	56	36		92	+	+	+	+	+	+													
6.6.1	Сахарный диабет 2 типа:		6 ⁴⁸		4		10	+	+	+	+	+	+													

⁴⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁴⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

<p>эпидемиология, современная диагностика, целевые уровни гликемии, самоконтроль и социальная адаптация пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Реабилитация. Диспансерное наблюдение при СД 2 типа. Экспертиза нетрудоспособности.</p>																						
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.6.2	Лечение сахарного диабета 2 типа: пероральные сахароснижающие препараты. Рациональная фармакотерапия.	2	6 ⁴⁹	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
6.6.3	Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа.		6 ⁵⁰	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
6.6.4	Гестационный СД: эпидеми	2	6 ⁵¹	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

⁴⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁵⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁵¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ология, современные критерии и диагноза, подходы к ведению пациенток гестационным СД – роль терапевта. Профилактика. Реабилитация.																									
6.6.5	Поздние осложнения сахарного диабета – микроангиопатии (диабети	6 ⁵²	4	10	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+					

⁵² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

<p>ческая ретинопатия, нейропатия, нефропатия): патогенез, классификация, профилактика, лечение. Профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Эксперт иза нетрудоспособности.</p>																										
<p>6.6.6 Поздние осложнения сахарного диабета – синдром диабетич</p>	<p>4</p>		<p>2</p>		<p>6</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>		<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>					

	еской стопы (СДС): патогенез, классификация, профилактика, лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. ⁵³																							
6.6.7	Синдром гипотиреоза: эпидемиология, клинические формы,	6 ⁵⁴	4	10	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+					

⁵³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁵⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	диагностика, подходы к терапии. Субклинический гипотиреоз: диагностика, тактика.																										
6.6.8	Синдром тиреотоксикоза: эпидемиология, клинические формы, диагностика, подходы к терапии. Субклинический гипертиреоз:	4	4	8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

	диагностика, тактика. 55																							
6.6.9	Амиодарон-индуцированная дисфункция щитовидной железы. Взаимодействие эндокринолога, кардиолога, терапевта.	2 ⁵⁶	2	4	+	+	+	+	+	+	+													
6.6.10	Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, коморби	6	4	10	+	+	+	+	+	+	+													

⁵⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁵⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

6.7.4	Подагра. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.	2	6	4	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
6.7.5	Системные васкулиты. Этиология		6 ⁵⁸	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

⁵⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	ия, патогене з, классиф икация, клиника, диагност ика. Принцип ы и методы совреме нной терапии. Диспанс ерное наблюде ние. Реабилитация. Эксперт иза нетрудос пособно сти.																																			
6.7.6	Реактивн ые артриты. Этиолог ия, патогене з,	6 ⁵⁹	4	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+																			

⁵⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>классификация, клиника, критерии и диагностики, дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.</p>																							
6.7.7	<p>Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классиф</p>	4	4	8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						

	икация, клиника, критери и диагност ики, диффере нциальн ая диагност ика лечение. Диспанс ерное наблюде ние. Реабил тация. Эксперт иза нетрудос пособно сти.																										
Б1.Б. 6.8	Профил актика хрониче ских неинфек ционных заболева ний (ХНИЗ)	2	30	32	24	56	+	+	+	+	+	+							+	+			Л, Р, С, РКС	КР, С, ЗС, Т		+	

6.8.1	Эпидемиология ХНИЗ в РФ. Детерминанты здоровья населения. Традиционные и новые факторы риска ХИНЗ.	6 ⁶⁰	4	10	+	+	+	+	+	+																											
6.8.2	Поведенческие факторы риска: курение, алкоголь, физическая активность, алиментарный фактор. Биологи	4	4	8	+	+	+	+	+	+																											

⁶⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	профилактика. ⁶⁷																								
6.10.4	Полипразия и методы ее профилактики и коррекции. ⁶⁸	6	2	8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения:

- Л - традиционная лекция,
- Р - подготовка и защита рефератов,
- С - семинар
- РКС - разбор клинических случаев

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

- ЗС - решение ситуационных задач,
- Т - тестирование
- КР - контрольная работа,
- С - собеседование по контрольным вопросам.

⁶⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁶⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

7. Содержание дисциплины «Терапия»

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Заболевания сердечно-сосудистой системы⁶⁹	22	124	72	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.1	Атеросклероз и нарушения липидного обмена: определение, факторы риска, патоморфология, патогенез, клиника атеросклероза при локализации в различных сосудистых бассейнах, методы диагностики, современные принципы гиполипидемической терапии.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.2	Стабильная ИБС: понятие, классификация, современная диагностика, принципы рациональной фармакотерапии, реваскуляризация миокарда. Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.3	ОКС с подъемом сегмента				Контрольная	УК-1, УК-2,

⁶⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	<p>ST, ИМ с подъемом сегмента ST: понятие, диагностика, тактика, неотложная терапия, реваскуляризация миокарда, реабилитация. Антитромботическая терапия. Диспансерное наблюдение пациентов после перенесенного ИМ и реваскуляризации. Реабилитация. Критерии стойкой нетрудоспособности.</p>				<p>работа, собеседование, тест, решение клинических задач</p>	<p>УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10</p>
1.4	<p>ОКС без подъема сегмента ST, ИМ без подъема сегмента ST: понятие, диагностика, тактика, неотложная терапия, реваскуляризация миокарда, реабилитация. Антитромботическая терапия. Диспансерное наблюдение пациентов после перенесенного ИМ и реваскуляризации. Реабилитация. Критерии стойкой нетрудоспособности.</p>				<p>Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10</p>
1.5	<p>ОКС без подъема сегмента ST, Нестабильная стенокардия: понятие, диагностика, тактика, неотложная терапия, реваскуляризация миокарда, реабилитация. Антитромботическая терапия. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Критерии стойкой нетрудоспособности.</p>				<p>Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10</p>
1.6	<p>Артериальная гипертензия: диагностика, дифференцированный</p>				<p>Контрольная работа, собеседование, тест, решение</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2,</p>

	подход к определению целевого уровня АД, выбору антигипертензивной терапии. Критерии качества оказания медицинской помощи при АГ.				клинических задач	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.7	Гипертонические кризы (диагностика, лечение). Реабилитация пациентов, диспансерное наблюдение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.8	АГ и беременность: клинические формы, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение, наблюдение в послеродовом периоде.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.9	Симптоматические артериальные гипертензии: этиология, патогенез, особенности клинической картины, диагностика, принципы лечения.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.10	Хроническая сердечная недостаточность: определение, классификация, современная диагностика, подходы к лечению, реабилитация, диспансерное наблюдение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8,

	ХСН и сочетанная патология. Декомпенсация сердечной недостаточности: диагностика, лечение, реабилитация.					ОПК-9, ОПК-10
1.11	Нарушения сердечного ритма: наджелудочковые тахикардии (синусовая тахикардия, фокусная предсердная тахикардия, полифокусная предсердная тахикардия, макро-ри-ентри предсердные тахикардии, пароксизмальные АВ-узловые реципроктные тахикардии). Клиника, диагностика, стратификация риска, неотложная терапия, тактика лечения. Диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов с нарушениями ритма. Критерии стойкой нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.12	Нарушения сердечного ритма: фибрилляция предсердий. Факторы риска, этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, стратификация риска, неотложная терапия, тактика антиаритмической и антикоагулянтной терапии. Показания к эндоваскулярным методам коррекции нарушений ритма, методы интервенционного лечения ФП.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.13	Нарушения сердечного ритма: желудочковые нарушения ритма. Клиника,				Контрольная работа, собеседование, тест, решение	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2,

	<p>диагностика, стратификация риска, неотложная терапия, тактика лечения.</p> <p>Диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов с нарушениями ритма.</p> <p>Показания к ИКД/РТ, диспансерное наблюдение пациентов с ИКД.</p> <p>Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.</p>				клинических задач	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.14	<p>Нарушения проводимости: факторы риска, клиника, диагностика, неотложная терапия, тактика ведения и лечения. Постоянная электрокардиостимуляция: основы метода, виды и режимы работы имплантируемых водителей ритма. Диспансерное наблюдение пациентов с ПЭКС. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.</p>				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.15	<p>Приобретенные клапанные пороки сердца (Недостаточность и стеноз аортального клапана.).</p> <p>Факторы риска, классификация, клиника, прогноз. Медикаментозная терапия. Показания к оперативному лечению. Реабилитация.</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов с клапанной болезнью сердца.</p> <p>Экспертиза нетрудоспособности.</p>				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.16	<p>Приобретенные клапанные пороки сердца (Недостаточность и стеноз</p>				Контрольная работа, собеседование, тест, решение	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2,

	митрального клапана). Факторы риска, классификация, клиника, прогноз. Медикаментозная терапия. Показания к оперативному лечению. Реабилитация. Диспансерное наблюдение пациентов с клапанной болезнью сердца. Экспертиза нетрудоспособности				клинических задач	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.17	Инфекционный эндокардит: факторы риска, этиология, клиника, современная диагностика, рациональная фармакотерапия. Профилактика. Показания к оперативному лечению. Реабилитация. Диспансерное наблюдение пациентов. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.18	ТЭЛА: факторы риска, клиника, диагностика, неотложная терапия, тактика ведения, первичная и вторичная профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.19	Миокардиты. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Реабилитация после перенесенного миокардита, диспансерное наблюдение. Вопросы МСЭ.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
1.20	Перикардиты. Этиология,				Контрольная	УК-1, УК-2,

	патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Реабилитация после перенесенного миокардита, диспансерное наблюдение. Вопросы МСЭ.				работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.	Заболевания органов дыхания⁷⁰	20	70	46	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.1	ОРВИ: особенности клинической картины, течения, прогноз. Профилактика, вакцинопрофилактика. Противоэпидемические мероприятия. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.2	Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): вопросы эпидемиологии, диагностика, дифф.диагностика, тактика терапии. Противоэпидемические мероприятия. Диспансеризация после перенесенной новой коронавирусной инфекции: задачи, сроки, методы.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

⁷⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Реабилитация пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции.					
2.3	Пневмонии (внебольничная и нозокомиальная): факторы риска, этиология, клиника, диагностика, тактика терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.4	Бронхиальная астма: клиника, подходы к диагностике, современная терапия, обучение пациентов методам самоконтроля БА, навыкам использования современных средств доставки лек.препаратов, применяемых при лечении БА. Реабилитация, диспансерное наблюдение. Критерии стойкой нетрудоспособности. Обострение БА: факторы риска, диагностика, лечение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.5	ХОБЛ, стабильное течение: факторы риска, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.6	Обострение ХОБЛ: факторы риска, диагностика, тактика терапии. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4,

	Профилактика обострений ХОБЛ.				задач	ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.7	Интерстициальные заболевания легких: клинические формы, клиника, возможности диагностики, дифференциальная диагностика, тактика терапевта, возможности современного лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.8	Легочная гипертензия: понятие, клинические формы, клиника, диагностика, подходы к терапии. Реабилитация, Диспансерное наблюдение. Критерии стойкой нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.9	Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Осложнения. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, показания к хирургическому лечению, прогноз, диспансерное наблюдение реабилитация, МСЭ.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.10	Плевриты. Этиология, патогенез, классификация. Диагностика. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика,				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6,

	реабилитация, МСЭ.					ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.11	Синдром кашля: дифференциальная диагностика в практике терапевта. ⁷¹				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК- 1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.12	Синдром одышки: дифференциальный диагноз в практике терапевта ⁷²				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК- 1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
2.13	Синдром гиперэозинофилии: дифференциальная диагностика в практике терапевта ⁷³				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК- 1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

⁷¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁷² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁷³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

2.14	Бронхообструктивный синдром в практике терапевта ⁷⁴				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.	Заболевания ЖКТ	14	84	64	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.1	ГЭРБ. Клиническая картина. Пищеводные и внепищеводные симптомы. Диагностика. Тактика немедикаментозной и медикаментозной терапии. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, тактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.2	Кислотозависимые заболевания желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Диагностика инфекции <i>H.pylori</i> , инструментальная диагностика, современная терапия, эрадикационная терапия.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

⁷⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

3.3	Болезни оперированного желудка: классификация, клиника, диагностика, немедикаментозная и медикаментозная терапия, реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.4	НПВП-гастроэнтероколиты: клиника, лечение, профилактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.5	Алкогольная болезнь печени: патогенез, клинические формы, диагностика, современные возможности терапии. Профилактика				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.6	НАЖБП: диагностика, дифференциальная диагностика, коморбидность НАЖБП, подходы к терапии. Профилактика. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.7	Лекарственные поражения печени: дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4,

	Реабилитация.				задач	ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.8	Аутоиммунные заболевания печени (аутоиммунные гепатиты, ПБХ, первичный склерозирующий холангит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. Показания к трансплантации печени. Экспертиза нетрудоспособности. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.9	Функциональные билиарные расстройства, клиника, диагностика, лечение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.10	ЖКБ: клиника, диагностика, лечение, периоперационное ведение пациентов. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.11	Хронический панкреатит: факторы риска, клиника, современная диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6,

						ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.12	Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современная терапия. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.13	Синдром раздраженного кишечника: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, современная терапия. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.14	Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике: факторы риска, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Антибиотик-ассоциированная диарея: диагностика, современная терапия, профилактика. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.15	Хронический запор у взрослых: факторы риска, лечение, профилактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

3.16	Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: клиника, диагностика, тактика терапии. Профилактика. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
3.17	Микроскопический колит: дефиниция, эпидемиология, факторы риска, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. ⁷⁵				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
4.	Заболевания почек и МВП	2	30	16	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
4.1	Острый гломерулонефрит. Быстро прогрессирующий (экстра-капиллярный) гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Лечение. Экспертиза нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. ⁷⁶				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,

⁷⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁷⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

						ОПК-10
4.2	Хронический гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Лечение. Экспертиза нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. ⁷⁷				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
4.3	Инфекции мочевыводящих путей: факторы риска, клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
4.4	Хроническая болезнь почек: понятие, классификация, клиника, диагностика, принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии. Профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
4.5	Вторичные заболевания почек (при АГ, ХСН, ИЭ, вследствие воздействия медикаментов и рентгеноконтрастных препаратов). Клиника, диагностика, лечение, профилактика,					

⁷⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	реабилитация, критерии стойкой нетрудоспособности.					
5.	Гематологические синдромы и заболевания⁷⁸	2	26	20	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
5.1	Анемический синдром: этиология, патогенез, факторы риска, дифференциальная диагностика. Железодефицитные состояния и ЖДА, В12- и фолиеводефицитные анемии, анемия при ЗНО – диагностика и лечение. Коморбидность анемического синдрома (ХСН, ХБП, онкопатология).				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
5.2	Синдром лихорадки неясного генеза: дифференциальная диагностика в практике терапевта. ⁷⁹				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

⁷⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁷⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

5.3	Геморрагический синдром: дифференциальная диагностика и особенности лечения. Тромбоцитопения: факторы риска, подходы к терапии.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
5.4	Лимфопролиферативные заболевания: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии, тактика терапевта. ⁸⁰				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
5.5	Миелопролиферативные заболевания: клиника, диагностика, тактика терапевта.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.	Эндокринология⁸¹	4	52	36	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8,

⁸⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁸¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

						ОПК-9, ОПК-10
6.1	Сахарный диабет 2 типа: эпидемиология, современная диагностика, целевые уровни гликемии, самоконтроль и социальная адаптация пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Реабилитация. Диспансерное наблюдение при СД 2 типа. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.2	Лечение сахарного диабета 2 типа: пероральные сахароснижающие препараты. Рациональная фармакотерапия.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.3	Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.4	Гестационный СД: эпидемиология, современные критерии диагноза, подходы к ведению пациенток гестационным СД – роль терапевта. Профилактика. Реабилитация.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

6.5	Поздние осложнения сахарного диабета – микроангиопатии (диабетическая ретинопатия, нейропатия, нефропатия): патогенез, классификация, профилактика, лечение. Профилактика. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.6	Поздние осложнения сахарного диабета – синдром диабетической стопы (СДС): патогенез, классификация, профилактика, лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. ⁸²				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.7	Синдром гипотиреоза: эпидемиология, клинические формы, диагностика, подходы к терапии. Субклинический гипотиреоз: диагностика, тактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.8	Синдром тиреотоксикоза: эпидемиология, клинические формы, диагностика, подходы к терапии. Субклинический гипертиреоз: диагностика, тактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8,

⁸² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

						ОПК-9, ОПК-10
6.9	Амиодарон-индуцированная дисфункция щитовидной железы. Взаимодействие эндокринолога, кардиолога, терапевта.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
6.10	Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, коморбидность. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ. Профилактика.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.	Заболевания суставов и костей⁸³	6	40	28	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.1	Остеоартрит. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики. Дифференциальная диагноз, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8,

⁸³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	нетрудоспособности.					ОПК-9, ОПК-10
7.2	Остеопороз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, особенности течения, критерии диагностики. Дифференциальная диагноз, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.3	Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии РА. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.4	Подагра. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.5	Системные васкулиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.6	Реактивные артриты.				Контрольная работа,	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4,

	Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				собеседование, тест, решение клинических задач	УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
7.7	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Экспертиза нетрудоспособности.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
8	Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)⁸⁴	2	30	24	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
8.1	Эпидемиология ХНИЗ в РФ. Детерминанты здоровья населения. Традиционные и новые факторы риска ХИНЗ.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
8.2	Поведенческие факторы риска: курение, алкоголь, физическая активность, алиментарный фактор. Биологические факторы риска, возможности их коррекции. ⁸⁵				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9

⁸⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁸⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на

8.3	Гигиеническое образование и воспитание населения.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
8.4	Организация профилактики ХНИЗ в рамках первичной первичной медико-санитарной помощи. Профилактическое консультирование групп риска. Профилактические программы.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
8.5	Профилактика социально-значимых ХНИЗ: кардиоваскулярная профилактика (национальные рекомендации), профилактика ожирения, профилактика СД, профилактика ХОБЛ				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
8.6	Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ.				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
9.	Организация терапевтической помощи населению.⁸⁶	0	24	8	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9
9.1	Диспансеризация взрослого населения: нормативная база, методы, группы здоровья, сроки, задачи.				Контрольная работа, собеседование,	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2,

заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁸⁶ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	Профилактические медицинские осмотры: организация, цели, задачи, методы реализации.				тест, решение клинических задач	ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9
9.2	Реабилитация пациентов с заболеваниями по профилю «терапия».				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6
9.3	Экспертиза нетрудоспособности				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-9
10	Гериатрия	0	24	10	Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
10.1	Основные гериатрические синдромы: синдром саркопении, синдром дегидратации и мальнутриции, синдром падений, пролежни. ⁸⁷				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
10.2	Основные гериатрические синдромы: синдром когнитивных нарушений, синдром сенсорных дефицитов,				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4,

⁸⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

	головокружение, депрессия у пожилых, делирий у пожилых. Гигиена сна у пожилых. ⁸⁸				задач	ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
10.3	Основные гериатрические синдромы: недержание мочи, хронический болевой синдром у пожилых, синдром старческой астении (хрупкости). Жестокое обращение с пожилыми: признаки, преодоление, профилактика. ⁸⁹				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
10.4	Полипрагмазия и методы ее профилактики и коррекции ⁹⁰ .				Контрольная работа, собеседование, тест, решение клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

8. Образовательные технологии

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные технологии: лекция, семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

- Лекции проводятся с использованием дополнительного оборудования в виде мультимедийной системы для обеспечения наглядности учебного материала.

⁸⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁸⁹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁹⁰ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

Расписание лекций формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

- Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.
- В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области терапии.
- Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

9. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

ЗС – решение ситуационных задач,

КР – контрольная работа,

С – собеседование по контрольным вопросам,

Т – тестирование,

Р –реферат.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный.

Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы. Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся, поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые

будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы. При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы. Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);
- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);
- заключение (краткая формулировка основных выводов);
- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами.

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций,

требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.
2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

2. Промежуточная аттестация- выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Процедура промежуточной аттестации включает устное собеседование с ординатором, демонстрацию ординатором практических навыков, учитывает сдачу экзаменов, зачетов по дисциплинам и практикам, предусмотренных учебным планом. Экзамен по дисциплине «Терапия» является формой рубежного контроля успеваемости по дисциплине, результат которого учитывается при промежуточной аттестации ординаторов.

Перечень оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
Б 1.Б.6.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	Зачет	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.2	Заболевания органов дыхания	Зачет		УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4,

			ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.3	Заболевания ЖКТ	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.4	Заболевания почек и мочевыводящих путей	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.5	Гематологические заболевания и синдромы	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.6	Эндокринология	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.7	Заболевания суставов и костей	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
Б 1.Б.6.8	Профилактика ХИНЗ	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9
Б 1.Б.6.9	Организация терапевтической помощи населению	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9
Б 1.Б.6.10	Гериатрия	Зачет	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10

Экзамен по дисциплине «Терапия» проводится после освоения всех образовательных модулей, предусмотренных учебным планом, и включает в себя:

1. Тестирование (100 вопросов);
2. Собеседование по экзаменационному билету, включающему 3 вопроса из

разных разделов дисциплины и ситуационную клиническую задачу.

Успешное тестирование (более 70% правильных ответов) является обязательным условием для допуска к собеседованию. Результаты устного этапа экзамена оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в день экзамена.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:

Перечень компетенций	Критерии их сформированности	Оценка по 5-ти бальной шкале	Аттестация
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10	если ординатор глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.	Отлично (5)	Зачтено
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10	если ординатор твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических	Хорошо (4)	

	вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.		
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10	если ординатор имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.	Удовлетворительно (3)	
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10	если ординатор не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

3. Государственная итоговая аттестация является завершающей стадией контроля качества подготовки специалистов. Целью ГИА является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. При успешной сдаче аттестационных испытаний решением государственной экзаменационной комиссии обучающемуся присваивается квалификация «врач - терапевт» и выдается диплом об окончании ординатуры. Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации или получившие на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, вправе пройти государственную итоговую аттестацию в сроки, определяемые порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) Основная литература⁹¹:

1. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html>
2. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-6347-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463475.html>
3. Поликлиническая терапия / И. И. Чукаева, Б. Я. Барт. - Москва : КНОРУС, 2019. - 695, [1] с. : ил. - (Специалитет). - ISBN 978-5-406-07200-4. – Текст : непосредственный
4. Ларина, В. Н. Клинические нормы. Терапия / В. Н. Ларина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6297-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462973.html>
5. Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5087-1. - Текст : электронный // "Консультант врача". - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871.html> . - Режим доступа : по подписке.
6. Ингаляционная терапия / под ред. С. Н. Авдеева, В. В. Архипова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-6589-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465899.html> . - Режим доступа : по подписке.
7. Авдеев, С. Н. Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-5000-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450000.html>
8. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460542.html>
9. Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459089.html>

⁹¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

10. Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - 560 с. - (Библиотека врача-специалиста) - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html>
11. Котенко, К. В. Боль в спине : диагностика и лечение / К. В. Котенко [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438619.html>
12. Ларина, В. Н. Остеопороз : факторы риска, диагностика, лечение, профилактика : справочное руководство для врачей-терапевтов и врачей общей практики / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5986-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459867.html>
13. Левчук, И. П. Поражения кожи при болезнях внутренних органов : иллюстрированное руководство для врачей / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-5379-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453797.html>
14. Неотложные состояния в терапии : учебное пособие / С. Ю. Никулина, А. А. Газенкамф, И. В. Демко [и др.] ; под редакцией С. Ю. Никулиной. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 188 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/13141>
15. Носков, С. М. Консервативное лечение остеоартроза / С. М. Носков - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 232 с. - (Библиотека врача-специалиста) - ISBN 978-5-9704-2747-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427477.html>
16. Резник, Е. В. Клинические нормы. Кардиология / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5851-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458518.html>
17. Рукавицын, О. А. Гематология / под ред. Рукавицына О. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5270-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452707.html>
18. Сахин, В. Т. Анемия хронических заболеваний / под общ. ред. Крюкова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5923-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459232.html>
19. Хорошнина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошнина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456880.html>
20. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112

с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460542.html>

21. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 560 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-6065-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460658.html>
22. Дедов, И. И. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4603-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446034.html>
23. Мадянов, И. В. Менопаузальная гормональная терапия. В помощь терапевту и врачу общей практики / Мадянов И. В. , Мадянова Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4766-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447666.html> . - Режим доступа : по подписке.

б) Дополнительная литература⁹²:

24. Местная терапия бишофитом : монография / под ред. А. А. Спасова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Волгоград : ВолгГМУ, 2023. — 276 с. — ISBN 978-5-9652-0866-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/379190> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
25. Поликлинический этап ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 98 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/378923> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
26. Дифференциальная диагностика суставного синдрома в практике врача-терапевта : учебное пособие / Р. М. Арамисова, З. А. Камбачокова, Ф. В. Шаваева [и др.]. — Нальчик : КБГУ, 2022. — 91 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/293513> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
27. Стаценко, М. Е. Клинико-патогенетические особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением, сахарным диабетом 2 типа : монография / М. Е. Стаценко, М. В. Деревянченко. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 196 с. — ISBN 978-5-9652-

⁹² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

- 0788-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295895> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
28. Онкологическая патология в практике врача первичного звена здравоохранения : учебное пособие / С. И. Краюшкин, Л. Л. Куличенко, А. В. Запорощенко [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 96 с. — ISBN 978-5-9652-0718-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295793> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
29. Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - (COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов). - ISBN 978-5-9704-6943-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469439.html> . - Режим доступа : по подписке
30. Трудный пациент с COVID-19. Междисциплинарный подход : учебное пособие / под ред. М. А. Лысенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-7788-5, DOI: 10.33029/9704-7788-5-TPC-2023-1-208. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477885.html> . - Режим доступа: по подписке.
31. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-4874-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448748.html> - Режим доступа : по подписке
32. Сердечно-сосудистые заболевания / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - (На амбулаторном приеме). - ISBN 978-5-9704-6937-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469378.html> . - Режим доступа : по подписке.
33. Веселов, С. В. Лекарственные препараты. Практикум для ординаторов клинических кафедр : учебное пособие / Веселов С. В., Колгина Н. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 216 с. - ISBN 978-5-9704-4665-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446652.html> . - Режим доступа : по подписке.
34. Напалков, Д. А. Венозные тромбоэмболические осложнения. Антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-8621-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486214.html> . - Режим доступа: по подписке.

35. Рациональная фармакотерапия : справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. - (Рациональная фармакотерапия). - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html> . - Режим доступа : по подписке.

в) Клинические рекомендации

1. «Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ

https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_odobrennye_nauchnoprakticheskim_sovetom_minzdrava_rf/

2. «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf

3. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» Выпуск 11 (2023).

https://www.endocrinentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/2023_alg_sum.pdf

4. "Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения", 2019 <https://profmedforum.ru/dlya-vrachej/klinicheskie-rekomendaczii//>

5. «Мочекаменная болезнь» Российское общество урологов, 2019. <https://www.oorou.ru/public/uploads/ROU/>

6. «Острый пиелонефрит» Российское общество урологов, 2019, согласованы с Научно-практическим советом Минздрава РФ <https://www.oorou.ru/public/uploads/ROU/>

7. «Цистит бактериальный у взрослых» Российское общество урологов, 2019 <https://www.oorou.ru/public/uploads/ROU/>

8. Методические руководства «Техника инъекций и инфузии при лечении сахарного диабета». 2018.

<https://www.endocrinentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic->

recomendations/mr102.pdf

9. «Хронический пиелонефрит у взрослых» Российское общество урологов, 2016.

<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/55>

10. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая обструктивная болезнь легких» (2021)

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/603_2

11. «Подагра» Ассоциация ревматологов России, 2018

<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>

12. «Хроническая сердечная недостаточность» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf

13. Падения и переломы у пациентов пожилого и старческого возраста (2020 г.)

http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/padenie_i_perelomy_19012020.docx.pdf

14. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста (2020 г.)

http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/hronicheskaya_bol_26_01_2020.pdf

15. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста (2018 г.)

http://rgnkc.ru/images/projects_documents/Farmakoterapiya.pdf

16. Клинические рекомендации по старческой астении (14.12.2018 г.)

http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Asteniya_final_2018.pdf

17. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_sST-unlocked.pdf

18. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020).

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_OKS_bST-unlocked.pdf

19. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Гипертрофическая кардиомиопатия» (2020 г)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Kardiomiopatiya-unlocked.pdf

20. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Брадиаритмии и нарушения проводимости» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Bradiaritmiya-unlocked.pdf

21. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Фибрилляция и трепетание предсердий» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP-unlocked.pdf

22. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Наджелудочковые тахикардии» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_NT-unlocked.pdf

23. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Миокардиты» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Miokardit-unlocked.pdf

24. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_ZHNR-unlocked.pdf

25. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_LG-unlocked.pdf

26. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность» (2020)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN-unlocked.pdf

27. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств» (2021)

https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/KP_Inf_Endokardit-unlocked.pdf

28. Клинические рекомендации МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021)

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669_1

29. Клинические рекомендации МЗ РФ «В12-дефицитная анемия» (2021)

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536_2

30. Клинические рекомендации МЗ РФ «Фолиеводефицитная анемия» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540_2
31. Клинические рекомендации МЗ РФ «Анемия при злокачественных новообразованиях» (2020) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/624_1
32. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая болезнь почек» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469_2
33. "Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 17 (09.12.2022).
34. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Нарушения липидного обмена» (2023)
https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_NLO_2023.pdf
35. Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий (2022)
https://scardio.ru/content/Guidelines/2022_KR_Stenoz.pdf
36. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации.
<https://scardio.ru/content/Guidelines/5452-21174-1-PB.pdf>
37. Рекомендации по оценке и коррекции сердечнососудистых рисков при несердечных операциях (2023)
https://scardio.ru/content/Guidelines/Rekom_noncardsurgery2023.pdf
38. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Перикардиты» (2022)
https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_Perikardit.pdf
39. Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/359_2
40. Клинические рекомендации МЗ РФ «Внебольничная пневмония у взрослых» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/654_1
41. Клинические рекомендации РГА «Синдром избыточного бактериального роста» (2023) https://www.gastro.ru/userfiles/R_SIBR-23.pdf

42. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хронический панкреатит» (2020)

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/273_4

43. Клинические рекомендации МЗ РФ «Неалкогольная жировая болезнь печени» (2022)

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/748_1

44. Клинические рекомендации МЗ РФ «Алкогольная жировая болезнь печени у взрослых» (2021)

https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/711_1

45. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(6):56–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

46. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(2):65–91. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-2-65-91>

47. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28(1):55-70 DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70

48. Клинические рекомендации «*Clostridioides difficile* (C. difficile)- ассоциированная болезнь» (2020): https://www.gastro.ru/userfiles/R_Cl_difficile%202022.pdf

49. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):70–97.
<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.

50. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(4):70–99. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>.

51. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(6):69–85. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-6-69-85>.

52. Клинические рекомендации МЗ РФ «Ожирение» (2020)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/28_2

53. Клинические рекомендации МЗ РФ «Гипотиреоз» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531_3

54. Клинические рекомендации МЗ РФ «Остеопороз» (2021)
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87_4

55. Клинические рекомендации МЗ РФ «Эмфизема легких» (2021)⁹³
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/656_1

56. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (2021)⁹⁴
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1

57. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хронический бронхит» (2021)⁹⁵

⁹³ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁹⁴ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024г

⁹⁵ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/655_1

г). Российские согласительные документы

1. Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы у пациентов пожилого и старческого возраста (проект протокола, версия 2.0. от 14 мая 2019 г.)
http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Depreskraibing_2_0_1.pdf
2. Резолюция Совета экспертов «Недостаточность/дефицит витамина В12 в клинической практике» (2023) DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.1.116-121>
3. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском: 2022. Системные гипертензии. 2022;19(1):5-22. <https://doi.org/10.38109/2075-082X-2022-1-5-22>
4. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>
5. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.

д). Нормативные документы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"
2. Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»

3. Приказ Минздрава РФ от 29.03.2019 N 173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

4. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://www.consilium-medicum.com/media/consilium	Свободный доступ
http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm	Свободный доступ
http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html	Свободный доступ
http://www.pharmateca.ru	Свободный доступ
http://www.scopus.com	Свободный доступ
https://www.thelancet.com	Свободный доступ
http://www.scsml.rssi.ru	Свободный доступ
http://cr.rosminzdrav.ru/	Свободный доступ
https://www.rnmot.ru/ - Российское научно-медицинское общество терапевтов	Свободный доступ
http://www.scardio.ru – Российское кардиологическое общество	Свободный доступ
http://www.spulmo.ru - Российское респираторное общество	Свободный доступ

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://www.gastro.ru - Научное общество гастроэнтерологов России (НОГР)	Свободный доступ
http://www.rheumatolog.ru – Ассоциация ревматологов России	Свободный доступ
http://www.endocrincentr.ru/society/rus_asoc - Российская Ассоциация Эндокринологов	Свободный доступ
http://nonr.ru – Научное общество нефрологов России	Свободный доступ

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Для семинарских занятий используются учебные комнаты кафедр: внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ, пропедевтики внутренних болезней терапии и эндокринологии ФУВ факультетской терапии ВолгГМУ, а также специализированные помещения отделений клинических баз.

Перечень материально-технических средств для:

- чтения лекций: мультимедийные комплексы; проекционная аппаратура, аудиосистема;
- проведения семинарских занятий: мультимедийные комплексы, аудио- и видеоаппаратура и другие технические средства обучения;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, сантиметровые ленты, пикфлоуметр) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для

реализации программы ординатуры.

Комплекты основных учебных документов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

2. Приложения

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Заболевания сердечно- сосудистой системы	<ol style="list-style-type: none">1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.3. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация4. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС. Диспансерное наблюдение. Реабилитация5. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация6. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.7. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.8. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.9. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация ХСН. Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций.10. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация11. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.12. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация13. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ. Рефрактерная АГ.14. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация16. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Диспансерное наблюдение. Реабилитация17. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.18. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы. Диспансерное наблюдение. Реабилитация19. Перикардиты: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.20. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные
---	--

	<p>этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>21. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>22. Лечение фибрилляции предсердий: антиаритмическая терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>23. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца.</p> <p>24. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.</p> <p>25. Легочная гипертензия: понятие, классификация, группы риска, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<p>26. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.</p> <p>27. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.</p> <p>28. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.</p> <p>29. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных, перенесших пневмонию. Реабилитация.</p> <p>30. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.</p> <p>31. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия⁹⁶</p> <p>32. ОРВИ, грипп. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</p> <p>33. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Современная терапия. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>34. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии обострений ХОБЛ. Профилактика, реабилитация.</p> <p>35. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.</p> <p>36. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания.</p> <p>37. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.</p> <p>38. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы.</p> <p>39. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>40. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>41. Вакцинопрофилактика новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.</p> <p>42. Эмфизема легких: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.⁹⁷</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>43. Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных.</p> <p>44. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>45. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>46. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины.</p>

⁹⁷ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024 г.

	<p>Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Диспансерное наблюдение.</p> <p>47. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.</p> <p>48. Хронический панкреатит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>49. Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике. Факторы риска. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>50. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.</p> <p>51. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.</p> <p>52. Антибиотик-ассоциированная диарея: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Современная терапия.</p> <p>53. НАЖБП: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p> <p>54. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинико-лабораторные синдромы при ЦП, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>55. Цирроз печени: лечение, показания к госпитализации. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>56. ЖКБ: современные представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>57. Функциональные билиарные расстройства желчного пузыря: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>58. Функциональные билиарные расстройства сфинктера Одди: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>59. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p> <p>60. Микроскопический колит: критерии диагностики, факторы риска, клиника, дифф.диагноз, лечение, реабилитация⁹⁸.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>61. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>62. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>63. Острый и хронический пиелонефрит. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у беременных, пожилых, при коморбидной патологии. Лечение.</p> <p>64. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, стадии, клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические заболевания и синдромы</p>	<p>65. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>66. В₁₂ фолиево-дефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>67. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>68. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>69. Геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>70. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>71. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>72. Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз.</p> <p>73. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>74. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>75. Хронический миелолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>76. Истинная полицитемия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечения.</p>

⁹⁸ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024 г.

<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>77. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>78. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обмена).</p> <p>79. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>80. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению.</p> <p>81. Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>82. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.</p> <p>83. Современная классификация диабетической нефропатии. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>84. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).</p> <p>85. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.</p> <p>86. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика, подходы к лечению.</p> <p>87. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика, тактика диагностики и лечения.</p> <p>88. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>89. Синдром диабетической стопы: классификация, клиника, диагностика, лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Заболевания суставов и костей</p>	<p>90. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>91. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, ВСД.</p> <p>92. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</p> <p>93. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</p> <p>94. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита.</p> <p>95. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>96. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинного действия.</p> <p>97. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. 35. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</p> <p>98. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины</p> <p>99. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины.</p> <p>100. Подагра. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</p> <p>101. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>102. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>103. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>104. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД.</p> <p>105. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>

<p>Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ</p>	<p>106. Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения. 107. Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы. 108. Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения. 109. Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре. 110. Профилактическая работа в стационаре. Формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни и по профилактике неинфекционных заболеваний и их осложнений.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи</p>	<p>111. Временная нетрудоспособность, её виды. 112. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение. 113. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов. 114. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации. 115. Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача. 116. Функции КЭК ЛПУ 117. Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования. 118. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС. 119. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности 120. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ. 121. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях. 122. Организация работы терапевтического стационара и дневного стационара. 123. Должностные особенности медицинского персонала терапевтического отделения стационара и дневного стационара. 124. Порядок оформления электронной карты стационарного больного. 125. Методы медицинской реабилитации. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Гериатрия</p>	<p>126. Гериатрические синдромы: старческая астения (хрупкость) 127. Гериатрические синдромы: саркопения. 128. Гериатрические синдромы: падения. 129. Гериатрические синдромы: дегидратация и мальнутриция. 130. Пролежни: профилактика, принципы терапии</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

***Б 1.Б.6.1
Заболевания сердечно-
сосудистой системы***

1. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает:
 - а) холодная проба;
 - б) дипиридамоловая проба;
 - в) проба с нагрузкой на велоэргометре;
 - г) проба со статической физической нагрузкой;
 - д) проба с гипервентиляцией.
2. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:
 - а) повышается;
 - б) понижается;
 - в) не изменяется;
 - г) может, как повышаться, так и понижаться;
 - д) вначале повышается, а затем понижается.
3. Легочный фиброз может развиваться при приеме;
 - а) мексотила;
 - б) кордарона;
 - в) хинидина;
 - г) пропранолола;
 - д) верапамила.
4. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:
 - а) правой коронарной артерии;
 - б) передней нисходящей коронарной артерии;
 - в) общем стволе левой коронарной артерии;
 - г) огибающей коронарной артерии;
 - д) артерии тупого края.
5. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
 - а) проба с физической нагрузкой;
 - б) проба с введением изопроterenола;
 - в) чреспищеводная электрокардиостимуляция;
 - г) проба с эргометрином;
 - д) дипиридамоловая проба.
6. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:
 - а) нитратами;
 - б) селективными бета-блокаторами;
 - в) антагонистами кальция группы дилтиазема;
 - г) неселективными бета-блокаторами;
 - д) антагонистами кальция группы верапамила.
- 7.. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:
 - а) верапамил;
 - б) нифедипин;
 - в) пропранолол (анаприлин);
 - г) нитросорбид;
 - д) эгацизин.
- 8.. Средние суточные дозы финоптина составляют:
 - а) 40-80 мг;
 - б) 80-120 мг;
 - в) 120-200 мг;
 - г) 240-320 мг;
 - д) 500-600 мг.
- 9.. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:
 - а) депрессия сегмента ST в отведениях V4 -V5;
 - б) подъем сегмента ST в отведении V4 R;
 - в) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1--V2;
 - г) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;
 - д) снижение сегмента ST в отведении V4 R.
10. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:
 - а) асистолия желудочков;

- б) фибрилляция желудочков;
- в) желудочковая бигемения;
- г) атриовентрикулярная блокада 2 степени;
- д) синоаурикулярная блокада 2 степени.

11. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больного острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

12. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- а) через несколько часов от начала заболевания;
- б) в течение первых суток болезни;
- в) в течение вторых суток болезни;
- г) через 7-12 дней от начала заболевания;
- д) через 20 суток от начала заболевания.

13. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) антигистаминные препараты;
- б) нестероидные противовоспалительные препараты;
- в) глюкокортикоиды;
- г) антибиотики;
- д) нитраты.

14. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;
- б) астматическое состояние;
- в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

15. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают: 1. бета-блокаторы; 2. антагонисты кальция; 3. нитроглицерин (при внутривенном введении); 4. глюкозо-калиевая смесь.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

16. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. фуросемид; 3. анаприлин; 4. эналаприл.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

17. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) слабость;
- б) приступы сердечной астмы;
- в) отеки ног;
- г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- д) гепатомегалия.

18. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) феохромоцитомы;
- б) реноваскулярной гипертензии;
- в) первичного гиперальдостеронизма;
- г) хронического гломерулонефрита;

д) хронического пиелонефрита.

19. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) обзидана;
- б) нитроглицерина (в/в);
- в) финоптина;
- г) дибазола;
- д) дигоксина.

20. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии: 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса; 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям; 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"; 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

21. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует: 1. диастолическое АД; 2. систолическое АД; 3. частота сердечных сокращений; 4. как диастолическое, так и систолическое АД.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

22.. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: 1. одышка; 2. стенокардия напряжения; 3. обмороки; 4. нарушения ритма сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

23. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

24. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) хинидин;
- б) ритмилен;
- в) кордарон;
- г) этмозин;
- д) мекситил.

25. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа мерцательной аритмии; 3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

26.. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии

наблюдается при: 1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укороченного интервала PR; 4. гипертоническом сердце.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

27. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. рестриктивной кардиомиопатии; 3. амилоидозу сердца; 4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

28. В норме полость перикарда содержит:

- а) около 5 мл жидкости;
- б) до 50 мл жидкости;
- в) 100-200 мл жидкости;
- г) 300-500 мл жидкости;
- д) 100 мл жидкости.

29. Для острого фибринозного перикардита не характерно:

- а) брадикардия;
- б) повышение температуры тела;
- в) боль за грудиной;
- г) шум трения перикарда;
- д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

30. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

- а) эозинофилы;
- б) моноциты;
- в) лимфоциты;
- г) лейкоциты;
- д) эритроциты.

31. При частом ритме с широкими комплексами QRS признаками желудочковой тахикардии являются: 1. наличие "сливных" и или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов"); 2. наличие ретроградных зубцов P; 3. наличие атриовентрикулярной диссоциации; 4. отсутствие зубцов P.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

32. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда:

- а) лактобактерии;
- б) синегнойная палочка;
- в) зеленящие стрептококки;
- г) золотистые стафилококки;
- д) менингококки.

33. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: 1. миокардит; 2. васкулиты мелких сосудов; 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; 4. прогрессирующее сужение митрального клапана.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

34. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается: 1. митральный клапан; 2. аортальный клапан; 3. клапан легочной артерии; 4. трехстворчатый

- клапан; 5. клапан нижней полой вены.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.
35. Признаком дисфункции синусового узла является:
- а) выраженная синусовая брадикардия;
 - б) мерцательная аритмия;
 - в) предсердная экстрасистолия;
 - г) атриовентрикулярная блокада I степени;
 - д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
36. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:
- а) дефектом межпредсердной перегородки;
 - б) дефектом межжелудочковой перегородки
 - в) митральным стенозом;
 - г) пролабированием митрального клапана без регургитации;
 - д) гипертрофической кардиомиопатией.
37. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:
- а) ампициллина;
 - б) тетрациклина;
 - в) амфотерицина В;
 - г) канамицина;
 - д) карбенициллина.
38. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:
- а) 2 недели или меньше;
 - б) 4-6 недель;
 - в) 2-4 недели;
 - г) 8-10 недель;
 - д) более 10 недель.
39. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:
- а) 1-2 кв. см;
 - б) 4-6 кв. см;
 - в) 8-10 кв. см;
 - г) 8 кв. см;
 - д) 10 кв. см.
40. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:
- а) вверх и влево;
 - б) влево;
 - в) вверх и вправо;
 - г) вправо и вверх;
 - д) только вверх.
41. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается: 1. систолический шум надлегочной артерией; 2. усиление 2-го тона надлегочной артерией; 3. ослабление второго тона над легочной артерией; 4. систолический шум с эпицентром в 3-4 межреберье по левому краю грудины.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
42. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме регистрируется: 1. широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо; 2. широкий зазубренный зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса; 3. широкий зазубренный зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям; 4. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;

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

43. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- а) во время систолы;
- б) в начале диастолы;
- в) в конце диастолы;
- г) в середине диастолы;
- д) в систолу после систолического шума.

44. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения: 1. апрессина; 2. каптоприла; 3. коринфара; 4. обзидана.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

45. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся: 1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ; 2. увеличение правых отделов сердца; 3. гиперволемия малого круга; 4. гиповолемия малого круга.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

46. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум; 2. выслушивание 3-го тона; 3. пальпируемое систолическое дрожание; 4. повышенный риск инфекционного эндокардита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

47. Желудочковая экстрасистолия: 1. Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; 2. ухудшает течение гипертонической болезни; 3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

48. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является: 1. спазм легочных артериол; 2. гипертрофия легочных артериол и артерий; 3. склероз легочных артериол и артерий; 4. спазм капилляров.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

49. Для атриовентрикулярной блокады 2 степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно: 1. прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов; 2. постоянство интервала PR; 3. укорочение интервала PR; 4. частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
50. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:
- а) асистолия желудочков;
 - б) фибрилляция желудочков;
 - в) электро-механическая диссоциация;
 - г) полная атриовентрикулярная блокада;
 - д) синоаурикулярная блокада II степени.
51. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") показана:
- а) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
 - б) только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
 - в) больным с синоатриальной блокадой II степени;
 - г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
 - д) больным с постоянной формой мерцательной аритмии.
52. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий, рационально использовать: 1. внутривенное введение атропина; 2. инфузию изопроterenола (изадрина), алупента, астмопента; 3. временную электрокардиостимуляцию; 4. внутривенное введение преднизолона и фуросемида.
- Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
53. Самой частой причиной острого легочного сердца является:
- а) пневмония;
 - б) астматическое состояние;
 - в) тромбоэмболия легочной артерии;
 - г) спонтанный пневмоторакс;
 - д) обострение хронического обструктивного бронхита.
54. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:
- а) вены нижних конечностей;
 - б) вены верхних конечностей;
 - в) правое сердце;
 - г) вены таза;
 - д) левое сердце.
55. К гликозидной интоксикации предрасполагают: 1. пожилой возраст; 2. почечная недостаточность; 3. нарушение баланса электролитов (калия, магния); 4. дилатация камер сердца.
- Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
56. Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть: 1. разрыв головки папиллярной мышцы; 2. разрыв межжелудочковой перегородки; 3. разрыв левого желудочка; 4. перикардит.
- Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
57. Для острого инфекционного эндокардита характерно: 1. наличие лихорадки, озноба; 2. наличие лейкоцитоза; 3. быстрое формирование порока сердца; 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
- Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

58. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются: 1. порок сердца; 2. эмболии; 3. бактериемия; 4. нарушения ритма.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

59. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:

- а) повышение массы тела на 30 % и более;
- б) гиперхолестеринемия более 240 мг %;
- в) артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм рт. ст.;
- г) нарушение толерантности к углеводам;
- д) блокада левой ножки пучка Гиса.

60. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- а) ангиотензин-II;
- б) ангиотензин-I;
- в) ренин;
- г) простаглицлин;
- д) оксид азота.

61. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- а) уменьшении наполнения пульса на вдохе;
- б) увеличении наполнения пульса на вдохе;
- в) уменьшении наполнения пульса на выдохе;
- г) увеличении наполнения пульса на выдохе;
- д) отсутствию реакции пульса на фазы дыхания.

62. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;
- б) сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом;
- в) радионуклидная вентрикулография;
- г) эхокардиография;
- д) ангиография.

63. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) аортальным стенозом;
- б) митральным стенозом;
- в) аортальной недостаточностью;
- г) митральной недостаточностью;
- д) трикуспидальной недостаточностью.

64. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться при: 1. эктопическом предсердном ритме; 2. отклонении электрической оси предсердия вправо; 3. отклонении электрической оси предсердия влево; 4. синусовой тахикардии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

65. Интервал PQ включает: 1. Время проведения импульсов по предсердиям; 2. Время проведения импульса по AV-узлу; 3. Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса; 4. Время проведения импульса по волокнам Пуркинью.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

66. Интервал QT включает: 1. комплекс QRS; 2. сегмент ST; 3. зубец T; 4. зубец P.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
67. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается: 1. выпадение комплексов PQRS; 2. укорочение интервала PP перед выпадением импульсов; 3. выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS; 4. выпадение комплекса QRST.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
68. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является: 1. уширение комплекса QRS > 0,12; 2. наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS; 3. появление проводных синусовых импульсов (захватов); 4. появление сливных комплексов QRS.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
69. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:
а) нитраты;
б) папаверин или (нош-па);
в) нестероидные противовоспалительные препараты;
г) стероидные препараты;
д) наркотические анальгетики.
70. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:
а) нифедипин;
б) верапамил;
в) дилтиазем;
г) изоптин;
д) ангизем.
71. Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:
а) лидокаин;
б) мекситил;
в) ритмилен;
г) кордарон;
д) этмозин.
72. Синонимом холестерина липопротеидов низкой плотности является:
а) альфа-холестерин;
б) бета-холестерин;
в) пребета-холестерин;
г) неэстерифицированный холестерин;
д) эстерифицированный холестерин.
73. Эффективная гипополипидемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет:
а) около 0,5 г;
б) около 1,0 г;
в) около 1,5 г;
г) около 3,0 г;
д) около 2,0 г.
74. Основным атерогенным классом липопротеидов являются:
а) липопротеиды очень низкой плотности;
б) липопротеиды низкой плотности;
в) липопротеиды высокой плотности;
г) хиломикроны;
д) липопротеиды промежуточной плотности.
75. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:
а) стабильной стенокардии напряжения;
б) спонтанной стенокардии;

	<p>в) прогрессирующей стенокардии напряжения; г) впервые возникали стенокардии; д) любых вариантах стенокардии.</p> <p>76. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается: а) более часто, чем стабильная стенокардия напряжения; б) практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения; в) менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения; г) у 60 %-70 % больных; д) более чем у 80 % больных.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Заболевания костей и суставов</p>	<p>77. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении: 1. суставов поясничного отдела позвоночника; 2. симфиза; 3. тазобедренных суставов; 4. илеосакральных сочленений. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>78. Для системного остеопороза характерны: 1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани; 2. подчеркнутость контуров тел позвонков; 3. выраженная трабекулярность костной ткани; 4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>79. Для системной склеродермии характерно развитие: 1. диффузного пневмофиброза; 2. базального пневмофиброза; 3. адгезивного плеврита; 4. увеличения размеров сердца. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>80.. К белкам острой фазы относят: 1. С-реактивный белок; 2. гаптоглобулин; 3. альфа-глобулин; 4. церулоплазмин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>81. Деструкция костной ткани сопровождается изменением: 1. увеличением экскреции гидроксипролина; 2. увеличением концентрации сывороточного кальция; 3. повышением активности щелочной фосфатазы; 4. повышением содержания фибриногена в сыворотке. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>82.. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний: а) ревматизма; б) системной красной волчанки; в) дерматомиозита; г) ревматической полимиалгии; д) системной склеродермии.</p> <p>83. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в: а) локтевых суставах;</p>

- б) плечевых суставах;
- в) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- г) коленных суставах;
- д) голеностопных суставах.

84. Для остеоартроза характерно: 1. наличие боли "механического" типа в суставах; 2. периодическая "блокада" суставов; 3. медленное развитие болезни; 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

- а) ревматоидный артрит;
- б) острая ревматическая лихорадка;
- в) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза);
- г) вирусный артрит;
- д) подагрический артрит.

86. В отношении ревматизма справедливо: 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; 2. наличие типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя-Джонса); 3. склонность к формированию порока сердца; 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

87. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно: 1. Деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата; 2. поражение крупных суставов; 3. высокие показатели активности ревматического процесса; 4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

88. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения: 1. возбудителем является гонококк; 2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага; 3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность; 4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

89. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- а) сохранение или ослабление I тона;
- б) отсутствие II тона;
- в) мезосистолический щелчок;
- г) аортальный тон изгнания;
- д) протодиастолический шум.

90. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- а) гигантоклеточный артериит;
- б) геморрагический васкулит;
- в) узелковый периартериит;
- г) болезнь Бюргера;

д) микроскопический полиангиит.

91. Для системной красной волчанки характерно: 1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания; 2. алопеция может быть локализованной или диффузной; 3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами; 4. встречаются дискоидные очаги.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

92. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек: 1 изолированный мочевого синдром; 2 нефритический мочевого синдром; 3 нефротический мочевого синдром; 4. пиелонефритический мочевого синдром.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

93.. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться: 1. переходящими нарушениями мозгового кровообращения; 2. судорогами; 3. периферической полинейропатией; 4. психозами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

94.. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является: 1. активность волчаночного нефрита; 2. высокая общая активность болезни; 3. резистентность к глюкокортикостероидам; 4. выраженность синдрома Рейно.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

95. При диффузной Форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- а) лица, пальцев кистей и стоп;
- б) туловища и проксимальных отделов конечностей;
- в) туловища;
- г) лица;
- д) пальцев кистей.

96. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

- а) бета-адреноблокаторы;
- б) ингибитор ангиотензин превращающего фермента;
- в) нативная плазма;
- г) глюкокортикостероиды;
- д) цитостатики.

97. Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:

- а) параорбитальный отек с лиловой "гелиотропной" эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);
- б) эритема на открытых участках кожи;
- в) пойкилодермия;
- г) алопеция;
- д) синдром Рейно.

98. Для ревматической полимиалгии характерно: 1. анемия; 2. боль в плечевом и/или тазовом поясе; 3. значительное увеличение СОЭ; 4. возраст больных старше 40 лет.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

99. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- а) гепатотоксические;
- б) нефротоксические;
- в) гематологические;
- г) кожные;
- д) желудочно-кишечные.

100. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности: 1. креатинфосфокиназы; 2. аминотрансфераз; 3. альдолазы; 4. лактатдегидрогеназы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

101. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- а) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- б) ульнарная девиация;
- в) в виде "шеи лебедя";
- г) в виде "бутоньерки";
- д) в виде "молоткообразного пальца".

102. Причина анемии при ревматоидном артрите:

- а) дефицит железа в организме;
- б) аутоиммунный процесс;
- в) дефицит фолиевой кислоты;
- г) неизвестна;
- д) гемолиз.

103.. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:

- а) некротизирующий васкулит, с вовлечением жизненно важных органов;
- б) поражение легких;
- в) подвывих шейных позвонков со сдавливанием спинного мозга;
- г) уремия при вторичном амилоидозе почек;
- д) осложнения лекарственной терапии.

104. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится: 1. околоуставной остеопороз; 2. узурация суставных поверхностей эпифиза; 3. кисты в эпифизах; 4. сужение суставной щели.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

105.. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является: 1. наличие сакроилеита; 2. асимметричный артрит периферических суставов; 3. тенденция к семейной агрегации; 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей

Выберите правильный ответ по схеме:

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

106.. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- а) ирит и иридоциклит;
- б) склерит;
- в) конъюнктивит;
- г) блефарит;
- д) катаракта.

107. Сакроилеит встречается при: 1. синдроме Рейтера; 2. псориатическом артрите; 3.

<p>болезни Бехтерева; 4. неспецифическом язвенном колите.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>108. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:</p> <p>а) тест муцинового сгустка; б) определение глюкозы в синовиальной жидкости; в) определение комплемента в синовиальной жидкости; г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости; д) клинический анализ крови.</p> <p>109. Диетотерапия подагры включает: 1. ограничение суточного потребления белков; 2. малокалорийную диету; 3. ограничение потребления бобовых; 4. ограничение спиртных напитков.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>110. Характерным признаком двустороннего коксартроза является: 1. протрузия вертлужных впадин; 2. укорочение нижних конечностей; 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме; 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>111. При остеоартрозе применяются: 1. нестероидные противовоспалительные препараты; 2. трасилол; 3. поливинилпирролидон; 4. глюкокортикостероиды внутрисуставно.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>112. Для ревматического перикардита характерно: 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата); 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически; 3. инфарктоподобная ЭКГ; 4. ослабление тонов сердца.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>113. Первичный ревматизм с наличием острого полиартрита, среднетяжелым и тяжелым кардитом, перикардитом, высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца, недостаточностью кровообращения наиболее тяжело протекает в возрасте:</p> <p>а) 3-6 лет; б) 7-15 лет; в) 20-25 лет; г) 40-45 лет; д) 50-55 лет.</p> <p>114.. При системной красной волчанке выявляется: 1. серопозитивность по ревматоидному фактору; 2. снижение уровня комплемента по СН50; 3. ложноположительная реакция Вассермана; 4. антитела к нативной ДНК.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4;</p>

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

115. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят: 1. при торпидном течении болезни; 2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков; 3. высокой активности люпус-нефрита; 4. высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

116. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- а) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- б) цианозом дистальных отделов конечностей;
- в) "повелением" пальцев кистей стоп в результате вазоконстрикции;
- г) парестезиями по всей руке, ноге;
- д) реактивной гиперемией кожи стоп;

117. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:

- а) напроксен;
- б) пироксикам;
- в) бутадион;
- г) диклофенак-натрия (вольтарен);
- д) индометацин.

118. Применение кальцитонина при остеопорозе: 1. подавляет резорбцию костной ткани; 2. способствует предотвращению переломов костей; 3. увеличивает плотность костной ткани; 4. оказывает анальгезирующее действие.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

119. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия: 1. назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки; 2. пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд; 3. назначение циклофосфида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь; 4. гемосорбцию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

120. Наиболее типичным для псориатического артрита является:

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;
- б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов;
- г) первые признаки заболевания кожные;
- д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике.

121. Этиологическим фактором септического артрита может быть: 1. стафилококк; 2. стрептококк; 3. клебсиелла; 4. протей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

122. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно: 1. мигрирующая эритема; 2. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы; 3. лимфаденопатия; 4. поражение ЦНС.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

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

123.. На развитие острого подагрического артрита влияет: 1. носоглоточная инфекция; 2. нарушение режима питания; 3. значительное физическое перенапряжение; 4. голодание. Выберите правильный ответ по схеме:

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

- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

124.. Развитию первичного остеоартроза способствует: 1. генетические факторы; 2. ожирение; 3. Дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей; 4. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом. Выберите правильный ответ по схеме:

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

125.. Узелки Бушара появляются при:

- а) подагре;
- б) ревматоидном артрите;
- в) остеоартрозе;
- г) ревматизме;
- д) узелковом периартериите.

126.. Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланговых суставов - дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) - является: 1. сужение суставных щелей 2. субхондральный остеосклероз; 3. узурация суставных поверхностей костей; 4. остеопороз.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

127. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

- а) тазобедренные суставы;
- б) коленные суставы;
- в) дистальные межфаланговые суставы кистей;
- г) плечевые суставы;
- д) голеностопные суставы.

128. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение: 1. вес тела; 2. плотность костной ткани; 3. частота переломов; 4. пол.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

129. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеоонекроза: 1. кости таза; 2. головка бедренной кости; 3. позвонки; 4. головка плечевой кости; 5. надмыщелки плечевой кости.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

130. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена: 1. энтезопатией в области бугра пяточной кости; 2. подпяточным бурситом; 3. кальцификатом в подошвенном

апоневрозе ("шпорой"); 4. артритом плюснефаланговых суставов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

131. Развитие ревматизма связано с инфицированием:

- а) вирусом;
- б) стафилококком;
- в) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
- г) альфа-гемолитическим стрептококком группы А;
- д) сальмонелла.

132. При системной красной волчанке выявляется: 1. снижение в крови уровня комплемента СН 50; 2. наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре; 3.

гипергаммаглобулинемия; 4. снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

133.. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть: 1. алопеция; 2. фотодерматоз; 3. сетчатое ливедо; 4. питилиго.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

134. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно: 1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит; 2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения; 3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации; 4. миокардит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

135. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с анти-фосфолипидным синдромом относят: 1. острое нарушение мозгового кровообращения; 2. деменцию; 3. мигрень; 4. поперечный миелит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

136.. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с: 1. артериальной гипертензией; 2. нефротическим синдромом; 3. высоким содержанием в крови антител к ДНК; 4. низким содержанием в крови комплемента.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

137. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды;

- а) артериолы и капилляры;
- б) сосуды среднего калибра;
- в) сосуды любого диаметра;

- г) крупные сосуды;
- д) венозные сосуды.

138. При узелковом периартериите характерно следующее поражение почек: 1. изолированный мочевого синдром с незначительной протеинурией; 2. мочевого синдром с нестойкой артериальной гипертензией; 3. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии; 4. нефротический синдром.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

139. Гигантоклеточный артериит проявляется: 1. острым нарушением мозгового кровообращения; 2. депрессией; 3. инфарктом миокарда; 4. тромбоэмболией легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

140. Азатиоприн применяется при: 1. ревматоидном артрите; 2. системной красной волчанке; 3. болезни Шегрена; 4. дерматомиозите.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

141. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отечность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

- а) ревматоидный артрит;
- б) системная красная волчанка;
- в) реактивный артрит;
- г) ревматизм;
- д) системная склеродермия.

142. К "большим" критериям первичного ревматизма принадлежат: 1. кардит; 2. хорей; 3. полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

143. У больной 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области правого тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- а) пальпаторная болезненность в области трохантера;
- б) ограничение ротации бедра на пораженной стороне;
- в) укорочение правой ноги на 4 см;
- г) положительный симптом Лассега справа;
- д) положительный симптом Кушелевского.

144. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- а) шейного отдела;
- б) поясничного отдела;
- в) крестцово-подвздошных суставов;
- г) грудного отдела;
- д) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.

145. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

- а) ирит и иридоциклит;
- б) склерит;
- в) конъюнктивит;
- г) блефарит;

	<p>д) катаракта.</p> <p>146. Желудочно-кишечные кровотечения вызывает: 1. преднизодон; 2. ацетилсалициловая кислота; 3. диклофенак; 4. циклоспорин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>147. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления: 1. менингоэнцефалит; 2. лекарственная нейропатия; 3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артриту; 4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>148. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно: а) генерализованный полиартрит; б) сосискообразная деформация пальцев стоп; в) сосискообразная деформация пальцев рук; г) артрит суставов 1-го пальца стоп; д) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей. е) правильно б), д).</p> <p>149. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при: а) гемофилической артропатии; б) псевдоподагре; в) псориазическом артрите; г) ревматоидном артрите; д) ревматизме.</p> <p>150. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита: а) лихорадка, озноб; б) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево; в) синовиальная жидкость - высокий цитоз, 90 % нейтрофилов; г) полиартрит; д) рентгенологическая картина - деструкция хряща, кости.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<p>151. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится: а) саркоидоз; б) муковисцидоз и дефицит α1-антитрипсина; в) гомартрохондромы; г) бронхиальная астма; д) рак легкого.</p> <p>152. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1. легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>156. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети</p>

<p>является:</p> <p>а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей; б) переохлаждение; в) вирусно-бактериальная инфекция; г) курение; д) переутомление.</p> <p>157. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом). Он характеризуется: 1. отсутствием или, незначительно выраженными, признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем, с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>158. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, характеризуется: 1. вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>159. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>160. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>161. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит), во второй фазе (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>162. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p>
--

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

163. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

164. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. появление гнойной мокроты; 3. повышение температуры; 4. появление одышки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

165. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

- а) благоприятный;
- б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;
- в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;
- г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит;
- д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь.

166. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило:

- а) благоприятный;
- б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией;
- в) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит;
- г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь;
- д) неблагоприятный.

167. Показанием к рентгенологическому обследованию больного, с острым бронхитом, для исключения у него бронхопневмонии служит: 1. Нарастание тяжести клинического течения заболевания; 2. выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легкого; 3. увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ; 4. сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более чем 3 дней.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

168. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является: 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция; 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей; 3. курение; 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

169. У людей, в возрасте старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение

хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

170. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: 1. сильным сухим кашлем; 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой; 3. рассеянными сухими хрипами в легких; 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

171. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и пр), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом, из-за: 1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания; 2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей; 3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений; 4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

172. Возникновению хронического бронхита способствует: 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов; 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева); 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей; 4. наследственное предрасположение к заболеванию легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

173.. При простом бронхите: 1. обструкция воздухоносных путей не является ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания; 2. обструкция воздухоносных путей выявляется только при спирографии (пневмотахографии) в период обострения; 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически; 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется, главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

174. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется: 1. формой заболевания; 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия); 3. осложнениями; 4. преимущественной локализацией поражения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

175. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является:

- а) сильный сухой кашель;
- б) кашель с мокротой;
- в) постоянная одышка;
- г) приступообразный сухой кашель;
- д) приступообразная одышка.

176. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:

- а) сильный надсадный сухой кашель;
- б) кашель с мокротой;
- в) одышка;
- г) лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
- д) цианоз слизистых губ.

178. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов: 1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов; 2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов; 3. функции сурфактантной системы легкого; 4. возраста больного.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

179. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- а) спирометрии, пневмотахографии;
- б) бронхоскопии;
- в) исследования газов крови;
- г) рентгенография легких;
- д) ангиопульмонографии.

180. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

181. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирометрии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

182. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

183. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

184.. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. ограниченный и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

185. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

186. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является: 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких; 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты; 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма; 4. обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

187. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода ведения следует учитывать: 1. характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам; 2. концентрацию избранного средств, которую необходимо создать в бронхиальной слизи; 3. переносимость препарата больным; 4. характер лихорадки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

188. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

189. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются:

- а) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем состояния больного;
- б) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания;
- в) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ 1 до и после введения препарата;
- г) на основании показателей спирометрии;
- д) на основании предшествующего лечения.

190. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

- а) парентеральный;
- б) пероральный;
- в) ингаляционный;
- г) небулайзерный;
- д) ректальный.

191.. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

- а) атропин;
- б) ипратропиум бромид;
- в) апрофен;
- г) метацин;
- д) пропантелин бромид.

192. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

- а) теofilлин;
- б) теофедрин;
- в) теопек, теодур, ретафил, дуофиллин;
- г) зуфиллин;
- д) венголин.

193. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами; 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств; 4. выраженность одышки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

194. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов; 2. разжижению мокроты; 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки; 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

195. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено: 1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов; 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов; 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи; 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

196. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено: 1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усилением вязкости мокроты; 3. усилением прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещением клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов, бокаловидными.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

197. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов: 1.

разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи; 2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи; 3. стимулирующих сурфактантную систему легких; 4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

198. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят: 1. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол); 2. препараты бактериальных ферментов; 3. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.); 4. трипсин, химопсин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

199. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производных пурина (метилксантины); 3. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван); 4. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

200. Для уменьшения прилипания вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин; 3. препараты бактериальных ферментов; 4. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

201. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в: 1. вне периода обострения заболевания; 2. условиях среднегорья и в равнинной местности; 3. условиях морского, сухого или континентального климата; 4. условиях высокогорья.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

202. При хроническом бронхите показано: 1. диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения (диспансерное); 2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита; 3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите; 4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение, вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

203. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причиннозначимого аллергена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование

лекарственных препаратов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

204.. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме:

- а) один из b2 -агонистов;
- б) метилксантинов;
- в) блокаторов b2- адренорецепторов;
- г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
- д) мембраностабилизирующих препаратов.

205. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:

- а) прогрессирование одышки;
- б) нарастание цианоза;
- в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;
- г) повышение артериального давления;
- д) тахикардия.

206.. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые, влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые, влажные хрипы и крепитирующие хрипы:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

207.. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

208. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

- а) пневмококк;
- б) стрептококк;
- в) стафилококк;
- г) кишечная палочка;
- д) клебсиелла.

209. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

- а) пневмококка;
- б) стафилококка;
- в) клебсиеллы;
- г) хламидии;
- д) микопlasма.

210. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства: 1. этиотропные; 2. отхаркивающие; 3. бронхоспазмолитические; 4. иммуномодулирующие.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

211. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: 1. давность заболевания; 2. индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов; 3.

сопутствующие заболевания; 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

212. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит: 1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции; 2. смешанный характер инфекции; 3. необходимость усиления антибактериального эффекта; 4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

213. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

- а) трансфузий свежезамороженной плазмы;
- б) парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;
- в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;
- г) инфузий гепарина;
- д) плазмафереза.

214. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются: 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств; 2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку; 3. трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств; 4. внутривенное введение антибиотика.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

215. Излечение острого абсцесса легкого происходит: 1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца; 2. путем образования на месте гнойной полости, очага уплотнения легочной ткани; 3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого; 4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

216. К раку легкого предрасполагает:

- а) алкоголизм и бытовое пьянство;
- б) курение;
- в) наркомания и токсикомания;
- г) хроническое переохлаждение;
- д) психо-эмоциональная нагрузка.

217. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

- а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;
- б) легочное кровотечение;
- в) одышка и потеря массы тела;
- г) лихорадка;
- д) кровохарканье.

	<p>218. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это: 1. флюорография органов грудной клетки; 2. бронхоскопия; 3. рентгеноскопия органов грудной клетки; 4. цитологическое исследование мокроты. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>219. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях: 1. язвенной болезни; 2. панкреатите; 3. калькулезном холецистите; 4. хроническом гастрите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>220. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят: 1. синдром Криггера-Найяра (Наджара); 2. синдром Ротора; 3. синдром Дубина (Дабина) Джонсона; 4. постгепатитную гипербилирубинемию Калька. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>221. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического Панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>222. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>223. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>224. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом</p>

<p>холестатическом гепатите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>225. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутриспеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>226. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о: а) присоединении вирусного гепатита; б) некрозе гепатоцитов; в) печеночной недостаточности; г) портальной гипертензии; д) циррозе - раке.</p> <p>227. Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>228. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть: 1. заболевание печени; 2. избыточная потеря белка через кишечник; 3. избыточная потеря белка через почки; 4. длительный голод. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>229. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при: 1. сахарном диабете; 2. билиарном циррозе; 3. холестатическом гепатите; 4. алкоголизме. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>230. Гиперхолестеринемия наблюдается при: 1. атеросклерозе; 2. холестазае; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>231. Для печеночного литолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
--

232.. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного литического синдрома является:

- а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;
- б) повышение активности альдолазы;
- в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
- г) гипоальбуминемия;
- д) повышение уровня сывороточного железа.

233. Внутрпеченочный холестаза характеризует: 1. билируинурия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

234. В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности г - ГТП (глутамилтранспептидазы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

235. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

236. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

237. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровоотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровоотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

238. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

239. Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

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

240.. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

241. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:

- а) варикозное расширение вен пищевода;
- б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;
- в) дивертикул пищевода;
- г) астматическое состояние;
- д) рак кардиального отдела желудка.

242. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики: 1. расширения общего желчного протока; 2. хронического активного гепатита; 3. хронического калькулезного холецистита; 4. болезни Жильбера.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

243. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании:

- а) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);
- б) холелитиаз;
- в) гемангиома печени;
- г) кисты и абсцессы поджелудочной железы;
- д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).

244. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

- а) микронодулярного цирроза печени;
- б) гепатита;
- в) очагового поражения печени;
- г) макронодулярного цирроза печени;
- д) застойного фиброза печени.

245. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

- а) пероральная холецистография;
- б) внутривенная холеграфия;
- в) скинтиграфия печени;
- г) ретроградная панкреатохолангиография;
- д) прямая спленопортография.

246.. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

247.. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. болезнь Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

248. Лапароскопию назначают: 1. при подозрении на первичный рак печени; 2. при подозрении на метастатический рак печени; 3. для уточнения причины асцита; 4. при подозрении на камни желчного пузыря.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

249. Компьютерная томография позволяет выявить: 1. активный гепатит; 2. кисты поджелудочной железы; 3. асцит; 4. опухоли брюшной полости.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

250. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются: 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

251. Дисфагия может наблюдаться при: 1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы; 2. ахалазии кардии; 3. склеродермии; 4. раке пищевода.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

252. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются: 1. рентгенологический метод; 2. эзофагоскопия; 3. эзофагононимография; 4. фармакологические пробы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

253. При ахалазии кардии показано: 1. щадящая диета; 2. приподнятый головной конец кровати; 3. холиномиметические средства; 4. спазмолитические средства.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

254. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено.

Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода;
- б) рак пищевода;
- в) пептическая язва пищевода;
- г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- д) герпетическое поражение пищевода.

255. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой

половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением легких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести:

- а) рентгеноскопию пищевода;
- б) электрокардиографию;
- в) анализ крови на гемоглобин;
- г) гастроскопию;
- д) рентгеноскопию органов грудной клетки.

256..11. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3 °С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально.

Тактика врача:

- а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;
- б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
- в) провести эзофагоскопию;
- г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;
- д) вызвать на консультацию отоларинголога.

257. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

258. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгенография пищевода; 3. рентгенография грудной клетки; 4. эзофагоскопия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

259. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен:

- а) атропин;
- б) платифиллин;
- в) но-шпа;
- г) перукал;
- д) седуксен.

260. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует: 1. назначить щадящую диету; 2. исключить подъем тяжестей; 3. назначить частое дробное питание; 4. назначить антацидные препараты.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

261. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает: 1. режим питания; 2. режим труда; 3. борьбу с запорами; 4. сон с приподнятым изголовьем.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

262. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует:
- а) нитроглицерин;
 - б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);
 - в) транквилизаторы;
 - г) холинолитики;
 - д) спазмолитики.
263. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: 1. нитроглицерин; 2. пищевая сода; 3. электрокардиография; 4. эзофагоскопия.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
264. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. церукал (реглан); 3. подъем головного конца кровати; 4. частое дробное питание.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
265. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:
- а) муцин;
 - б) бикарбонаты;
 - в) гастрин;
 - г) секретин;
 - д) внутренний фактор Касла.
266. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют: 1. секретин; 2. кейлоны; 3. гастрин; 4. бомбезин.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
267. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают: 1. дробное питание; 2. психотерапию; 3. физиотерапию; 4. рефлексотерапию.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
268. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся: 1. анализ желудочного сока; 2. гастроскопия; 3. рентгеноскопия желудка; 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
269. К предраковым заболеваниям относятся: 1. хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью; 2. полип желудка на широком основании; 3. полипоз желудка; 4. аутоиммунный гастрит.
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

	<p>270. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. метилурацил; 3. витамины; 4. заместительную терапию. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>271. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают: 1. витамины; 2. анаболические стероидные гормоны; 3. рибоксин; 4. ферментные препараты. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>272. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить: 1. де-нол; 2. метронидазол; 3. ампициллин; 4. ранитидин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>273. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при: 1. аутоиммунном гастрите; 2. полипозе желудка; 3. геморрагическом гастрите; 4. эозинофильном гастрите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>274. Профилактика гастритов основана на: 1. правильном режиме и характере питания; 2. устранении профессиональных вредностей; 3. отказе от алкоголя; 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>275. Допустимое количество белка в суточной моче составляет: а) 500 мг; б) 30 мг; в) 150 мг; г) не должно быть; д) следы белка.</p> <p>276. Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать: а) анализ мочи по методу Нечипоренко; б) фазово-контрастную микроскопию мочевого осадка; в) лейкоцитарную формулу мочи; г) анализ мочи по Зимницкому; д) общий анализ мочи.</p> <p>277. Лейкоцитурия - наиболее характерный симптом при: а) пиелонефрите; б) гломерулонефрите; в) амилоидозе; г) нефролитиазе; д) поликистозе.</p> <p>278. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для: а) хронического нефрита; б) пиелонефрита;</p>

- в) сахарного диабета;
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

279. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

- а) соблюдать строгую диету с исключением соли;
- б) ограничить физическую активность;
- в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
- г) ограничить употребление белковой пищи;
- д) ограничить употребление растительной пищи.

280. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

281. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 5 г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

282. Острый нефритический синдром характеризуют:

- а) отеки, гипо- и диспротеинемия гиперхолестеринемия;
- б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
- г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

283. У 40 летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острый гломерулонефрит;
- б) острый пиелонефрит;
- в) обострение хронического гломерулонефрита;
- г) апостематозный нефрит;
- д) амилоидоз почек.

284. Оценить активность ХГН позволяют: 1. увеличение СОЭ; 2. диспротеинемия; 3. гиперазотемия при нормальных размерах почек; 4. гиперлипидемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

285. Протеинурия, гипопропротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) цистита;
- д) амилоидоза почек

286. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- а) фуросемиду;
- б) верошпирону;
- в) триамтерену;
- г) арифону;
- д) гипотиазиду.

287. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

288. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является: 1. эмбологенный инфаркт; 2. гломерулонефрит; 3. амилоидоз; 4. пиелонерит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

289. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- а) дерматомиозита;
- б) системной красной волчанки;
- в) системной склеродермии;
- г) узелкового артериита;
- д) ревматической полимиалгии.

290. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

- а) впервые возникший нефротический синдром;
- б) злокачественная артериальная гипертензия;
- в) остронефритический синдром;
- г) нефротический синдром при амилоидозе почек;
- д) субъективное состояние больного.

291. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается: 1. минимальные изменения; 2. мезангио-пролиферативный; 3. фокально-сегментарный гиалиноз склероз; 4. мезангио-мембранозный.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

292. Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

293. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- а) бактериальный перитонит;
- б) абдоминальный нефротический криз;
- в) почечная колика;
- г) апостематозный пиелонефрит;
- д) кишечная колика.

294. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- а) через 3-5 месяцев от начала заболевания;
- б) через год;
- в) через 3 года;
- г) с первых недель заболевания;
- д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии

295. Злокачественная гипертензия возможна при: 1. пиелонефрите; 2. узелковом периартериите; 3. первичном нефросклерозе; 4. истинной склеродермической почке.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
296. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами, необходимо тщательно контролировать: 1. лейкоциты крови 2. содержание гемоглобина крови; 3. тромбоциты крови; 4. эозинофилы крови.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
297. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:
а) преднизолоном;
б) цитостатиками;
в) индометацином;
г) курантилом;
д) гепарином.
298. Гипокалиемия может наблюдаться при: 1. первичном гиперальдостеронизме; 2. болезни Иценко-Кушинга; 3. реноваскулярной гипертензии; 4. ренинсекретирующей опухоли.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
299. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:
а) амилоидоз почек;
б) гломерулонефрит;
в) пиелонефрит;
г) интерстициальный нефрит;
д) тромбоз почечных вен.
300. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови: 1. легких цепей иммуноглобулинов; 2. преальбумина; 3. бета-2 микроглобулина; 4. белка s AA.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
301. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:
а) десны;
б) подкожного жира;
в) слизистой оболочки прямой кишки;
г) почки;
д) кожи.
302. Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
303. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:
а) полусинтетические пенициллины;
б) тетрациклин;
в) бисептол;
г) фурагин;
д) фторхинолоны.
304. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- а) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
- б) гематурия и гиперазотемия;
- в) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;
- г) протеинурия и гематурия;
- д) протеинурия и артериальная гипертензия.

305. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать:

- а) атенолол;
- б) капозид;
- в) ренитек;
- г) адельфан;
- д) апрессин.

306. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. протей; 2. клебсиеллу; 3. эшерихии (патологические штаммы); 4. стрептококки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

307. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью и натрием; 4. нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

308. Умеренную гиперкалиемию, при хронической почечной недостаточности, можно корригировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

309. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- а) кожный зуд;
- б) эритроцитоз;
- в) полиурия, полидипсия;
- г) тошнота, рвота;
- д) мышечные судороги.

310. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерола.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

311. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

- а) мочевины;
- б) остаточного азота;
- в) креатинина;
- г) калия;
- д) мочевой кислоты.

312. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- а) повышение артериального давления;
б) полиурию, полидипсию;
в) гиперкалиемию;
г) метаболический ацидоз;
д) судороги.
313. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:
а) пенициллинов;
б) макролидов;
в) аминогликозидов;
г) цефалоспоринов;
д) фторхинолонов.
- 314 . В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:
а) плазмы;
б) плазмозамещающих растворов;
в) солевых растворов;
г) фуросемида;
д) гемодеза.
315. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, конкрактура Дюпюитрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (50-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:
а) идиопатический IgA - нефрит;
б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
в) гломерулонефрит алкогольной этиологии;
г) волчаночный гломерулонефрит;
д) хронический пиелонефрит.
316. Пятидесятилетняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:
а) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
б) миеломная болезнь;
в) вторичный амилоидоз с поражением почек;
г) хронический пиелонефрит;
д) поликистоз почек.
317. Мужчина 32 лет, отечен. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2 % и проявления гиперлипидемии. Диагноз: 1. острый гломерулонефрит; 2. гипернефрома; 3. пиелонефрит; 4. нефротический синдром.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
318. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:
а) радиоизотопная ренография;
б) ультразвуковое сканирование почек;
в) ангиография;
г) экскреторная урография;
д) компьютерная томография.
319. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:
а) гематурия;
б) протеинурия более 3,5 г/сутки;
в) артериальная гипертензия;
г) пиурия;
д) гипонистенурия.
320. Гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно устранить:
а) физиологическим раствором;
б) гипотоническим раствором;
в) внутривенным введением глюкозы с инсулином;
г) введением раствора соды;
д) введением раствора хлористого кальция.

	<p>321. Лекарственное средство, требующее особой регуляции своей дозы при заболеваниях почек:</p> <p>а) гентамицин; б) метациклин; в) эритромицин; г) левомицитин; д) ампицилин.</p> <p>322. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:</p> <p>а) 10 % почечной паренхимы; б) 20 % почечной паренхимы; в) 50 % почечной паренхимы; г) 75 % почечной паренхимы; д) 90 % почечной паренхимы.</p> <p>323. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:</p> <p>а) нефротический синдром; б) мочевого синдром; в) гипертензия; г) почечная недостаточность; д) профилактический курс терапии.</p> <p>324. Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при лечении <ХГН>:</p> <p>а) 20 мг; б) 40 мг; в) 60-80 мг; г) 120 мг ч/день; д) пульс-терапия метипредом.</p> <p>325. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения <ХГН>:</p> <p>а) 5000 ед.; б) 10000 ед.; в) 15000 ед.; г) 20000 ед.; д) 30000 ед.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические симптомы и синдромы</p>	<p>326. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют</p> <p>а) эритроциты; б) гранулоциты; в) Т-лимфоциты; г) В-лимфоциты; д) тромбоциты.</p> <p>327. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ:</p> <p>а) иммуноглобулины G; б) иммуноглобулины A; в) иммуноглобулины M; г) иммуноглобулины D; д) иммуноглобулины E.</p> <p>328. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:</p> <p>а) макрофаги; б) Т-лимфоциты; в) В-лимфоциты; г) плазмочиты; д) эритроциты.</p> <p>329. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:</p> <p>а) резекцией желудка; б) большим количеством детей (родов); в) нефрэктомией; г) гипосекреторным гастритом; д) оральной контрацепцией.</p> <p>330. Грифельно-серый цвет кожи характерен для:</p> <p>а) эритремии; б) множественной миеломы; в) болезни Гоше; г) синдрома Гудпасчера;</p>

д) анемии.

331. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

- а) эритремии;
- б) множественной миеломы;
- в) болезни Гоше;
- г) геморрагического васкулита;
- д) лимфогранулематоза

332. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:

- а) множественной миеломы;
- б) СПИДа;
- в) геморрагического васкулита;
- г) системной красной волчанки;
- д) лимфолейкоза.

333. Выраженное похудание характерно для:

- а) лимфопролиферативных заболеваний;
- б) миелоэритроцитоза;
- в) болезни Кули;
- г) мегалобластной анемии;
- д) геморрагического васкулита.

334. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

- а) резкая болезненность;
- б) "деревянная" плотность;
- в) плотноэластическая консистенция;
- г) спаянность с кожей и между собой;
- д) мягкие, безболезненные.

335. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:

- а) гемолитических анемий;
- б) железодефицитных анемий;
- в) множественной миеломы;
- г) болезни тяжелых цепей;
- д) мегалобластной анемии.

336. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

- а) амилоидозе;
- б) тромбоцитопении;
- в) мегалобластной анемии;
- г) болезни Гоше;
- д) множественной миеломе.

337. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:

- а) выраженной анемии;
- б) нейрорейкоза;
- в) амилоидоза;
- г) эритремии;
- д) хронического лимфолейкоза.

338. Рецидивирующий *Herpes labialis* характерен для:

- а) множественной миеломы;
- б) мегалобластной анемии;
- в) апластической анемии;
- г) лимфопролиферативных заболеваний;
- д) железодефицитной анемии.

339. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о:

- а) криоглобулинемии;
- б) болезни Гоше;
- в) эритроцитозе;
- г) талассемии;
- д) железодефицитной анемии.

340. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

- а) внутриклеточного гемолиза;
- б) внутрисосудистого гемолиза;
- в) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;

- г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
- д) талассемии.

341 Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

- а) установления варианта лимфогранулематоза;
- б) диагностики лимфаденитов;
- в) установления цитохимического варианта острого лейкоза;
- г) диагностики метастазов рака;
- д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.

342. Внутривенная урография противопоказана при:

- а) апластической анемии;
- б) синдроме Гудпасчера;
- в) множественной миеломе;
- г) эритремии;
- д) лимфогранулематозе.

343 Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение; 2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты. Выберите правильный ответ по схеме:

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

344. Типичные проявления СПИДа: 1. исхудание, лихорадка 2. депрессия; 3. головная боль; 4. нарушение мозгового кровообращения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

345 Диагностика СПИДа основывается:

- а) на данных клинической картины;
- б) на бактериологическом исследовании испражнений;
- в) на результатах посева крови;
- г) на иммунохимическом исследовании;
- д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.

346 агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами; 2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке; 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

347. При определении группы крови по системе АВ0 используются: 1. непрямой антиглобулиновый метод; 2. конгломинация с желатином; 3. конгломинация с альбумином; 4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

348. Проба на индивидуальную совместимость Донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и Реципиента по системе АВ0 и по резус-фактору; 2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВ0; 3. для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

349. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют: 1. сенсibilизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. С-реактивный белок; 3. аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела; 4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

350. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления: 1. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител; 3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток; 4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

351. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

- а) биопсию лимфоузла;
- б) стерильную пункцию;
- в) пункцию селезенки;
- г) подсчет ретикулоцитов;
- д) УЗИ печени и селезенки.

352. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется: 1. высокой лихорадкой; 2. диареей; 3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области; 4. развитием на фоне агранулоцитоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

353. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются: 1. сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов; 2. увеличение числа лимфоцитов; 3. базофильно-эозинофильная ассоциация; 4. появление клеток типа плазмобластов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

364. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому: 1. исключает полностью диагноз заболевания; 2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания; 3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов; 4. не исключает полностью диагноз заболевания.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

355. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны: 1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия; 2. похудание; 3. костные боли и полинейропатия; 4. повышение температуры тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

356. Режим больных с множественной миеломой предполагает: 1. ношение корсета; 2. максимальную физическую активность; 3. лечебную физкультуру; 4. ограничение движений.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

357. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

- а) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);
- б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;
- в) сцинтиграфия;
- г) лимфография;
- д) компьютерная и ЯМР-томография.

358. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

359. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:

- а) спленомегалия;
- б) анемический синдром;
- в) портальная гипертензия;
- г) тромботические осложнения;
- д) прогрессирующее похудание.

360. За сутки железа может всосаться не более:

- а) 0,5-1,0 мг;
- б) 2,0-2,5 мг;
- в) 4,0-4,5 мг;
- г) 10,0-12,01 мг;
- д) 7,0-8,0 мг.

361. Причиной железодефицитной анемии у женщин могут быть: 1. обильные и длительные менструальные кровопотери; 2. болезнь Рандю-Ослера; 3. геморрой; 4. опухоли желудочно-кишечного тракта.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

361. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

- а) проба Грегерсена;
- б) проба Вебера;
- в) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома;
- г) определение уровня железа в кале;
- д) фиброгастроскопия.

362. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует

- а) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь;
- б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;
- в) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;
- г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;
- д) назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

363. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть: 1. гипervолемия; 2. многоплодная беременность; 3. несовместимость с мужем по системе АВО; 4. имевшийся ранее латентный дефицит железа.
Выберите правильный ответ по схеме:

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

364. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся: 1. к своевременному переливанию цельной крови; 2. к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно; 3. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно; 4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

365. Для лечения дефицита железа следует назначить:

- а) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой;
- б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно;
- в) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;
- г) препараты железа внутрь на длительный срок;
- д) препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год.

366. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

- а) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;
- б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
- в) перелить эритроцитарную массу перед родами;
- г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek;
- д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов.

367. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

- а) желтуха;
- б) серая кайма на деснах;
- в) кровь в кале;
- г) почечная колика;
- д) гепатомегалия.

368. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:

- а) гиперхромия эритроцитов;
- б) высокий ретикулоцитоз;
- в) базофильная пунктация эритроцитов;
- г) появление шизопитов;
- д) сочетание с эозинофилией.

369. При свинцовом отравлении назначают: 1. плазмаферез; 2. гипотензивные и мочегонные средства; 3. комплексоны; 4. соли калия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

370. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии

- а) гиперхромия эритроцитов;
- б) микроцитоз эритроцитов;
- в) глюкозурия;
- г) гиперурикемия;
- д) лейкоцитоз.

371. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:

- а) 1 месяц;
- б) 2-3 года;
- в) 5 лет;

- г) неделю;
- д) 6 месяцев.

372. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

- а) хромота;
- б) боли за грудиной;
- в) жжение языка;
- г) близорукость;
- д) тошнота.

373. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:

- а) гипертромбоцитоз;
- б) лейкоцитоз;
- в) увеличение СОЭ;
- г) высокий цветной показатель;
- д) лимфоцитоз.

374. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:

- а) всю жизнь;
- б) до нормализации уровня гемоглобина;
- в) 1 год;
- г) 3 месяца;
- д) курсами по три месяца два раза в год.

375. У больного апластической анемией: 1. печень и селезенка не увеличены; 2. печень и селезенка увеличены; 3. лимфоузлы не пальпируются; 4. лимфатические узлы увеличены. Выберите правильный ответ по схеме:

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

376. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:

- а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);
- б) определение протромбинового времени;
- в) проба Айви;
- г) определение тромбинового времени;
- д) определение уровня фибронектина.

377. К методам исследования резистентности микрососудов относятся:

- а) проба Кончаловского;
- б) проба Дьюка;
- в) определение времени по Ли-Уайту;
- г) определение времени Квика (протромбинового времени);
- д) определение свертывания крови с ядом эфы.

378. К антикоагулянтам прямого действия относится:

- а) фенилин;
- б) гепарин;
- в) свежемороженая плазма;
- г) тиклид;
- д) аминокaproновая кислота.

379. К антикоагулянтам непрямого действия относятся:

- а) фенилин;
- б) гепарин;
- в) свежемороженая плазма;
- г) тиклид;
- д) аминокaproновая кислота

370. К антиагрегантам относятся:

- а) фенилин;
- б) гепарин;
- в) тиклид;
- г) аминокaproновая кислота;
- д) ксантинол-никотинат.

380. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- а) гепарин;

- б) рекомбинантный антитромбин III;
- в) аминокaproновая кислота;
- г) тиклид;
- д) фибринолизин.

381. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно: 1. развитие заболевания стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3 упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

382. Для узловой эритемы характерно: 1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки; 2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов; 3. типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голени, бедер и ягодиц; 4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

383. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. Диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктом деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

384. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

385. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к: 1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях; 2. снижению травматичности оперативных вмешательств; 3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами; 4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

386. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости эуглобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3 исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристоминцин-зависимой агрегации тромбоцитов.

	<p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>387. Решающим признаком лейкомоидных реакций является: 1. непродолжительность; 2. прогрессирующее течение; 3. спонтанное выздоровление; 4. доброкачественность течения. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>388. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при: 1. сепсисе; 2. остром лейкозе; 3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе); 4. остром воздействии радиации. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>389. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:</p> <p>а) 10-12 %; б) 20-40 %; в) 40-60 %; г) 60-80 %; д) 90 %.</p> <p>390. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:</p> <p>а) 10-12 %; б) 20-40 %; в) 40-60 %; г) 60-80 %; д) 90 %.</p> <p>391. Небольшую цитопению могут вызвать:</p> <p>а) сульфаниламиды; б) мерказолил; в) миорелаксанты; г) антибиотики; д) мочегонные.</p> <p>392. Клиническими симптомами анемической комы являются: 1. отеки; 2. тахикардия; 3. желтушность кожи; 4. снижение артериального давления. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>393. Сахарный диабет у подростков является результатом: 1. вирусного повреждения поджелудочной железы; 2. нарушения чувствительности рецепторов к инсулину; 3. нарушения биосинтеза инсулина; 4. аутоиммунного повреждения поджелудочной железы. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>394. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является Результатом:</p> <p>а) жирового гепатоза; б) гепатита; в) цирроза; г) сердечной недостаточности;</p>

д) диабетической нефропатии.

395. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:

- а) 8,3-10,1 ммоль/л;
- б) 6,2-9,3 ммоль/л;
- в) 2,7-5,5 ммоль/л;
- г) 3,8-6,7 ммоль/л;
- д) 3,3-5,5 ммоль/л.

396. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- а) 8,43 ммоль/л;
- б) 7,22 ммоль/л;
- в) 9,6 ммоль/л;
- г) 10,1 ммоль/л;
- д) 7,8 ммоль/л.

397. Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования: 1. тест толерантности к глюкозе; 2. глюкозокортикоидную пробу; 3. исследование пробным завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови; 4. УЗИ поджелудочной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

398. Сердечнососудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

399. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает: 1. диабетическую ретинопатию; 2. блефарит; 3. ячмень; 4. дистрофические изменения роговицы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

400. Сахарный диабет II типа характеризуется: 1. повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме; 2. отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами; 3. отсутствием склонности к кетоацидозу; 4. наличием антител к инсулинобразующим клеткам островков поджелудочной железы; 5. нормальным состоянием инсулиновых рецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

401. Наименьшим антигенным свойством обладает: 1. инсулин крупного рогатого скота; 2. китовый инсулин; 3. овечий инсулин; 4. свиной инсулин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

402. Уровень гликемии натощак при сахарном диабете "беременности", при котором не следует назначать инсулин:

- а) 11,1 ммоль/л;
- б) 3,8 ммоль/л;

- в) 6,7 ммоль/л;
- г) 5,5 ммоль/л;
- д) 7,4 ммоль/л.

403. Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет:

- а) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- б) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- в) 0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности
- д) 0,6 ЕД на 1 кг массы тела в сутки.

404. К инсулинам суточного действия относятся: 1. "ультраленте"; 2. протафан; 3. ультратард; 4. монотард; 5. инсулин Б.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

405. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано при: 1. диабетической ретинопатии I стадии; 2. диабетической нефропатии III стадии; 3. перенесенном гепатите; 4. сахарном диабете II типа средней тяжести.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

406. Показанием к применению бигуанидов является: 1. сахарный диабет II типа в сочетании с ожирением; 2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией; 3. ожирение; 4. сахарный диабет I типа.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

407. К побочным явлениям бигуанидов относятся: 1. молочнокислый ацидоз; 2. диспепсические явления; 3. аллергические кожные реакции; 4. тахикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

408. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем:

- а) 50 % от суточной дозы;
- б) 70 % от суточной дозы;
- в) 30 % от суточной дозы;
- г) 10 % от суточной дозы;
- д) 25 % от суточной дозы.

409. Ожирение является фактором риска для: 1. сахарного диабета; 2. атеросклероза; 3. желчнокаменной болезни; 4. почечнокаменной болезни; 5. хронического гастрита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

410. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны: 1. похудание; 2. постоянное сердцебиение; 3. общий гипергидроз; 4. дрожание конечностей, мышечная слабость.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

411. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться: 1. b-адреноблокаторы; 2. глюкокортикоиды; 3 мерказолил; 4. верошпирон.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

412. Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является:

- а) оперативное лечение;
- б) лечение ¹³¹I;
- в) лечение мерказолилом;
- г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами;
- д) лечение глюкокортикоидами.

413. Для аутоиммунного тиреоидита характерно: 1. повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы; 2. увеличение шейных лимфатических узлов; 3. равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы; 4. повышение температуры тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

414. Для подострого тиреоидита характерно: 1. выраженный болевой синдром; 2. лейкоцитоз, увеличения СОЭ; 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам; 4. экзофтальм.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

415. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1. определение тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 5. определение основного обмена.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

416. Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

417. Для гипотиреоза характерно: 1. сухость кожных покровов; 2. склонность к запорам; 3. сонливость; 4. брадикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
418. Для лечения гипотиреоза применяют: 1. тиреоидин; 2. тироксин; 3. трийодтиронин; 4. мерказолил.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
419. Для диагностики феохромоцитомы применяют: 1. исследование катехоламиноп в суточной моче; 2. аортографию; 3. исследование катехоламинов в венозной крови; 4. пробу с АКТГ.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
420. Для болезни Иценко Кушинга характерно: 1. истончение конечностей 2. атрофия мышц ягодичной области; 3. наличие стрий; 4. выпадение волос на лобке в подмышечных областях.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
421. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко-Кушинга и кортикостеромы: 1. определение суточного ритма кортизола; 2. проба с дексаметазоном; 3. сканирование надпочечников; 4. определение суммарного количества 17-кетостероидов в крови; 5. проба с АКТГ.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.
422. Для активной стадии акромегалии характерно: 1. нарушение углеводного обмена; 2. повышение уровня соматомедина С в крови; 3 артропатия; 4 гипертрофия мягких тканей.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
423. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть: 1. травма черепа с последующим кровоизлиянием; 2. опухоль турецкого седла; 3. туберкулез; 4. менингоэнцефалит.
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
424. Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать с: 1. неврогенной анорексией; 2. аддисоновой болезнью; 3. первичным гипотиреозом; 4. первичным гипогонадизмом;
Выберите правильный ответ по схеме:
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
425. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка: 1. адrenокортикотропного гормона (АКЛГ), соматотропного гормона (СТГ); 2. тиреотропного

гормона (ТТГ); 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); 4. пролактина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

426. Для аддисоновой болезни характерны: 1. пигментация; 2. артериальная гипотензия; 3. похудание; 4. аменорея; 5. повышение основного обмена.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

427. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать: 1. гидрокортизон сукцинат (внутривенно); 2. докса (внутримышечно); 3. физиологический раствор с глюкозой (внутривенно); 4. докса (сублингвально).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

428. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение:

- а) дексаметазона
- б) кортизона;
- в) преднизолона;
- г) триамсинолона.

429. Для первичного альдостеронизма характерны: 1. положительная проба с верошпироном; 2. гиперкалиемия; 3. гипокалиемия; 4. отсутствие изменений на ЭКГ.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

430. Для адреногенитального синдрома у взрослых женщин характерно: 1. гермафродитного строения наружных гениталий; 2. изменения кровяного давления; 3. нарушения менструаций (гипоаменореи); 4. гирсутизма.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

431. Климактерический период характеризуется: 1. вегетативно-сосудистыми нарушениями; 2. кожными высыпаниями; 3. нейropsychическими расстройствами; 4. диспепсическими расстройствами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

432. Климактерический период может сопровождаться: 1. приливами; 2. болью в сердце; 3. чувством нехватки воздуха; 4. дисцефальными кризами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

433. Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют: 1. седативные средства; 2. препараты, снижающие тонус симпатической нервной системы; 3. малые дозы эстрогенов или андрогенов; 4. блокаторы функции щитовидной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

434. При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение: 1. индерала; 2. эрготамина; 3. препаратов калия; 4. климактерина.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

435. Для выведения из гипогликемической комы назначают: 1. внутримышечное введение 5 % раствора глюкозы; 2. подкожное введение 5 % раствора глюкозы; 3. прием внутрь 2-3 кусочков сахара; 4. внутривенное вливание раствора глюкозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

436. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно: 1. гликемия натощак 5,5 ммоль/л; 2. гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л; 3. отсутствие глюкозурии; 4. отсутствие ацетонурии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

437. Для тяжелой формы болезни Иценко-Кушинга характерно: 1. прогрессирующая мышечная слабость; 2. патологические переломы костей; 3. сердечно-легочная недостаточность; 4. тяжелые психические расстройства.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

438. Для острой недостаточности надпочечников характерно: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. гипогликемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

439. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны: 1. гиперосмолярность; 2. гипергликемия; 3. гипернатриемия; 4. дыхание типа Куссмауля; 5. кетоацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

440. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. низкий уровень сахара в крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

	<p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ</p>	<p>441. «Нерациональное питание» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний определяется с помощью: А. опроса (анкетирования) Б. непосредственного наблюдения В. бесед с членами семьи Г. фотоконтроля</p> <p>442. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень систолического артериального давления, равный _____ мм. рт.ст. и выше: А. 140 Б. 130 В. 150 Г. 100</p> <p>443. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень диастолического артериального давления, равный _____ мм. рт.ст. и выше: А. 90 Б. 80 В. 100 Г. 140</p> <p>444. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень общего холестерина, равный _____ ммоль/л и выше: А. 5,0 Б. 4,0 В. 8,0 Г. 3,0</p> <p>445. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень липопротеидов высокой плотности у мужчин менее _____ ммоль/л: А. 1,0 Б. 1,2 В. 1,4 Г. 0,6</p> <p>446. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень липопротеидов высокой плотности у женщин менее _____ ммоль/л: А. 1,2 Б. 1,4 В. 1,0 Г. 0,6</p> <p>447. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень липопротеидов низкой плотности более _____ ммоль/л: А. 3,0 Б. 2,8 В. 4,5 Г. 2,1</p> <p>448. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень триглицеридов более _____ ммоль/л: А. 1,7 Б. 2,5 В. 0,4 Г. 1,1</p> <p>449. Фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний является уровень глюкозы натощак _____ ммоль/л и более: А. 6,1 Б. 5,0 В. 4,4 Г. 8,3</p> <p>450. «Курение табака» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний подразумевает выкуривание</p>

	<p>A. 1 сигареты в день B. 3 сигареты в неделю B. 1 сигареты в месяц Г. 20 сигарет в год</p> <p>451. «Нерациональное питание» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний подразумевает, в частности, потребление поваренной соли более _____ гр/сутки: A. 5 Б. 1 B. 10 Г. 15</p> <p>452. «Нерациональное питание» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний подразумевает, в частности, недостаточное потребление фруктов и овощей менее _____ гр/сутки: A. 400 Б. 1000 B. 100 Г. 800</p> <p>453. «Ожирение» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний подразумевает индекс массы тела более _____ кг/м² A. 30,0 Б. 25,6 B. 29,4 Г. 23,8</p> <p>454. «Низкая физическая активность» как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний подразумевает: A. ходьбу в умеренном и быстром темпе менее 30 мин/день Б. бег с ускорением менее 40 мин/день B. занятия силовым видом спорта менее 100 мин/неделю Г. движение в медленном темпе менее 30 мин/неделю</p> <p>455. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится: A. курение табака Б. вдыхание ароматических смол B. аппликация глиной Г. инсуффляция озона</p> <p>456. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится: A. пагубное потребление алкоголя Б. потребление жидкости менее 2 л/сутки B. потребление ксилита взамен сахара Г. потребление БАДов</p> <p>457. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится: A. нерациональное питание Б. значительная компьютерная нагрузка B. пребывание в неотапливаемом помещении Г. работа с источником радиоактивного излучения</p> <p>458. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится: A. избыточная масса тела Б. низкий уровень социального интеллекта B. недостаточная станова́я сила Г. высокая реактивность организма</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи</p>	<p>460. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают: а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; в) все случаи заболеваемости; г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности; д) наличие инфекционного заболевания.</p> <p>461. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является: а) листок временной нетрудоспособности; б) случай временной нетрудоспособности;</p>

- в) первичное заболевание;
- г) впервые выявленное в данном году заболевание;
- д) справка о временной нетрудоспособности.

462. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:

- а) листок временной нетрудоспособности;
- б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней;
- в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц;
- г) характер патологического процесса;
- д) наличие сопутствующих заболеваний.

464. Работающему инвалиду 3 группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением заболевания, которое явилось причиной инвалидности, листок нетрудоспособности может быть выдан:

- а) на 1 месяц;
- б) на 2 месяца;
- в) на 3 месяца;
- г) на 4 месяца;
- д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза.

465. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении листка нетрудоспособности:

- а) выезд в другую местность;
- б) отказ от госпитализации;
- в) отказ от направления на МСЭК;
- г) неявка в назначенный день на МСЭК;
- д) явка на прием врача в состоянии опьянения.

466. Больной Ю. 38 лет, формовщик, от направления на МСЭК категорически отказался. В листке нетрудоспособности указана дата направления на МСЭК - 25.01 и сделана отметка о нарушении режима с 25.01 "Отказ от направления на МСЭК". Документы больного были пересланы в экспертную комиссию и зарегистрированы 28.01. Больной на освидетельствование на МСЭК явился лишь 15.02., где признан инвалидом III группы. Укажите, каким числом лечебное учреждение должно закрыть листок нетрудоспособности в данном случае:

- а) признан инвалидом III группы 25.01;
- б) признан инвалидом III группы 28.01;
- в) признан инвалидом III группы 15.02;
- г) приступить к работе 16.02;
- д) направить на дообследование 25.01.

467. Не имеет права выдачи листка нетрудоспособности врач;

- а) военного госпиталя;
- б) приемного отделения больницы;
- в) скорой помощи;
- г) травматологического пункта (поликлиники);
- д) участковый терапевт;
- е) а, б, д;
- ж) б, в;
- з) в, г.

468. Не имеют права выдачи листков нетрудоспособности врачи: 1. государственной системы здравоохранения; 2. частнопрактикующие врачи; 3. муниципальной системы здравоохранения; 4. учреждений санитарно-эпидемиологического надзора.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

469. Максимально допустимый срок, в который первичная МСЭК передает заявление инвалида, не согласного с ее решением, в вышестоящую МСЭК:

- а) до 3 дней;
- б) до 10 дней;
- в) до 20 дней;
- г) до 30 дней;
- д) 2 месяца.

470. Максимально допустимый срок, в который вышестоящая МСЭК должна пересмотреть

решение первичной МСЭК по жалобе больного:

- а) в течение 1 месяца;
- б) в течение 2 месяцев;
- в) в течение 3 месяцев;
- г) в течение 6 месяцев;
- д) в течение 9 месяцев.

471. При инкурабельных злокачественных новообразованиях, впервые диагностируемых, I группа инвалидности устанавливается:

- а) на 6 месяцев;
- б) на 1 год;
- в) на 2 года;
- г) на 3 года;
- д) бессрочно.

472. Больному, перенесшему пульмонэктомию, II группу инвалидности устанавливают:

- а) на 1 год;
- б) на 2 года;
- в) на 6 месяцев;
- г) без указания срока переосвидетельствования;
- д) на 9 месяцев.

474. Из перечисленного контингента имеют право на получение листка нетрудоспособности при временной нетрудоспособности, обусловленной заболеванием или травмой: 1. лица, условно освобожденные из мест лишения свободы; 2. лица, находящиеся под арестом; 3. лица, находившиеся на судебно-медицинской экспертизе; 4. лица, направленные на принудительное лечение по определению народного суда.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

474. Иностранцам гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:

- а) выдается справка произвольной формы;
- б) выдается листок нетрудоспособности;
- в) не выдается никакой документ;
- г) выдается справка определенной формы;
- д) выдается специальный документ.

475. Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан листок нетрудоспособности трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:

- а) колоноскопия;
- б) дуоденальное зондирование;
- в) рентгеноскопия грудной клетки;
- г) подбор контактных линз;
- д) ЭХО-КГ.

476. Временная нетрудоспособность, превышающая 1 месяц, возникла в течение первого месяца после увольнения с работы. Листок нетрудоспособности в этом случае не может быть выдан:

- а) если человек уволился по собственному желанию;
- б) если увольнение произошло по сокращению штатов;
- в) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт;
- г) многодетной матери по уходу за детьми;
- д) если человек призван на военную службу.

477. Для удостоверения временной нетрудоспособности иностранцам гражданам в период их пребывания в нашей стране (в командировке, санатории и др.) выдается: 1. листок нетрудоспособности; 2. справка ф. 095/у; 3. справка произвольной формы; 4. специальный листок нетрудоспособности.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

478.. Бывшему военнослужащему при заболевании его в течение первого месяца после увольнения из рядов Российской армии по окончании срока срочной службы для удостоверения временной нетрудоспособности: 1. выдается справка лечебного учреждения произвольной формы; 2. выдается листок нетрудоспособности; 3. выдается справка ф. 095/у; 4. ничего не выдается:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

488. При выписке больничного листа матери, по уходу за больным ребенком в месте ее временного проживания с ним (иногородней) виза администрации:

- а) ставится в 1-й день, при выдаче листка нетрудоспособности;
- б) ставится на 3-й день, при продолжении листка нетрудоспособности;
- в) ставится на 6-й день, при выписке больного на работу;
- г) ставится в любой день при закрытии листка нетрудоспособности;
- д) не ставится вообще.

489. В случае болезни матери уход за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет другой взрослый член семьи, которому: 1. выдается справка; 2. выдается справка произвольной формы; 3. никакой документ не выдается; 4. выдается листок нетрудоспособности; 5. выдается справка ф. 095/у.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

490. Инвалид III группы, инвалидность установлена в связи с бронхиальной астмой средней тяжести. Причина инвалидности - профессиональное заболевание. Работает в облегченных условиях в соответствии с рекомендацией МСЭК, временная утрата трудоспособности у него обусловлена обострением профессиональной бронхиальной астмы. Укажите вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного:

- а) общее заболевание;
- б) профессиональное заболевание;
- в) производственная травма;
- г) бытовая травма;
- д) прочерк.

491. При общем заболевании и необходимости в санаторно-курортном лечении больничный лист выдается работающему инвалиду в случае, если путевка:

- а) получена больным бесплатно, по линии Министерства социальной защиты РФ;
- б) получена из средств социального страхования;
- в) получена бесплатно из фонда предприятия;
- г) получена бесплатно из фонда государственного бюджета;
- д) приобретена за свой счет.

492. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:

- а) лечащий врач;
- б) заведующий отделением;
- в) заместитель главного врача по КЭР;
- г) ВК - врачебная комиссия;
- д) главный врач.

493. Больной М. 18 лет, слесарь по ремонту телевизоров, направлен врачебной комиссией из военкомата (как призывник) на стационарное обследование, где диагностирован: "Ревматизм, активная фаза, недостаточность двустворчатого клапана". На период обследования призывник получает:

- а) справку произвольной формы, выданную поликлиникой;
- б) листок нетрудоспособности, выданный стационаром;
- в) листок нетрудоспособности, выданной поликлиникой;
- г) справку произвольной формы, выданную стационаром;
- д) справку, выданную военкоматом.

494. Больной З. 54 года, маляр, как длительно болеющий впервые, направлен на мсэк 15.03.

Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование

происходит только 25.03, где больной признается инвалидом 3 группы. Укажите, каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности:

- а) приступить к работе с 15.03;
- б) признан инвалидом III группы во МСЭК 16.03;
- в) признан инвалидом III группы во МСЭК 25.03;
- г) приступить к работе с 25.03;
- д) направить в стационар 25.03.

495. Запись ВК о том, что больной с профессиональным заболеванием или туберкулезом переводится на облегченную работу на срок 10 дней, производится на лицевой части листка нетрудоспособности:

- а) в графе "освобождение от работы";
- б) в графе "режим";
- в) в графе "временно переведен на другую работу";
- г) в двух графах "режим" и "освобождение от работы" одновременно;
- д) в графе "место работы".

496. Листок нетрудоспособности выдается больному, при направлении его непосредственно из стационара в санаторий профсоюзов на весь срок лечения, т.е. без вычета продолжительности очередного и дополнительного отпусков при:

- а) туберкулезе;
- б) вибрационной болезни;
- в) остром инфаркте миокарда;
- г) гониме вследствие производственной травмы;
- д) ОРЗ.

497. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска: 1. выдается листок нетрудоспособности; 2. выдается справка произвольной формы; 3. продлевается листок нетрудоспособности; 4. никакой документ не выдается.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

498. При выдаче листка нетрудоспособности (справки) врачи руководствуются:

- а) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях;
- б) основами Законодательства об охране здоровья граждан;
- в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- г) другими документами;
- д) основными статьями Конституции РФ.

499. Укажите число существующих уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) 2;
- б) 3;
- в) 5;
- г) 7;
- д) 9.

500. Второй уровень экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется:

- а) осмотром лечащего врача;
- б) консультацией заведующего отделением;
- в) осмотром заместителем главного врача по клинко-экспертной работе;
- г) представлением на врачебную комиссию ЛПУ;
- д) консилиумом с привлечением доктора медицинских наук.

501. Этапы медицинской реабилитации:

- А. Первый, второй, третий
- Б. Стационарный, санаторно-курортный, амбулаторный
- В. Стационарный, диспансерный
- Г. Ранний, средний, поздний
- Д. Стационарный, специализированный, санаторно-курортный, амбулаторный

502. Реабилитационный потенциал — это:

- А. Планируемый исход реабилитационных мероприятий
- Б. Перспектива восстановления функций
- В. Показатель, отражающий уровень функционального дефекта

- Г. Показатель, свидетельствующий об отсутствии противопоказаний к медицинской реабилитации
Д. Группа физической активности работоспособности пациента
503. Осуществляет отбор и направление пациентов для определения объема мероприятий по медицинской реабилитации в медицинских организациях, осуществляющих мед.реабилитацию:
- А. Врачебная комиссия
Б. Врач лечебной физкультуры
В. Врач-физиотерапевт
Г. Врач-рефлексотерапевт
Д. Врач по медицинской реабилитации
504. К критериям плохой переносимости мероприятий по медицинской реабилитации относятся:
- А. Приступ стенокардии во время физической нагрузки
Б. Понижение АД систолического на 5 мм рт. ст.
В. Повышение АД систолического на 20 мм рт. ст.
Г. Повышение АД диастолического на 5 мм рт. ст.
Д. Появление нистагма при вращательной пробе
505. Пациенты, признанные не имеющими перспективы восстановления функции:
- А. Направляются в стационарное отделение медицинской реабилитации
Б. Направляются домой и получают медицинскую реабилитацию силами выездной бригады
В. Направляются в учреждения социального ухода
Г. Направляются на санаторно-курортное лечение
Д. Направляются на амбулаторно-поликлиническую реабилитацию
506. Какой из перечисленных методов кинезотерапии предпочтителен для включения в индивидуальную программу реабилитации артериальной гипертензии на санаторном этапе:
- А. туризм на короткие дистанции;
Б. терренкур;
В. ходьба с препятствиями;
Г. игры на месте
Д. подводное вытяжение
507. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:
- А. опрос (анкетирование)
Б. осмотр (консультацию) офтальмологом
В. осмотр (консультацию) неврологом
Г. колоноскопию (ректороманоскопию)
508. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:
- А. антропометрию
Б. колоноскопию
В. спирометрию
Г. отоскопию
509. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:
- А. измерение артериального давления
Б. сканирование брахицефальных артерий
В. проведение компьютерную томографию
Г. исследование свертывающей системы крови
510. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя определение уровня _____ в крови:
- А. общего холестерина
Б. щелочной фосфатазы
В. прямого билирубина
Г. сывороточного железа
511. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя определение уровня _____ в крови:
- А. глюкозы
Б. креатинина
В. альбумина
Г. амилазы
512. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:
- А. электрокардиографию в покое

	<p>Б. сканирование брахицефальных артерий В. Эхокардиографию Г. электроэнцефалографию</p> <p>513. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя: А. флюорографию легких Б. сканирование брахицефальных артерий В. эхо-кардиографию Г. электроэнцефалографию</p> <p>514. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случае выполнения не менее _____ % от объема исследований первого этапа диспансеризации: А. 85 Б. 100 В. 15 Г. 50</p> <p>515. По итогам диспансеризации граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний), относятся к _____ группе здоровья: А. I Б. II В. IIIА Г. IIIБ</p> <p>516. По итогам диспансеризации граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, относятся к _____ группе здоровья А. II Б. I В. IIIА Г. IIIБ</p> <p>517. По итогам диспансеризации граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний), относятся к _____ группе здоровья: А. II Б. I В. IIIА Г. IIIБ</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Герiatrics</p>	<p>518. Пожилым считается возраст: а. 45-59 лет; б. 60-74 года; в. 75-80 лет; д. 90 и более лет.</p> <p>519. Старческим считается возраст: а. 45-59 лет; б. 60-74 года; в. 75-89 лет; г. 90-95 лет; д. 96 и более лет.</p> <p>520. Определите возраст долгожителей: а. 45-59 лет; б. 60-74 года; в. 75-89 лет; г. 90 и более лет; д. 100 и более лет.</p> <p>521. Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом: а. уровень глюкозы в крови;</p>

- б. сократительная способность миокарда;
- в. количество форменных элементов крови;
- г. синтез гормонов гипофиза;
- д. уровень общего холестерина крови.

522. Частота сердечных сокращений с возрастом:

- а. снижается;
- б. повышается;
- в. не изменяется;
- г. возрастает с возрастанием АД;
- д. снижается с возрастанием АД.

523. Геронтология - это: 1. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте; 2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте; 3. наука, изучающая болезни пожилого возраста; 4. наука о старении организма; 5. наука, изучающая старческий возрастной период.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

524. Гериатрия - это: 1. наука о старении организма; 2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте; 3. наука, изучающая болезни пожилого возраста; 4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте; 5. наука, изучающая старческий возрастной период.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1,2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

525. Старение характеризуется: 1. разрушительностью; 2. эндогенностью; 3. постепенностью; 4. адаптивностью; 5. созидательностью.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

526. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся: 1. уровень глюкозы в крови; 2. сократительная способность миокарда; 3. толщина стенки матки; 4. синтез гормонов гипофиза; 5. кислотно-основное равновесие.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

527. Показатели, изменяющиеся с возрастом: 1. функция пищеварительных желез; 2. функция половых желез; 3. чувствительность органов к гормонам; 4. количество форменных элементов крови; 5. онкотическое давление.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

528. Характерные черты старения: 1. однонаправленность; 2. одномерность; 3. необратимость; 4. обратимость; 5. компенсаторность.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Банк ситуационных клинических задач

Б 1.Б.6.1 Заболевания сердечно- сосудистой системы

Задача 1. Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, периодически- колющими болями в области сердца.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 6 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивные препараты не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Данные лабораторных исследований: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2, 8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, рСКФ (по формуле СКД-ЕП) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки, уровень мочевой кислоты в крови – 0, 62 ммоль/л.

Проведите клиническую оценку полученных результатов и предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 2. Мужчина 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Кроме того, отмечает периодическое повышение АД до 150-160/100-110 мм рт. ст.

В возрасте от пяти до 30 лет профессионально занимался футболом, до 34 лет был тренером, с 35 лет - бизнесмен. Курит последние 5 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Любит острое, соленье, копчение. Пьет более 1,5 л жидкости в сутки. Любит рыбную ловлю, подвижный отдых на природе. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.

При осмотре: умеренная гиперемия лица, нормостеник, ИМТ - 30,2 кг/м². Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижних отделах. При аускультации 1-ый тон ослаблен, акцент 2-го тона на аорте. АД - 170/95 мм рт. ст. (симметрично), пульс - ритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., при пальпации безболезненная.

Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: эритроциты $5,5 \times 10^{12}$ /л, Hb – 147 г/л, цветной показатель — 0,9, лейкоциты — $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 7 мм/час.

Общий холестерин -8,4 ммоль/л, глюкоза плазмы крови натощак -6,8 ммоль/л, на ЭКГ –ритм синусовый, правильный, признаки гипертрофии левого желудочка. По данным УЗИ почек и органов брюшной полости: умеренно выраженное увеличение размеров печени без изменения ее структуры.

Задача 3. Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м². Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В общем анализе крови: гемоглобин - 152 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%,

	<p>лейкоциты -11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты -18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ -12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин–89 ммоль/л, общий билирубин –16 ммоль/л.</p> <p>На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента STв отведениях II,III,aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Заболевания костей и суставов</p>	<p>Задача 4.(Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.) Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×10¹²/л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – 8,6×10⁹ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистевидных просветлений. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</p> <p>Задача 5.(Антифосфолипидный синдром (АФС) с развитием тромбозов с ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, транзиторная ишемическая атака (анамнестически). Вторичная тромбоцитопения. Сетчатое ливедо.) Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализуемая в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Клинический анализе крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - 9×10⁹ /л, тромбоциты - 100×10⁹ /л, СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц). Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор. 5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте.</p> <p>Задача 6. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения). Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до</p>

	<p>субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шею, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочевыделение свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×10¹²/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×10⁹ /л, лейкоциты - 1,6×10⁹ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α₁ – 4%, α₂ – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - 4,4×10¹²/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×10⁹ /л, лейкоциты - 5,1×10⁹ /л, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EP1) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<p>Задача 7. Мужчина, 45 лет, поступил на стационарное лечение в тяжелом состоянии с жалобами на выраженную экспираторную одышку при малейшей физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто-гноющей мокроты до 20-30 мл в сутки, тахикардию, общую слабость, снижение аппетита, боль в правом подреберье, значительные отеки на нижних конечностях. Кашель отмечает многие годы, связывает с курением, одышка - последние 3-5 лет. Ухудшение состояния около двух недель, стала нарастать одышка, появилась субфебрильная температура до 37,5 С. Курит с детства (с 12 лет), в последние годы до 1,5 пачки сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Не работает.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Диффузный цианоз. Положение в постели вынужденное - сидит с опущенными на пол ногами. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс - 108 в 1 мин, ритмичный. При аускультации тоны приглушены, ритмичные, акцент II на легочной артерии. ЧДД - 28 в 1 мин. При перкуссии - над легкими коробочный звук, при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные сухие хрипы. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, болезненный. Отеки стоп и голени.</p> <p>Данные лабораторных исследований: Общий анализ крови: Hг - 5,5 x 10¹²/л, Hб - 162 г/л, цв. п. - 0,89, L - 8,5 x 10⁹/л, э. - 0, п. - 2, с. - 79, л. - 19, м. - 3, СОЭ - 22 мм/ч, Тг – 240,0x 10⁹, Общий анализ мокроты: зеленая, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зрения, МБТ не обнаружены. Газы крови: pO₂ - 58 мм рт.ст.; pCO₂ - 56 мм рт.ст., pH - 7,33. Данные инструментальных исследований: ФВД: ЖЕЛ 2,1 л (66 % от N), ОФВ₁ 1,8 л (30 % от N). ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, инфильтрация не выявляется.</p> <p>Задача 8. Больной Д., 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы: на боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель со слизисто-гноющей мокротой, повышение температуры тела до 39,5°С с ознобом, резкую общую слабость, головную боль. Заболел остро. После принятия ванны лег спать у открытого окна. Проснулся от озноба. Утром повысилась температура до 40°С, появились сухой кашель, боль в грудной клетке справа, общая слабость. Объективно: при осмотре определяются гиперемия щек, более выраженная справа, акроцианоз. Дыхание поверхностное - 32 в минуту. При осмотре грудная клетка справа отстает при дыхании. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, в подмышечной области и спереди от 4-го ребра и ниже, дыхание в этой области ослаблено. Аускультативно над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены,</p>

	<p>ритм правильный, АД -95/65 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии нет.</p> <p>Задача 9. Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями вентолина, уменьшение времени между ингаляциями бронхолитика, на одышку при незначительной физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость.</p> <p>У пациентки с 4 лет рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет прием аспирина вызывал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 8 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-4 дней, связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе.</p> <p>Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.</p> <p>При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Конституция гиперстеническая, лицо лунообразное, гирсутизм. На коже передней брюшной стенки - розовые стрии. Кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии.</p> <p>Грудная клетка цилиндрическая с увеличением передне-заднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. ЧД - 26 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинён, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы.</p> <p>Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, тахикардия до 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт.ст.</p> <p>При пальпации живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - $8,5 \times 10^9$/л: эозинофилы - 12 %, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 8 мм/ч.</p> <p>Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, расширены, умеренный пневмофиброз.</p> <p>ЭКГ: высокий остроконечный зубец P в отведениях I, II. Увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V₁₋₂) и амплитуды S в левых грудных отведениях (V₅₋₆).</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>Задача 10. (Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст)</p> <p>Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел - 40 сек. Рост - 178 см, вес - 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$/л; Hb - 122 г/л; цветовой показатель - 0,9%; тромбоциты - 98×10^9 /л, лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин - 130 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л, АЛТ - 120 Ед/л, АСТ - 164 Ед/л. МНО - 2, альбумин - 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени - 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены - 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое - желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки - 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p>

пациента. 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Задача 11. (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени).

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизи; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg - графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковича ДПК без особенностей.

Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор

Задача 12. (Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.)

Основная часть Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться

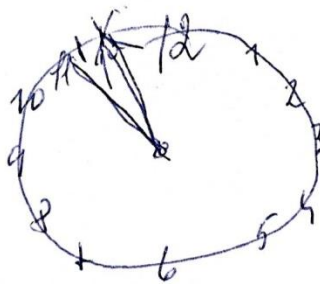
	<p>самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10х 7 см и 6×4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 ×10¹²/л, Hb = 103 г/л, МСН 23р/g, МСНС– 300 г/l , лейкоциты = 12,6×10⁹ /л. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30 40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>Задача 13. (Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIа стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая). Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жёлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м² . Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×10¹²/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×10⁹ /л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×10⁹ /л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевого кислоты – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жёлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.</p> <p>Задача 14. (Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП I ст). Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был</p>

	<p>диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м². Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.</p> <p>Задача 15. (Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.) Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10^9 /л, лейкоциты - $10,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12- 20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, не прямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6% γ - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические симптомы и синдромы</p>	<p>Задача 16. (Хронический лимфолейкоз, II стадия по Rai). На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких</p>

	<p>дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×10¹²/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10⁹/л, лейкоциты – 39×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? 4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного. 5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения</p> <p>Задача 17. (Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голеней.) Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста. При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голеней – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Назовите критерии основного диагноза. 3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи. 4. Составьте план дополнительных методов обследования. 5. Выберите лечебную тактику.</p> <p>Задача 18. (В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA). Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру. Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит. При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей. Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях. Анализ крови: эритроциты - 1,0×10¹²/л, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - 3,6×10⁹/л, тромбоциты - 150×10⁹/л, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота. Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Составьте план лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>Задача 19. (Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м²). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Целевой уровень НвА1с<6,5%) На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена. Общий анализ крови: эритроциты - 4,6×10¹², Нв - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×10¹², лейкоциты - 6,1×10⁹, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты</p>

	<p>- 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 мл/мин/1,73 Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение. 5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?</p> <p>Задача 20. (Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова). На приёме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание её коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте предполагаемый диагноз. 3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза? 4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза? 5. Каковы принципы лечения данной пациентки?</p> <p>Задача 21(Акромегалия). Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами. При осмотре: подчеркнута крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная. Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л. Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи.</p>	<p>Задача 22. Пациент Н., 72 года. Диагноз: Сахарный диабет II типа, диабетическая полинейропатия, диабетическая микро- и макроангиопатия, сухая гангрена левой стопы. Состояние после ампутации левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. 20 сутки после операции. Задание: соберите анамнез и проведите осмотр пациента с целью назначения дальнейшей медицинской реабилитации.</p> <p>Задача 23. Пациент К., 52 года. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения I ФК. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ОНМК по ишемическому типу в анамнезе. Проходил медицинскую реабилитацию по месту жительства 1 год назад. Задание: дайте рекомендации по возможностям санаторно-курортного лечения.</p> <p>Задача 24. В медицинское учреждение поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной</p>

	<p>СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка 70 нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности. Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача? 2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наложением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего? 3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?
<p>Г Б 1.Б.6.10 Гериатрия</p>	<p>Задача 25. Пациент В.Ф., 78 лет. Разведен, долгое время проживает один. Жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, резко усиливающиеся при вставании со стула, наклонах в стороны, с иррадиацией по задней поверхности правого бедра, головную боль, чувство нехватки воздуха при умеренной физ.нагрузке (подъём по лестнице до 2 этажа), иногда – дискомфорт за грудиной (тяжесть) при данном уровне физической нагрузки, неустойчивость и неуверенность при ходьбе, шаткость походки - «ноги не чувствуют твердую почву», «помогу в ногах» в ночное время, ухудшения памяти (текущие события, забывчивость в соблюдении режима приёма лекарственных препаратов). Из анамнеза: АГ более 25 лет (с 50 лет). В 2012 г первый документированный пароксизм ФП, с 2014 г – перманентная форма ФП. С 2013 г стали беспокоить боли за грудиной при подъёме по лестнице выше 2 этажа, общая слабость, одышка. С 2010 г принимает плановую терапию, назначенную терапевтом поликлиники: эналаприл 10 мг -1 табл. утром, ½ табл. вечером, метопролол тартрат ретард 50 мг – 1 табл. утром, индапамид 2,5 мг – 1 табл. утром, фуросемид 40 мг – принимал 3-4 раза в мес (при появлении отёков голеней, стоп или значимом повышении АД), АСК 75 мг, аторвастатин 20 мг – 1 табл. на ночь. В 2011 году выявлен СД 2 типа, назначена сахароснижающая терапия: метформин 850 мг – 1 табл. в завтрак, 1 табл. в ужин, гликлазид МВ 60 мг – 1 табл. в завтрак. В течение 1,5 лет наблюдается у уролога в связи с ДГПЖ, последние 3 мес принимает тамсулозин 0,4 мг и экстракт плодов пальмы ползучей. Боли в спине с 40 лет, связывает с тяжёлой физической работой, при усилении болевого синдрома самостоятельно принимает НПВС: внутрь или парентерально (в/м) – диклофенак, кетопрофен. Длительность приёма НПВС составляла до 1 мес. Объективно: рост – 180 см; вес – 118 кг; ОТ – 123 см, ОБ – 109 см. Усиление грудного кифоза, выпрямление поясничного лордоза, асимметрия плеч, лопаток, таза, сколиоз, пальпация паравертебральных точек болезненна в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 72 в мин. АД: 170/92 мм рт.ст., 158/82 мм рт.ст., 156/80 мм рт.ст., АД среднее (сидя): 161/85 мм рт.ст., АД (стоя): 156/80 мм рт.ст. Живот: увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, край печени мягкий, +2,0 см ниже рёберной дуги. Ослаблена пульсация артерий тыла стопы, задней большеберцовой артерии, кожа стоп истончена, выраженный онихомикоз всех ногтевых пластин. Симметричная пастозность в нижней трети голеней. Лабораторные данные: гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 43%, глюкоза плазмы натощак – 7,7 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, липидный профиль: ОХ – 4,1 ммоль/л; ЛПНП – 1,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,86 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л, Na⁺ – 140 ммоль/л; K⁺ – 4,3 ммоль/л, мочевая кислота – 422 мкмоль/л, креатинин – 110 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 55 мл/ мин/1,73 м², АЛТ – 36 Ед/л; АСТ – 39 Ед/л. Анализ мочи: плотность – 1020; рН – кислая; белок – 0,1 г/л, глюкоза не выявлена; эритроциты – 1-2 п/зр, лейкоциты – 3-4 в п/зр. ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 47 до 78 в мин, средняя ЧСЖ – 62 в мин. Признаки ГЛЖ с систолической перегрузкой в передней, боковой области ЛЖ. ЭхоКГ: дилатация ЛЖ (КДР – 60,4 мм, КСР – 48 мм). Митральная недостаточность II ст. Дилатация ЛП II ст. Эксцентрическая ГЛЖ (ИММЛЖ – 128,3 г/м²; ЗСЛЖ – 12,1 мм, МЖП – 0,92 мм). Атеросклероз аорты. Фиброзные изменения створок аортального клапана. Аортальная недостаточность I ст. Диастолическая дисфункция I типа. Снижение систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ – 39%). Правые отделы – без особенностей. Перикард – норма. Скрининговая оценка когнитивного статуса: МоСА-тест 19 баллов. Тест рисования часов:</p>



Гериатрическая шкала оценки депрессии: 12 баллов

Тест «встань и иди»: 15 сек.

Тест вставания со стула: 17 сек.

Опросник «Возраст не помеха»: 4 балла

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Задача 26.

Пациентка 1936 г.р., жалобы на головные боли, головокружение, «шум в голове», снижение памяти на настоящие события, шаткость при ходьбе (передвигается с посторонней помощью, с тростью), боли в спине, усиливающиеся при движении.

Из анамнеза: в течение последних 5 лет стали беспокоить выраженная слабость, усилились и участились головные боли, головокружения. В течение последнего года были 3 падения дома (ушибы мягких тканей). Боли в загрудинной области, одышка при умеренной физ.нагрузке беспокоят в течение 10 лет.

Анамнез жизни: работала с 16 лет, тяжелая неквалифицированная работа в течение всей жизни. Более 20 лет вдова. Проживает в отдельной квартире, на 1 этаже.

Объективно: Вес – 65кг. Рост – 155см. ОТ – 68 см, ОБ – 80см. Лёгкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: границы сердца расширены влево на 1см, аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД=150/90 мм.рт.ст. АД (стоя): 140/80 мм рт.ст. ЧП=ЧСС=78 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Стул со склонностью к запорам. Симметричная пастозность стоп.

Динамометрия (кг):	1 попытка	2 попытка
правая рука	11 кг	12 кг
левая рука	10 кг	8 кг

Тест «встань и иди» (сек)	18 сек
Способность поддержания равновесия (сек)	5 сек
Визуально аналоговая шкала (%)	80%
Риск переломов, FRAX (%)	13%

Оценка когнитивного статуса:

Шкала MMSE – 19 баллов

Гериатрическая шкала депрессии и тревоги – 5 баллов

Тест рисования часов:



ЭКГ: Ритм синусовый, 72 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

МРТ головного мозга: зоны кистозно-глиозных изменений теменных, затылочных долей. Очаговые изменения вещества головного мозга дисциркуляторного характера. Атрофические изменения вещества головного мозга с вторичным расширением ликворных пространств.

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Задача 27.

Пациентка 89 лет, **жалобы** на общую слабость, шаткость при ходьбе, головные боли, головокружения, шум в голове, снижение слуха, памяти, боли в коленных и голеностопных суставах.

Из анамнеза: артериальная гипертензия более 40 лет. Принимает антигипертензивную терапию в течение последних 10 лет: лизиноприл 10 мг в день, гидрохлортиазид 12,5 мг в день, амлодипин 5 мг. Около 10 лет назад установлен диагноз желчнокаменной болезни. Около 10 лет страдает остеоартрозом коленных суставов, голеностопных суставов. Периодически принимает НПВП (кеторолак, нимесулид).

Из анамнеза жизни: образование средне-специальное, работала монтажницей на заводе. В настоящее время проживает одна (вдова, дети проживают отдельно), в квартире на 2 этаже, пользуется лифтом.

Объективно: Вес – 68 кг (за 1 год похудела на 6 кг). Рост – 154 см. ОТ – 88 см, ОБ 105 – см. Полная адентия, есть съемный зубной протез. Периферические лимфатические узлы не пальпируются

Аускультативно: дыхание везикулярное, ЧДД в покое 17 в мин. ГОСТ: правая граница - по правому краю грудины, верхняя по 3-му межреберью по левой среднеключичной линии, левая - по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-72 в мин, ЧП 72 в мин. АД (в положении сидя) 140/75 мм рт. ст. АД (стоя) 135/70 мм рт. ст. Отеков в нижних конечностях не выявлено.

Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука	12 кг	15 кг
	левая рука	15 кг	16 кг
Скорость ходьбы (м/с)	6 м за 9 сек		
Тест «встань и иди» (сек)	35 сек		
Визуально аналоговая шкала, (%)	3 балла		
Риск переломов, FRAX (%)	19,2%		
Индекс повседневной активности Бартел	60 баллов		
Краткая шкала оценки питания (MNA)	21 балл		

Опросник «Возраст не помеха»

5 баллов

Оценка когнитивного статуса:

Шкала MMSE – 20 баллов

Гериатрическая шкала тревоги и депрессии – 9 баллов

Тест рисования часов:



ЭКГ: синусовый ритм, 68 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Лабораторные данные: гемоглобин – 124 г/л; гематокрит – 39%, глюкоза плазмы натощак – 5,33 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 5,3 ммоль/л; ЛПНП – 3,61 ммоль/л; ЛПВП – 0,92 ммоль/л; ТГ – 1,7 ммоль/л; мочевая кислота – 215 мкмоль/л; креатинин – 67 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 53 мл/ мин/1,73 м²; АЛТ – 13 Ед/л; АСТ – 17 Ед/л.

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Задача 28.

Пациент Д., 1933 г.р.

Жалобы на общую слабость, снижение мышечной силы, похудание за последние 4 года на 6 кг, снижение памяти, шаткую походку, периоды резко учащенного сердцебиения чувством «перебоев» в работе сердца, боли в коленных суставах при ходьбе, падения.

Из анамнеза: ухудшение последние 4 года, когда после смерти жены похудел на 6 кг, появилась мышечная слабость, головокружение, шаткость походки, стал падать на улице, при ходьбе стал использовать трость. Падения приводили к ушибам мягких тканей. Боли в коленных суставах при ходьбе стали почти ежедневными. Пациент отмечает постепенное снижение памяти, остроты зрения и слуха (в связи с чем почти перестал смотреть телевизор, читать газеты).

Из анамнеза жизни: образование 7 классов, работал столяром. Проживает в настоящее время один, в квартире на 7 этаже, пользуется лифтом.

Объективно: Вес – 72 кг. Рост – 178 см. ОТ – 84 см, ОБ – 90 см. Лёгкие: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 76 в мин, PS – 68 в мин. АД (сидя) 126/64 мм.рт. ст. АД (стоя) 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень пальпаторно не увеличена. Периферических отеков нет.

Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука	16	14
	левая рука	15	17
Тест «встань и иди» (сек)	25 сек		
Способность поддержания равновесия (сек)	Не выполняет пробу – выраженные нарушения равновесия		
Визуально аналоговая шкала (%)	50%		

	Риск переломов, FRAX (%)	14, 2%	
	Индекс повседневной активности Бартел	50 баллов	
	Краткая шкала оценки питания MNA	11 баллов	
<p>Оценка когнитивного статуса: Шкала MMSE: 24 балла Гериатрическая шкала депрессии и тревоги: 14 баллов. Лабораторные данные: гемоглобин – 115 г/л; эритроциты-$3,09 \cdot 10^{12}$/л, MCV- 78 фл, лейкоциты-$7,6 \cdot 10^9$/л: э-2,п-1,с-65,лимф-24,м-8; СОЭ-8 мм\ч, тромбоциты-$173 \cdot 10^9$/л, глюкоза плазмы натощак – 5,9 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 3,8 ммоль/л; общий белок-55 ммоль\л, альбумин- 40 ммоль\л, креатинин – 94 ммоль/л; АЛТ – 28 Ед/л; АСТ – 25 Ед/л. ЭКГ: эктопический ритм - фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 62 до 93 в мин, средняя ЧСЖ – 77 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Вопросы: 1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки. 2. Клинический диагноз. Заключение гериатра. 3. Необходимое дообследование. 4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний. 5. Индивидуальная программа реабилитации.</p>			

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61-75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3) - 76-90%	76– 90
Хорошо (4) - 91-100%	91 – 100
Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3) - четырем критериям	2. Знание алгоритма решения
Хорошо (4) - пяти критериям	3. Уровень самостоятельного мышления
Отлично (5)	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Терапия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1-5	1-500	1-30	1-148
ОПК	1	5,74,109,123,124,168,169,172,2	29	1-103

		03,216,260,261,267,269,274,310,381,409		
	2	202,76	28	112
	4,5	1-5,7,9-12,14, 17,18,20-23,26-36,39-50,53-58,60-68,72,74,75, 77-93.95,97-108,110,112-114,116-117, 120-139,141-158,165-185,188,196,205-209,216-220,223-252,254-258,263,265,266,268,269, 274-28,287-289,291-302,304,307,309,311-313,315-319,322, 326-352,357-363,367,368,370-373,375-377,381,382,384,386- 391,393-400,402, 407,409,410,413-417,420-426,429-432, 436-443, 445-448, 451, 454, 457-467,459	1-23,25-28	1-103, 119-123
	5,6	2,6-8,13,15,16,19,24,25,37,38,44,5, 52,69-71,73,94,96,99,109,111,115,117-119,140,146,159-164,186,187,189-195,197-200, 203,204,210-215,221,222,253,259,260,262,264,267, 270-272,286,287,290,296, 297,303,305,306,308,310,313,314,320,321,323-325,356,364-366,369,374,378-380,383,385, 391,392,401-408,411,412,418,419,427,428,433-435,444-445, 447, 449-453, 456-458	1-23, 25-28	1-103, 119-123
	7	460-500		108-110,114,113
	8	441-458		54,91
	9	469,470,474		112
IIIK	1	507-517		

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.Б.6.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	80
Б 1.Б.6.2	Заболевания органов дыхания	40
Б 1.Б.6.3	Заболевания ЖКТ	64
Б 1.Б.6.4	Заболевания почек и мочевыводящих путей	16
Б 1.Б.6.5	Гематологические симптомы и синдромы	20
Б 1.Б.6.6	Эндокринные заболевания	36
Б 1.Б.6.7	Заболевания суставов и костей	28
Б 1.Б.6.8	Профилактика ХНИЗ	24
Б 1.Б.6.9	Организация терапевтической помощи	8
Б 1.Б.6.10	Гериатрия	8

Вопросы и задания для самоконтроля:

Б 1.Б.6.1 Заболевания сердечно- сосудистой системы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атеросклероз: клиническая картина атеросклероза различных локализаций, факторы риска, виды дислипидемий, диагностика. Современная терапия нарушений липидного обмена. 2. ИБС: современная классификация, диагностика стабильной ИБС, подходы к лечению (медикаментозная терапия, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020). 3. ОКС с подъемом сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ с подъемом сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов. 4. ОКС без подъема сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ без подъема сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов. 5. Артериальная гипертензия: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия с позиции Клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. 6. Артериальная гипертензия при беременности: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия в период беременности и лактации с позиции клинических рекомендаций МЗ РФ, 2020. 7. Гипертонические кризы: классификация, неотложная терапия, показания к госпитализации. 8. ХСН: определение, классификация, диагностика. Современная терапия ХСН с позиции клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ХСН. 9. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные
---	--

	<p>этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов. 11. Фибрилляция предсердий: этиология, патогенез, классификация, факторы риска. Фармакологическая кардиоверсия: клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Длительная антиаритмическая терапия: мониторируемые критерии эффективности и безопасности. Современные клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020г. 12. Фибрилляция предсердий: тромбэмболические осложнения и их профилактика. Современная антикоагулянтная терапия (клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020): клиническая фармакология антикоагулянтов, применяемых при ФП, мониторируемые показатели эффективности и безопасности. 13. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза с позиции доказательной медицины. Принципы антибактериальной терапии. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, схемы. 14. Синкопальные состояния: причины, группы риска, неотложная помощь, тактика ведения пациентов с синкопе в анамнезе, диагностика, дифференциальная диагностика. (Клинические рекомендации ESC, 2018) 15. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. 16. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки. 17. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки 18. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность аортального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения. 19. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения. 20. Легочная гипертензия: этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, подходы к терапии. Вопросы МСЭ. 21. ТЭЛА: факторы риска, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика (первичная в группах риска, вторичная).
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 22. ОРВИ: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия с позиции доказательной медицины. 23. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия. 24. Тяжелые формы гриппа: клиника, диагностика, тактика ведения пациентов (клинические рекомендации Российского респираторного общества) 25. Внебольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины. 26. Внутрибольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины. 27. ХОБЛ: этиология, патогенез, современная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GOLD-2019 и МЗ РФ, 2018), реабилитация. Вопросы МСЭ. 28. Обострение ХОБЛ: этиология, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций, реабилитация. 29. БА: этиология, патогенез, понятие о фенотипах, степени контроля над БА, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических. Вопросы МСЭ.
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 30. Функциональная диспепсия: этиология, патогенез, алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики, лечения с позиции доказательной медицины. 31. ГЭРБ: понятие, этиология, патогенез, клиника (пищеводные, внепищеводные проявления), диагностика, современная терапия (клинические рекомендации РГА). 32. Пищевод Баррета: этиология, патоморфология, клиника, диагностика, тактика ведения пациентов. 33. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика (современные методы диагностики хеликобактерной инфекции), лечение (эрадикационная терапия – V Маастрихтское соглашение) – клиническая фармакология антисекреторных, антибактериальных препаратов. 34. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. 35. Нарушение микробиоты кишечника: современный взгляд на проблему, понятие, клиника, диагностика, современная диагностика, вопросы терапии. 36. Антибиотик-ассоциированная диарея: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни

	<p>37. Воспалительные заболевания кишечника - болезнь Крона: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>38. Воспалительные заболевания кишечника – неспецифический язвенный колит: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>39. Дивертикулярная болезнь кишечника: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>40. Хронический запор у взрослых: понятие, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>41. НПВП-гастроэнтеропатия: понятие, группы риска, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>42. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство желчного пузыря: патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии.</p> <p>43. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство сфинктера Одди (билиарной, панкреатической порции): патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>44. Неалкогольная жировая болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>45. Алкогольная болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>46. Цирроз печени: этиология, патогенез, патоморфология, клиническая классификация, клинические и лабораторные синдромы, диагностика, синдромная терапия.</p> <p>47. ЖКБ: факторы риска, клиническая классификация, лечение на стадии билиарного сладжа, ведение пациентов после холецистэктомии (сроки, мониторируемые показатели, медикаментозная терапия).</p> <p>48. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, современная диагностика, лечение болевого синдрома и внешнесекреторной недостаточности с позиции доказательной медицины.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>49. Инфекции мочевыводящих путей: этиология, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение в позиции доказательной медицины.</p> <p>50. Мочекаменная болезнь: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.</p> <p>51. Острое почечное повреждение: понятие, факторы риска, клинико-лабораторная картина, лечение, профилактика.</p> <p>52. Хроническая болезнь почек: определение, факторы риска, диагностика, классификация, подходы к терапии, первичная и вторичная профилактика (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические заболевания и синдромы</p>	<p>53. Анемический синдром в практике врача-терапевта: дифференциальная диагностика. Макроцитарные (В12-дефицитная, фолиевоедефицитная) анемии – этиология, группы риска, клинико-лабораторные синдромы, возможности современной лабораторной диагностики, подходы к терапии (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).</p> <p>54. Железодефицитные состояния (ЖДС) и железодефицитная анемия: факторы риска, клинико-лабораторные синдромы, современная диагностика, лечение, вторичная профилактика (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021). ЖДС при беременности: тактика терапевта в прегравидарной подготовке, в период беременности.</p> <p>55. Тромбоцитопении: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика терапевта.</p> <p>56. Синдром лимфаденопатии в практике терапевта: этиология, алгоритм дифференциальной диагностики.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>57. Сахарный диабет 2 типа: этиология, критерии диагностики, современная пероральная сахароснижающая терапия (цели, показания, противопоказания, критерии безопасности).</p> <p>58. Сахарный диабет 2 типа: современная инсулинотерапия (цели, показания, критерии безопасности), вопросы самоконтроля гликемии пациентом.</p> <p>59. Сахарный диабет 2 типа: микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>60. Диабетическая полинейропатия: клиника, диагностика, подходы к терапии.</p> <p>61. Острые осложнения СД 2 типа: кетоацидотические, гипогликемические состояния – факторы риска, клиника, диагностика, неотложная помощь.</p> <p>62. Синдром гипотиреоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p> <p>63. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p>

<p>Б 1.Б.6.7 Заболевания суставов и костей</p>	<p>64. Паранеопластические синдромы: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>65. Лихорадка неясного генеза: понятие, этиология, дифференциальная диагностика, современный алгоритм обследования.</p> <p>66. Остеоартрит: понятие, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению, показания к хирургическому лечению. Возможности реабилитации.</p> <p>67. Подагра: диагностические критерии, клинические формы, современный алгоритм диагностики и лечения.</p> <p>68. Эпидемиология, патогенез, классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>69. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>70. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита. Лечение. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>71. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины.</p> <p>72. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>73. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>74. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>75. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>76. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов. Реабилитация. Диспансеризация.</p> <p>77. Антифосфолипидный синдром: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ</p>	<p>78. Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения.</p> <p>79. Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы.</p> <p>80. Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения.</p> <p>81. Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи</p>	<p>82. Временная нетрудоспособность, её виды.</p> <p>83. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение.</p> <p>84. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>85. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации.</p> <p>86. Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.</p> <p>87. Функции КЭК ЛПУ</p> <p>88. Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.</p> <p>89. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.</p> <p>90. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности</p> <p>91. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.</p> <p>92. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.</p> <p>93. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Краткая характеристика. Отличие от МКБ. Оценка состояний функций по функциональным классам.</p> <p>94. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при ОНМК.</p> <p>95. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при артериальной гипертензии.</p> <p>96. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС.</p> <p>97. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности</p> <p>98. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ.</p>

	<p>99. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.</p> <p>100. Реабилитация больных с суставным синдромом. Этапы реабилитации. Принципы реабилитации. Показания и противопоказания для реабилитации больных с суставным синдромом.</p> <p>101. Реабилитация онкологических больных. Этапы реабилитации. Особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных. Периоды реабилитации.</p> <p>102. Методы и средства медицинской реабилитации, применяемые при сахарном диабете и его осложнениях.</p>
Б 1.Б.6.10 Гериатрия	<p>103. Возрастная классификация по ВОЗ.</p> <p>104. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.</p> <p>105. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. Сосудистый возраст.</p> <p>106. Социальная активность пожилого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.</p> <p>107. Адаптационные возможности организма при старении.</p> <p>108. Рациональное питание пожилого человека.</p> <p>109. Диспансеризация пациентов пожилого возраста: нормативные документы, организация, показатели, критерии эффективности.</p> <p>110. Проблема жестокого обращения с пожилыми.</p>

Темы рефератов:

Б 1.Б.6.1 Заболевания сердечно- сосудистой системы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения. 3. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 4. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 5. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 6. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда. 7. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме. 8. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение. 9. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация ХСН. Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций. 10. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 11. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ. Критерии стратификации риска на основе принципов
---	---

	<p>доказательной медицины.</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 13. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ. Рефрактерная АГ. 14. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. 15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 16. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 17. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины. 18. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы. Диспансерное наблюдение. Реабилитация 19. Перикардиты: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. 20. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность). 21. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов. 22. Лечение фибрилляции предсердий: антиаритмическая терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. 23. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца. 24. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний. 25. Легочная гипертензия: понятие, классификация, группы риска, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация
<p>Б 1.Б.6.2 Заболевания органов дыхания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 26. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии. 27. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии. 28. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика. 29. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных, перенесших пневмонию. Реабилитация. 30. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений. 31. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия⁹⁹ 32. ОРВИ, грипп. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика. 33. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Современная терапия. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. 34. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии обострений ХОБЛ. Профилактика, реабилитация. 35. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика. 36. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания. 37. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома. 38. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. 39. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности.

	<p>Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>40. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>41. Вакцинопрофилактика новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Заболевания ЖКТ</p>	<p>42. Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных.</p> <p>43. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>44. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>45. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Диспансерное наблюдение.</p> <p>46. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.</p> <p>47. Хронический панкреатит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>48. Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике. Факторы риска. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>49. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.</p> <p>50. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.</p> <p>51. Антибиотик-ассоциированная диарея: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Современная терапия.</p> <p>52. НАЖБП: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p> <p>53. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Клинико-лабораторные синдромы при ЦП, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>54. Цирроз печени: лечение, показания к госпитализации. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>55. ЖКБ: современные представления об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>56. Функциональные билиарные расстройства желчного пузыря: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>57. Функциональные билиарные расстройства сфинктера Одди: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>58. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: понятие, факторы риска, патогенез, современные подходы к лечению и профилактике.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Заболевания почек и мочевыводящих путей</p>	<p>59. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>60. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p> <p>61. Острый и хронический пиелонефрит. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у беременных, пожилых, при коморбидной патологии. Лечение.</p> <p>62. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, стадии, клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Гематологические заболевания и синдромы</p>	<p>63. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>64. В₁₂ фолиево-дефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>65. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>66. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>67. Геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>68. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>69. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>70. Лейкемоидные реакции. Дифференциальный диагноз.</p> <p>71. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p>

	<p>72. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>73. Хронический миелолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>74. Истинная полицитемия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Эндокринные заболевания</p>	<p>75. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>76. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обмена).</p> <p>77. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>78. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению.</p> <p>79. Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>80. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.</p> <p>81. Современная классификация диабетической нефропатии. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.</p> <p>82. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).</p> <p>83. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.</p> <p>84. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика, подходы к лечению.</p> <p>85. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика, тактика диагностики и лечения.</p> <p>86. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>87. Синдром диабетической стопы: классификация, клиника, диагностика, лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Заболевания суставов и костей</p>	<p>88. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>89. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, ВСД.</p> <p>90. Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</p> <p>91. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</p> <p>92. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита.</p> <p>93. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>94. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.</p> <p>95. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. 35. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</p> <p>96. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины</p> <p>97. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины.</p> <p>98. Подагра. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</p> <p>99. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>100. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</p> <p>101. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>102. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД.</p> <p>103. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>

Б 1.Б.6.8 Профилактика ХИНЗ	104. Вторичная профилактика в рамках диспансерного наблюдения. 105. Гигиеническое воспитание и образование населения: методы и формы. 106. Школы здоровья для пациентов: образовательные технологии, методы организации и проведения обучения. 107. Профилактический медицинский осмотр: цели и задачи, условия и периодичность проведения, объем и виды обследований при профилактическом медицинском осмотре.
Б 1.Б.6.9 Организация терапевтической помощи	108. Временная нетрудоспособность, её виды. 109. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение. 110. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов. 111. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта. Основные показатели эффективности диспансеризации. 112. Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача. 113. Функции КЭК ЛПУ 114. Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования. 115. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при различных формах ИБС. 116. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при хронической сердечной недостаточности 117. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при заболеваниях ЖКТ. 118. Методы, средства, этапы медицинской реабилитации при бронхолегочных заболеваниях.
Б 1.Б.6.10 Гериатрия	119. Гериатрические синдромы: старческая астения (хрупкость) 120. Гериатрические синдромы: саркопения. 121. Гериатрические синдромы: падения. 122. Гериатрические синдромы: дегидратация и мальнутриция. 123. Пролежни: профилактика, принципы терапии

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи

Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
---	---

12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Преподавание дисциплины осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, с учетом компетентностного подхода к обучению.

При изучении дисциплины рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую основную и дополнительную литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям)
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);
- вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины, позволяющие оценить знаний, умений и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины. Важно уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, разобрать аналогичные задачи с объяснением алгоритма принятия решения.

Следует обратить внимание обучающихся на необходимость изучения материалов основной и дополнительной литературы, иных рекомендованных рабочей программой источников для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации.

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

При проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации,

принятия решений, развитие лидерских качеств на основе инновационных (интерактивных) занятий: групповых дискуссий, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей (кейс-заданий).

12.4 ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

Согласовано:
Председатель УМК _____

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО

Протокол № ____ от _____ 20__ г.

_____ Н.И. Свиридова
« ____ » _____ 20__ г.

ПРОТОКОЛ
дополнений и изменений к рабочей программе
дисциплины « _____ »
по специальности « _____ »
на 20__ -20__ учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе

Протокол утвержден на заседании кафедры
« ____ » _____ 20__ года

Зав. кафедрой _____

/ФИО/