

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

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова  
«27» \_\_\_\_\_ 2024 г.

ПРИНЯТО  
на заседании ученого совета Института  
НМФО  
№18 от «27» июня 2024 г.

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Подготовка к ПСА**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)**

Квалификация (степень) выпускника: **врач общей практики (семейный врач)**

Кафедра: **внутренних болезней Института НМФО**

Форма обучения: **очная**

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная редакция)

Семинары: 84 часа

Самостоятельная работа: 54 часа

Форма контроля: зачет с оценкой

Всего: 144 часа (4 з.е.)

Волгоград, 2024

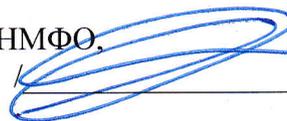
**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В..	заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Барыкина И.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Саласюк А.С.	профессор	д.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
4.	Лутова В.О.	доцент	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
5.	Попова Е.А.	доцент	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
<b>По методическим вопросам</b>				
6.	Болотова С.Л.	доцент	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Рабочая программа дисциплины «Подготовка к ПСА» относится к базовой части обязательных дисциплин (Б1.Б.7) основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

**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 профессиональных болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор, П.А.Бакумов

**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.Л. 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 .....	2
1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА» .....	2
2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ .....	5
3. МЕСТО РАЗДЕЛА ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ .....	26
4. ОБЩАЯ ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ .....	26
5. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА» В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ .....	27
6. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ (В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ) И МАТРИЦА КОМПЕТЕНЦИЙ .....	28
7. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА» .....	31
8. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	36
9. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ. ....	37
10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	43
11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА».....	53
12. ПРИЛОЖЕНИЯ .....	64
12.1. Фонд оценочных средств по дисциплине «Подготовка к ПСА» .....	64
12.2 Методические рекомендации к самостоятельной работе для ординаторов по дисциплине «Подготовка к ПСА».....	228
12.3 Методические рекомендации преподавателю по реализации дисциплины «Подготовка к ПСА» .....	230

## **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Рабочая программа дисциплины «Подготовка к ПСА» обязательной части базовых дисциплин (Б1.Б.7) основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре 31.00.00 «Клиническая медицина» по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 № 16 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.45 Общая врачебная практика (семейная медицина)» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 13.02.2023 №72334); проектом приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018); порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19.11.2013 № 1258); на основе анализа требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли здравоохранения. Рабочая программа дисциплины (модуля) «Подготовка к ПСА» предназначена для использования в учебном процессе.

### **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА»**

Целью освоения дисциплины «Подготовка к ПСА» обязательной части базовых дисциплин (Б1.Б.7) основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) является подготовка квалифицированного врача общей практики, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, в соответствии с ФГОС ВО, обеспечивающих их готовность и способность к самостоятельной профессиональной деятельности по специальности врач общей практики (семейный врач): первичной медико-санитарной помощи, неотложной, скорой, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения,

#### **Задачи освоения дисциплины «Подготовка к ПСА»:**

##### **1. Сформировать знания в области:**

- нормативно правового обеспечения процесса аккредитации специалистов (первично-специализированной и периодической аккредитации специалистов);
- физиологии и патофизиологии, методах диагностики, дифференциальной диагностики, лечения заболеваний по профилю «общая врачебная практика», реабилитации пациентов с заболеваниями по профилю «общая врачебная практика»;
- профилактики заболеваний по профилю «общая врачебная практика», формирования здорового образа жизни среди населения;
- экспертизы нетрудоспособности;
- законодательства Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

##### **2. Сформировать умения:**

- проведения опроса больного, применения объективных методов обследования, выявления общих и специфических признаков заболеваний по профилю «общая врачебная практика»;

- определения необходимости специальных методов исследования (биохимических, молекулярно-генетических, инструментальных и др.) и интерпретации полученных результатов;

- осуществления диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний по профилю «общая врачебная практика»;

- назначения немедикаментозной терапии заболеваний по профилю «общая врачебная практика»;

- назначения медикаментозной терапии заболеваний по профилю «общая врачебная практика», в т.ч. у отдельных групп пациентов (женщины в период беременности и лактации; пациенты пожилого и старческого возраста; дети в разные периоды жизни); и оценки ее эффективности и безопасности;

- диспансерно-динамического наблюдения за пациентами с заболеваниями по профилю «общая врачебная практика»;

- диспансеризации взрослого населения.

### 3. Сформировать навыки:

- применения алгоритмов диагностики заболеваний по профилю «общая врачебная практика»;

- применения алгоритмов подбора немедикаментозной и медикаментозной терапии заболеваний по профилю «общая врачебная практика», в т.ч. с учетом особенностей пациента;

- проведения медицинской реабилитации по профилю «общая врачебная практика»;

- проведения диспансерно-динамического наблюдения за пациентами с заболеваниями по профилю «общая врачебная практика»;

- проведения экспертизы нетрудоспособности больных;

- организации и проведения медицинских осмотров;

- разработки и реализации программы формирования здорового образа жизни;

- анализа медико-статистической информации;

- ведения медицинской документации;
- организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

## 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

В результате освоения дисциплины «Подготовка к ПСА» обязательной части базовых дисциплин (Б1.Б.7) основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

### Универсальные компетенции (УК):

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
<b>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</b>			
Системное и критическое мышление	ИД УК-1.1. Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	знания	знать профессиональные источники информации в области медицины и фармации и критерии оценки их надежности
		умения	уметь пользоваться профессиональными источниками информации и проводить анализ источников, выделяя надежные и качественные
		навыки	владеть навыками поиска, отбора, обработки и оценки полученной информации
	ИД УК-1.2. Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	знания	знать современные теоретические и экспериментальные методы для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику
		умения	уметь определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		навыки	владеть навыками использования методов и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
<b>УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.</b>			
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	ИД УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста	знания	знать методы определения личных и профессиональных интересов, образовательных мотивов и потребностей, включая задачи изменения карьерной траектории
		умения	уметь намечать ближние и стратегические цели собственного профессионального и личностного развития, осознанно выбирать направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории
		навыки	владеть навыками использования методов объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории, а также приемами самореализации в профессиональной и других сферах деятельности

## Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
<b>ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</b>			
Деятельность в сфере информационных технологий	ИД ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач	знания	знать основные направления использования современных информационных технологий в работе врача и организацию работы медицинских информационных систем медицинских организаций, включая возможности использования систем поддержки принятия врачебных и управленческих решений, телемедицинские технологии
		умения	уметь использовать современные средства сети Интернет для поиска профессиональной информации по отдельным разделам медицинских знаний в своей практической работе, а также при самостоятельном обучении, повышении квалификации, структурировать и формализовать медицинскую информацию
		навыки	владеть навыками поиска необходимой медицинской информации с применением средств сети Интернет, работы с различными медицинскими системами и использования систем поддержки принятия клинических решений, алгоритмизации лечебно-диагностического процесса владеть навыками работы в медицинской информационной системе, ведения электронной медицинской карты, использования основных принципов обеспечения информационной безопасности в медицинской организации
	ИД ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности	знания	знать основные требования информационной безопасности, предъявляемые к организации электронного документооборота в здравоохранении и способы их реализации
		умения	уметь работать в медицинской информационной системе, вести электронную медицинскую карту, использовать основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации
		навыки	владеть навыками «безопасной» работы в информационной среде медицинской организации, в практической работе врача
<b>ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</b>			
Медицинская деятельность	ИД ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	знания	знать основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении и нормативные правовые акты, регулирующие деятельность медицинских организаций и оказание медицинской помощи населению; знать методику сбора информации о состоянии здоровья и клинические

			рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам; знать анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте
		умения	уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни проводить физикальное обследование пациента и анализировать полученную информацию; уметь выявлять отклонения, оценивать тяжесть состояния и оценивать показания и объем медицинской помощи
		навыки	владеть навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
	ИД ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	знания	знать методы лабораторных и инструментальных исследований их возможности, значение для дифференциальной диагностики заболеваний, нормативные показатели результатов данных исследований с учетом возраста
		умения	уметь определять показания для назначения лабораторных и инструментальных исследований у пациентов
		навыки	владеть навыками назначения лабораторных и инструментальных исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; владеть навыками интерпретации лабораторных и инструментальных исследований
<b>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</b>			
Медицинская деятельность	ИД ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	знания	знать алгоритмы оказания помощи пациентам; знать критерии оценки тяжести клинического состояния пациентов с учетом выявленной патологии; знать показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста
		умения	уметь разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; уметь определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи
		навыки	владеть навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; владеть навыками расчета дозировок и методами введения

			фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями
	ИД ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	знания	знать классификацию и основные характеристики (фармакодинамику и фармакокинетику) лекарственных препаратов, побочные и токсические медицинские эффекты, взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов различных групп; знать клинические исследования лекарственных средств, немедикаментозные методы лечения и их оценку с позиции доказательной медицины; знать принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
		умения	уметь анализировать клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных исследований с учетом возможных эффектов проводимой терапии
		навыки	владеть навыками оценки динамики клинической симптоматики и данных лабораторно-инструментальных обследований пациентов с учетом проводимой терапии; владеть навыками анализа комплекса клиничко-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики
<b>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</b>			
Медицинская деятельность	ИД ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	знания	знать нормативно-правовую базу, принципы и порядок организации медицинской и медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хронически больным пациентам, нуждающимся в уходе; знать степени нарушения функций организма и жизнеспособности пациентов; знать различные принципы, виды и технологии реабилитации и абилитации амбулаторных пациентов, в том числе и пожилых пациентов
		умения	уметь разработать план мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в соответствии действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения
		навыки	владеть навыками составления плана мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями в соответствии действующим порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения
	ИД ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность	знания	знать механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов и способы

	мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях		определения эффективности мероприятий по медицинской реабилитации
		умения	уметь проводить медицинскую реабилитацию пациентов и оценивать эффективность, безопасность мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов при различных заболеваниях
		навыки	владеть навыками контроля выполнения плана по медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; владеть навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
<b>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</b>			
Медицинская деятельность	ИД ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	знания	знать нормативные правовые документы, регламентирующие проведение МСЭ и правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу знать основы проведения и порядок направления на медико-социальную экспертизу; знать признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами
		умения	уметь выявлять признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами и оформлять направительные документы для проведения медико-социальной экспертизы; уметь организовать направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на медицинскую экспертизу при наличии показаний
		навыки	владеть навыками определения медицинских показаний для направления пациентов на медико-социальную экспертизу; владеть навыками подготовки и оформления медицинской документации для направления пациентов на медико-социальную экспертизу в учреждения медико-социальной экспертизы
	ИД ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	знания	знать порядок и принципы проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности; знать правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
		умения	уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности и

			оформлять листок нетрудоспособности; уметь определять медицинские показания и оценивать способность пациента осуществлять трудовую деятельность
		навыки	владеть навыком организации и проведения медицинской экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности; владеть навыками оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
<b>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</b>			
Медицинская деятельность	ИД ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	знания	знать формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний и формированию элементов здорового образа жизни, в том числе по реализации программ потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических и психотропных веществ; знать программы обучения в школах здоровья для здоровых взрослых, молодых родителей, лиц старших возрастных групп, для пациентов с хроническими заболеваниями и высоким риском их развития, включая программы обучения правилам первой помощи и установленные (Минздравом России) алгоритмы действий лиц без медицинского образования при внезапной сердечной смерти, остром коронарном синдроме, инсульте, развитии жизнеугрожающих осложнений
		умения	уметь разработать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия, проводить мотивационное профилактическое консультирование индивидуальное и групповое по вопросам ведения здорового образа жизни, коррекции факторов риска основных хронических неинфекционных и профилактики их осложнений; уметь разработать и реализовать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических и психотропных веществ
		навыки	владеть навыками пропаганды здорового образа жизни, профилактики заболеваний и (или) состояний, проведения мотивационного профилактического консультирования (индивидуальное или групповое) по вопросам ведения здорового образа жизни, коррекции факторов риска основных хронических неинфекционных и профилактики их осложнений;

			владеть навыками составления программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических и психотропных веществ
	ИД ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	знания	знать порядок проведения диспансеризации населения, диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями; знать принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди населения и пациентов с хроническими заболеваниями
		умения	уметь контролировать соблюдение пациентом профилактических мероприятий; уметь оценивать эффективность профилактических работ и мероприятий среди пациентов; уметь оценивать эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности
		навыки	владеть навыками использования методов контроля соблюдения профилактических мероприятий и оценки эффективности профилактической работы с пациентами санитарно-гигиенического просвещения и проведенных мероприятий по формированию здорового образа жизни

### Профессиональные компетенции (ПК):

Трудовая функция проф. стандарта	Вид деятельности проф. стандарта	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)
<b>ПК-1. Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослым</b>			
А	А/01.8 Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза	ИД ПК-1.1 Проводит обследования пациентов с целью установления диагноза	знания знать основные показатели лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования, их интерпретация в зависимости от пола и физиологического состояния пациента, в том числе пожилого и старческого возраста; знать этиологию, патогенез, патоморфологию, клиническую картину, особенности течения, осложнения, исходы наиболее важных и часто встречающихся заболеваний и (или) состояний у пациентов (в том числе в пожилом и старческом возрасте); знать оценку эффективности и безопасности диагностических методов, входящих в компетенцию врача общей практики (семейного врача); знать диагностику и дифференциальную диагностику симптомов, синдромов, заболеваний и (или) состояний; знать порядки оказания медицинской помощи, методы асептики и антисептики в работе врача общей практики (семейного врача), санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую

				<p>деятельность в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (далее – СанПиН)</p>
			<p>умения</p>	<p>уметь проводить объективное клиническое обследование и оценивать состояние пациента по системам организма и отдельных органов независимо от пола, возраста, с учетом анатомо-функциональных и психологических особенностей клинической ситуации и семейных аспектов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>уметь проводить диагностические процедуры, медицинские вмешательства (манипуляции), а также интерпретировать результаты в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:</p> <p><u>при хирургических заболеваниях:</u> обследование хирургического больного; наблюдение за оперированными пациентами после выписки из стационара; зондирование полостей и свищей; соблюдение асептики и антисептики (техники обработки рук, стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала, утилизация медицинских отходов); пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы; определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с содержимого ран, из уретры;</p> <p><u>в акушерстве и гинекологии:</u> наружное обследование половых органов; диагностика беременности и ее срока; наружное акушерское обследование, диагностика и лечение экстрагенитальной патологии у беременных;</p> <p><u>при внутренних болезнях:</u> измерение артериального давления, регистрация и анализ ЭКГ, методика снятия и анализа спирограмм, пикфлоуметрия, пульсоксиметрия, методика чтения рентгенограмм, глюкометрия экспресс-методом; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования крови, мочи, кала, мокроты; исследование экспресс-методом в моче белка, сахара и ацетона; определение бактерий и вирусов экспресс методами;</p> <p><u>при исследовании нервной системы:</u> 12 пар черепно-мозговых нервов, патологические рефлексы, менингеальные симптомы, моторные качества (позы, мышечный тонус, контрактуры, атрофия мышц), исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек), тактильная и болевая чувствительность, оценка координации движений;</p> <p>уметь проводить диагностику и дифференциальную диагностику основных симптомов, синдромов, острых и хронических заболеваний/состояний наиболее часто встречающихся у пациентов врача общей практики по профилям: терапия, включая пульмонологию, кардиологию, гастроэнтерологию, гематологию, эндокринологию, нефрологию, ревматологию, аллергологию;</p>

				хирургия, включая травматологию, ортопедию, урологию; акушерство и гинекология, неврология, офтальмология, оториноларингология, дерматовенерология, фтизиатрия, инфекционные болезни, психиатрия, профессиональные болезни, стоматология;
			навыки	<p>владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания и (или) состояния у пациента (его законного представителя) и объективного клинического обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента по системам организма и отдельных органов, выявление физиологических и патологических симптомов и синдромов</p> <p>владеть навыками формулировки предварительного диагноза и составлением плана лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования пациентов, в том числе пожилого и старческого возраста;</p> <p>владеть навыками проведения диагностических процедур, медицинских вмешательств (манипуляций), интерпретация результатов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками установления заключительного диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее МКБ)</p>
А	А/02.8 Лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности	ИД ПК-1.2 Назначает лечение пациентам и контролирует его эффективность и безопасность	знания	<p>знать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации по вопросам назначения лечения, общие вопросы организации лекарственной медицинской помощи населению;</p> <p>знать возможности современной психофармакологии, основные принципы терапии расстройств психоэмоциональной сферы;</p> <p>знать клиническую фармакологию пожилых и лиц старческого возраста: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, побочные действия, нежелательные эффекты, взаимодействие лекарственных препаратов;</p> <p>знать особенности общей и специальной гигиены пациентов пожилого, старческого возраста;</p> <p>знать общие принципы оформления рецептурных бланков;</p> <p>знать основные характеристики воздействия немедикаментозных методов лечения при заболеваниях; механизм лечебного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов;</p> <p>знать методы и методики немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний; медицинские показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;</p> <p>знать способы предотвращения и устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании и (или) лечении пациентов;</p>

				<p>знать характеристики генетических, эпигенетических, метаболомных маркеров, взаимодействие вариативных фенотипических признаков;</p> <p>знать индивидуализированная медицина, оптимальный подбор лекарственного средства для конкретного пациента с учетом возраста, пола и психофизиологического состояния;</p> <p>знать характеристики генетических, эпигенетических, метаболомных маркеров, взаимодействие вариативных фенотипических признаков</p>
			умения	<p>уметь определять медицинские показания к оказанию медицинской помощи в условиях стационара;</p> <p>уметь проводить лечебные мероприятия, процедуры, манипуляции в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями:</p> <p><u>при хирургических заболеваниях и травмах:</u> местную и инфильтрационную анестезию; оперативное лечение (хирургическую обработку раны или инфицированной ткани; удаление поверхностно расположенного инородного тела; снятие швов, обработку ожоговой поверхности, наложение повязок; переливание крови и кровезаменителей; все виды инъекций; капельное и струйное введение лекарственных препаратов и кровезаменителей, определение индивидуальной и биологической совместимости крови; остановка наружного кровотечения; катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером; промывание желудка через орогастральный и назогастральный зонд; промывание кишечника; введение лекарственных препаратов с помощью клизмы;</p> <p>транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;</p> <p><u>при заболеваниях органов зрения:</u> подбор очковой коррекции зрения при миопии, гиперметропии; местное применение лекарственных препаратов в лечении глазных болезней; удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу;</p> <p>при заболеваниях уха, горла, носа: передняя тампонада носа; промывание лакун миндалин; введение лекарственных препаратов; удаление ушной серы; удаление инородного тела из наружного слухового прохода; первичная хирургическая обработка раны наружного уха, носа;</p> <p><u>в акушерстве и гинекологии:</u> назначение лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения;</p> <p>при внутренних заболеваниях: применение ингаляторов, спейсеров и небулайзеров;</p> <p>при кожных болезнях и болезнях, передающихся половым путем: применение наружных лекарственных препаратов и средств для лечения кожных болезней, удаление клеща;</p> <p><u>при заболеваниях нервной системы:</u> назначение лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения;</p> <p>уметь оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и</p>

				<p>лечебного питания;</p> <p>уметь предотвращать и устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания;</p> <p>уметь назначать немедикаментозное лечение пациентам с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>уметь интерпретировать показатели генетических, эпигенетических, метаболомных маркеров, а также проявления вариативных фенотипических признаков</p>
			навыки	<p>владеть навыками разработки плана лечения пациентов и индивидуального подхода к лечению пациентов с учетом диагноза, пола, возраста конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов пациентов пожилого и старческого возраста с учетом рекомендаций врача-гериатра, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>владеть навыками назначения пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при острых и хронических заболеваниях и (или) состояниях с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>владеть навыками назначения немедикаментозного лечения;</p> <p>владеть навыками проведения мониторинга эффективности лечебных мероприятий, их коррекции в зависимости от особенностей течения заболевания;</p> <p>владеть навыками направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>владеть навыками направления пациентов в медицинскую организацию для проведения лечения, в том числе в стационарных условиях;</p> <p>владеть навыками лечения пациентов в амбулаторных условиях, на дому и в условиях дневного стационара;</p> <p>владеть навыками предотвращения и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных средств и (или) медицинских изделий, лечебного питания</p>
А	А/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской	ИД ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской	знания	<p>знать порядок организации медицинской реабилитации взрослых;</p> <p>знать признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями,</p>

	<p>реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность</p>	<p>реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценивает способность пациента осуществлять трудовую деятельность</p>	<p>последствиями травм; знать правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение; знать особенности общения с пациентами, имеющими группу инвалидности, и его родственниками; знать льготы и социальные услуги, установленные законодательством для пациентов, имеющих группу инвалидности; знать физические и психологические характеристики лиц инвалидов старших возрастных групп, с психическими расстройствами и расстройствами поведения; знать мероприятия по медицинской реабилитации и абилитации инвалидов, включая санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к их проведению; знать принципы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и абилитации пожилых и инвалидов, восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми; знать способы оказания психологической помощи пациентам пожилого, старческого возраста, а также лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам; знать принципы, виды, средства и технологии восстановления или сохранения максимальной самостоятельности в быту и на работе, принципы и методы профессиональной переориентации; знать критерии качества оказания помощи по медицинской реабилитации, медико-социальной помощи и уход</p>
			<p>умения</p> <p>уметь определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; уметь применять средства медицинской реабилитации (лекарственные средства, природные и преформированные (аппаратные) лечебные факторы, лечебную физкультуру, массаж, ассистивную терапию, трудотерапию, психологическую реабилитацию) пациентам согласно индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов амбулаторно, в дневном стационаре, дистанционно или на дому в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; уметь контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, с учетом диагноза в</p>

				соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых; уметь оформлять и выдавать медицинские документы при направлении пациентов на санаторно-курортное лечение; уметь мотивировать пациента и его родственников на активное участие в реабилитации и абилитации
			навыки	<p>владеть навыками выявления пациентов, нуждающихся в индивидуальных реабилитационных программах, проводимых в амбулаторных условиях;</p> <p>владеть навыками определения медицинских показаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;</p> <p>владеть навыками выполнения мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, дистанционно или на дому, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками направления пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых;</p> <p>владеть проведением профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбозы и другие) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями;</p> <p>владеть навыками оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов на санаторно-курортное лечение;</p> <p>владеть навыками мотивирования пациента и его родственников на активное участие в реабилитации и абилитации</p>
А	А/04.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	ИД ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	знания	<p>знать нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядок проведения профилактики, медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;</p> <p>знать постановление Правительства Российской Федерации об утверждении перечня субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте, для целей статей 2301 и 2302 Уголовного кодекса Российской Федерации;</p> <p>знать порядок организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в</p>

				<p>организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»;</p> <p>знать основы диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения: цели, задачи, принципы, виды, методы и технологии в работе врача общей практики (семейного врача);</p> <p>знать цели, задачи, принципы, виды, методы и технологии диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в работе врача общей практики (семейного врача)</p> <p>знать современные информационные технологии, организационные формы и методы работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни населения;</p> <p>знать современные технологии и организационные формы обучения взрослых профилактике заболеваний и здоровому образу жизни;</p> <p>знать факторы риска возникновения и прогрессирования распространенных заболеваний, эндемичных, социально значимых болезней; признаки предотвратимых заболеваний в ранних стадиях;</p> <p>знать методики обследования по скрининг программе диспансеризации населения;</p> <p>знать противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях;</p> <p>знать принципы и методы асептики и антисептики при оказании помощи при инфекционных заболеваниях;</p> <p>знать принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям с учетом возраста и состояния здоровья;</p> <p>знать порядок проведения вакцинации по эпидемиологическим показаниям</p>
			умения	<p>уметь проводить медицинские осмотры пациентов с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;</p> <p>уметь организовывать и проводить иммунопрофилактику инфекционных заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи;</p> <p>уметь проводить диспансеризацию, скрининг и профилактические медицинские осмотры взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития;</p> <p>уметь назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и контролировать их эффективность;</p> <p>уметь обеспечивать необходимой информацией о здоровом образе жизни все</p>

				<p>социальные и возрастные группы населения; уметь планировать и проводить профилактические медицинские осмотры, в том числе в детских учреждениях, по месту учебы, работы населения;</p> <p>уметь определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий и показания для направления к врачу-специалисту;</p> <p>уметь оказывать медицинскую помощь лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий);</p> <p>уметь противодействовать допингу в спорте;</p> <p>уметь проводить профилактические и противозидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях;</p> <p>уметь осуществлять динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с инфицированными пациентами;</p> <p>уметь обеспечивать личную и общественную безопасность при обращении с медицинскими отходами в местах их образования</p>
			навыки	<p>владеть навыками организации и проведения медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>владеть навыками организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками проведения диспансеризации и скрининга взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных и других заболеваний, основных факторов риска их развития в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения;</p> <p>владеть навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и другими заболеваниями и (или) состояниями, в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми;</p> <p>владеть навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению;</p> <p>владеть навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных болезней;</p> <p>владеть навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или</p>

				<p>профессионального заболевания;</p> <p>владеть навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных инфекционных заболеваний;</p> <p>владеть навыками контроля за проведением мероприятий по профилактике заболеваний и коррекции выявленных факторов риска, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, оценка эффективности профилактической работы с пациентами;</p> <p>владеть навыком медицинского сопровождения массовой физкультуры и спорта в соответствии с порядком организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»;</p> <p>владеть навыками консультирования и разработки индивидуальных программ профилактики и формирования здорового образа жизни, включая программы здорового питания, физической активности, преодоления стресса, снижения потребления алкоголя, отказа от курения табака и использования других курительных дымовых и парообразных смесей, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ в соответствии с порядком согласования материалов, подготовленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, вредном воздействии окружающего табачного дыма и веществ, выделяемых при потреблении никотинсодержащей продукции, на территории соответствующего субъекта Российской Федерации</p>
А	А/07.8 Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	ИД ПК-1.7 Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях	знания	<p>знать принципы организации, нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие оказание акушерской и гинекологической помощи женщинам врачом общей практики (семейным врачом) в системе первичной медико-санитарной помощи;</p> <p>знать особенности организации и основные принципы охраны материнства и детства в российской федерации оказание акушерско-гинекологической помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;</p> <p>знать показатели и структура материнской,</p>

			<p>перинатальной и младенческой смертности в стране, мероприятия по их снижению; знать анатомию и физиологию беременности, родов и послеродового периода; знать патологию беременности, экстрагенитальные заболевания и (или) состояния у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности основные методы диагностики пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; знать медико-биологические и социально-психологические факторы, влияющие на планирование семьи. бесплодие. современные методы контрацепции общие принципы диагностики и лечения пациентов с гинекологическими заболеваниями; показания к направлению на консультацию к врачу-специалисту и лечение в условиях стационара методика сбора анамнеза, жалоб, объективного обследования детей и женщин с гинекологическими заболеваниями, подростков и женщин в период беременности, в родах и в послеродовом периоде; знать порядки оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», клинические рекомендации; знать основные методы лабораторной, инструментальной и лучевой диагностики беременности и гинекологических заболеваний; знать реабилитацию и абилитация женщин с гинекологическими заболеваниями в амбулаторных условиях; знать профилактику заболеваний репродуктивной системы органов у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>
		<p>умения</p>	<p>уметь осуществлять сбор клиничко-анамнестических данных с целью выявления беременности, осложнений беременности, родов и послеродового периода; выявлять противопоказания к беременности и родам; определять показания к госпитализации, организовать госпитализацию; выявлять факторы риска развития акушерской и гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики; уметь проводить процедуры и манипуляции при оказании медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>

				<p>в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;</p> <p>уметь проводить диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, лечение заболеваний и (или) состояний в антенатальном, и постнатальном периоде, по медицинским показаниям, направляя пациенток на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>уметь проводить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, лечение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; своевременно направлять на консультацию к врачу-специалисту, в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>уметь осуществлять мероприятия по диспансеризации, реабилитации и экспертизе трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>уметь проводить консультации по вопросам планирования семьи и контрацепции;</p> <p>уметь оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>уметь осуществлять мероприятия, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний репродуктивной сферы, наиболее часто встречающиеся у женщин</p>
			навыки	<p>владеть навыками оказания медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и (или) состояниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, включая диагностику, лечение, профилактику и реабилитацию, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;</p> <p>владеть навыками сбора жалоб, анамнеза и проведение обследования репродуктивной системы органов у беременных женщин, а также женщин разного возраста с заболеваниями и (или) состояниями репродуктивной системы органов;</p> <p>владеть навыками применения медицинских изделий, лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и (или)</p>

			<p>состояниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>владеть навыками лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и (или) состояниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с применением медицинских изделий, лекарственных препаратов, физиотерапевтических методов и лечебного питания в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;</p> <p>владеть навыками ведения нормально протекающей беременности амбулаторно в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>владеть навыками диагностики осложнений беременности и своевременное направление беременных женщин на консультацию к врачам акушерам-гинекологам, другим профильным специалистам, по медицинским показаниям лечения в стационарных условиях;</p> <p>владеть навыками диагностики и лечения экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, своевременное направление на консультацию к врачам акушерам-гинекологам, врачам-специалистам в условиях стационара;</p> <p>владеть навыками проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения с целью выявления заболеваний и (или) состояний репродуктивной системы органов у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и (или) состояниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>владеть навыками проведения профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний и (или) состояний у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и (или) состояниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>владеть навыками оказания медицинской помощи пациентам при экстренных и неотложных состояниях амбулаторно в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками раннего выявления у пациентов онкологических заболеваний репродуктивной системы органов;</p> <p>владеть навыками оказания паллиативной медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях и на дому;</p> <p>владеть навыками формулировки предварительного и заключительного</p>
--	--	--	---

			основного диагноза с учетом МКБ
<b>ПК-2. Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям</b>			
<b>В</b>	В/01.8 Оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях	ИД ПК-2.1 Оказывает медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях	<p>знания</p> <p>знать анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности детей;          знать этиологию и патогенез симптомов, синдромов и заболеваний у детей в разные возрастные периоды;          знать методики определения группы здоровья, медицинской группы для занятий физкультурой в образовательных учреждениях, готовности ребенка к посещению дошкольного образовательного учреждения и средней общеобразовательной школы;          знать лабораторные, функциональные, инструментальные и дополнительные методы исследования у детей в разные возрастные периоды;          знать показания, противопоказания, интерпретация результатов исследования;          знать методы и критерии диагностики туберкулеза и интерпретации полученных результатов;          знать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи детям;          знать медицинские показания для направления пациента с заболеваниями и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на лабораторное и инструментальное обследование, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;          знать основные симптомы, синдромы и болезни у детей разного возраста;          знать профилактические мероприятия у детей: профилактические осмотры, диспансеризация, иммунизация;          знать методы проведения санитарно-просветительской работы с ребенком, его законным представителем и лицами, осуществляющими уход за ребенком, по вопросам использования лекарственных препаратов, лечебного питания и немедикаментозного лечения, а также профилактики инфекционных и неинфекционных болезней</p> <p>умения</p> <p>уметь устанавливать контакт с ребенком (и/или его законным представителем);          уметь осуществлять сбор жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у ребенка с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» (и/или его законного представителя);          уметь проводить диагностические мероприятия и лечение детей разного возраста с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, в соответствии с клиническими рекомендациями;          уметь проводить объективное клиническое обследование детей разных возрастных периодов по системам и органам, определять отношение между паспортным и</p>

			<p>биологическим возрастом детей и подростков, проводить антропометрию, оценивать физическое и психомоторное развитие ребенка, анализировать и интерпретировать полученные результаты; уметь проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «педиатрия»;</p> <p>уметь интерпретировать и анализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента по профилю «педиатрия» с учетом возрастнo-половых норм;</p> <p>уметь составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>уметь назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка диагноза и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p> <p>уметь назначить краткость и оптимальный способ введения, длительность приема, оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»;</p> <p>уметь заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронных документов;</p> <p>уметь контролировать качество ведения медицинской документации;</p> <p>уметь пользоваться действующей международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
		<p><b>навыки</b></p>	<p>владеть навыками сбора жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный), в том числе информации о профилактических прививках у ребенка либо у его законного представителя;</p> <p>владеть навыками объективного клинического обследования детей разных возрастных периодов по функциональным системам и органам и выявления физиологических и патологических симптомов и синдромов;</p> <p>владеть навыками определения диагностических критериев и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «педиатрия»;</p> <p>владеть навыками направления детей на консультацию к врачам-специалистам, в том числе к врачу-педиатру, врачу-психиатру детскому, врачу-психиатру-наркологу в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи детям, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками проведения профилактических осмотров детей в целях выявления туберкулеза в медицинских</p>

				<p>организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, независимо от организационно-правовой формы;</p> <p>владеть навыками определения медицинских показаний для оказания ребенку скорой, неотложной, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;</p> <p>владеть навыками определения показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «педиатрия»;</p> <p>владеть навыками постановки предварительного и заключительного основного диагноза, сопутствующих заболеваний и их осложнений с учетом МКБ;</p> <p>владеть навыками разработки плана лечения детей разного возраста и индивидуализированный подход к лечению заболеваний и (или) состояний с учетом диагноза, конкретной клинической ситуации в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям;</p> <p>владеть навыками составления индивидуального плана проведения вакцинации пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», с учетом национального календаря профилактических прививок, возраста ребенка, диагноза, клинических проявлений, стадии заболевания и эпидемиологической обстановки;</p> <p>владеть навыками организации и проведения профилактических мероприятий детям: медицинских осмотров, вакцинопрофилактики, диспансерного наблюдения, санитарно-противоэпидемических (профилактических) в очаге инфекции, в том числе, санитарно-просветительной работы, включая родителей или их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми.</p>
--	--	--	--	---

### **3. МЕСТО РАЗДЕЛА ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Дисциплина «Подготовка к ПСА» обязательной части базовых дисциплин (Б1.Б.7) основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

### **4. ОБЩАЯ ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ**

Общая трудоемкость дисциплины «Подготовка к первичной аккредитации специалистов» составляет 4 зачетные единицы, 144 академических часа (84

академических часа аудиторной работы, 54 академических часа самостоятельной работы и 6 академических часов экзамен).

**5. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА» 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	
			I	II
Семинары		90	0	90
Самостоятельная работа (всего)		54	0	54
Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)		0	0	0
<b>Общая трудоемкость:</b>	<b>часы</b>	144	0	144
	<b>зачетные единицы</b>	4	0	4

## 6. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ (В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ) И МАТРИЦА КОМПЕТЕНЦИЙ

дисциплина «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Индекс	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Самостоятельная работа ординатора	Итого часов	Формируемые компетенции по ФГОС										Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Текущий и рубежный контроль успеваемости		
		семинары	Всего часов на аудиторную работу			УК-1	УК-5	ОПК-1	ОПК-4	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-7	ОПК-8	ПК-1	ПК-2		Формы контроля	Рубежный контроль	
						Зачет с оценкой													
Б1.Б.7.1	Раздел 1. НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ АККРЕДИТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ	12	12	6	18	+	+	+									С, СР	Со, Р	
1.	Тема 1. Первичная, первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов (определение, регламентирующие документы, периодичность проведения).	6	6		6	+	+	+									С	Со	
2.	Тема 2. Первичная специализированная аккредитация – этапы процедуры аккредитации и их содержание). Методическое обеспечение процедуры аккредитации.	6	6	6	12	+	+	+									С, СР	Со, Р	
Б1.Б.7.2	Раздел 2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	30	30	20	50	+		+	+	+	+	+	+	+			С, СР	Т, СЗ, Р	
3.	Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+			С, СР	Т, СЗ, Р	
4.	Тема 4. Алгоритмы диагностики и	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+			С, СР	Т, СЗ,	

	лечения в пульмонологии.																		Р
5.	Тема 5. Алгоритмы диагностики и лечения в гастроэнтерологии и гематологии.	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+				С, СР	Т, СЗ, Р
6.	Тема 6. Алгоритмы диагностики и лечения в ревматологии и нефрологии.	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+				С, СР	Т, СЗ, Р
7.	Тема 7. Алгоритмы диагностики и лечения в эндокринологии.	6	6	4	10	+		+	+	+				+				С, СР	Т, СЗ, Р
Б.Б.7.3	<b>Раздел 3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ОСНОВЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>+</b>		<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>				<b>+</b>				<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>
8.	Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной практике.	6	6	4	10	+		+	+	+				+				С, СР	Т, СЗ, Р
Б.Б.7.4	<b>Раздел 4. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>+</b>		<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>				<b>+</b>				<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>
9	Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.	6	6	4	10	+		+	+	+				+				С, СР	Т, СЗ, Р
Б.Б.7.5	<b>Раздел 5. НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>+</b>		<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>				<b>+</b>				<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>
10	Тема 10. Алгоритмы диагностики и лечения неврологического больного в амбулаторной практике.	6	6	4	10	+		+	+	+				+				С, СР	Т, СЗ, Р
Б.Б.7.6	<b>Раздел 6. БОЛЕЗНИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ В ОВП</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>+</b>		<b>+</b>				<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ,Р</b>						
11	Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+				С, СР	Т, СЗ, Р
12	Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания	6	6	4	10	+		+	+	+	+	+	+	+				С, СР	Т, СЗ, Р

	крови, геморрагические и тромботические заболевания у детей.																	
Б1.Б.7.7	<b>Раздел 7. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ТУБЕРКУЛЕЗ В ОВП</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	+		+	+	+			+	+	+	<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	
13	Тема 13. Кишечные инфекции. Бактериозы. Паразитарные болезни.	6	6		6	+		+	+	+			+	+		<b>С</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	
14	Тема 14. Инфекции дыхательных путей. Вирусные гепатиты. Вирусные инфекции.	6	6	4	10	+		+	+	+			+	+	+	<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	
15	Тема 15. Алгоритмы диагностики и лечения во фтизиатрии.	6	6	4	10	+		+	+	+			+	+		<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	
<b>ИТОГО</b>		<b>90</b>	<b>90</b>	<b>54</b>	<b>144</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<b>С, СР</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	<b>+</b>

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения:

С – семинар; СР – самостоятельная работа

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

Т – тестирование, Со – собеседование по контрольным вопросам; СЗ – решение ситуационных задач, Р – подготовка и защита рефератов.

## 7. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА»

основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на занятиях лекционного, семинарского типов и в ходе самостоятельной работы обучающихся	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)		Форма контроля	Компетенции	Индикаторы достижения
		Занятия семинарского типа	Самостоятельная работа			
1.	<b>Раздел 1. НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ АККРЕДИТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ</b>	12	6	СО, Р	УК-1; УК-5; ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
1.1.	<b>Тема 1. Первичная, первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов (определение, регламентирующие документы, периодичность проведения).</b> Аккредитация специалиста как необходимое условие допуска к профессиональной деятельности. Определение процедуры аккредитации, виды аккредитации. Регламентирующие документы: ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 69, ст. 100), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 №709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 №1043н (ред. от 04.08.2020) «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста»	6	3	СО, Р	УК-1; УК-5; ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
1.2	<b>Тема 2. Первичная специализированная аккредитация — этапы процедуры аккредитации и их содержание). Методическое обеспечение процедуры аккредитации.</b> Этапы первичной специализированной аккредитации, их содержание (тестирование, оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях,	6	3	СО, Р	УК-1; УК-5; ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2

	решение ситуационных задач. Методический центр аккредитации специалистов ( <a href="http://fmza.ru/about/">http://fmza.ru/about/</a> ), методическое сопровождение (методические рекомендации, инструкции, перечень и паспорта станций ОСКЭ, примеры ситуационных задач и др.). Положение об аккредитации специалистов (приказ Минздрава России от 28.10.2022 №709н): основные сведения об аккредитации, подача документов, проведение аккредитации, формирование и организация работы ЦАК и АК, апелляции.					
<b>2.</b>	<b>Раздел 2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	<b>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1</b>	<b>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</b>
<b>2.1</b>	<b>Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.</b> Артериальная гипертензия. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Основные принципы терапии ИБС. Нарушения ритма сердца и проводимости. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Современные взгляды на классификацию, диагностику ХСН на амбулаторном этапе. Болезни миокарда и перикарда. Атеросклероз.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
<b>2.2</b>	<b>Тема 4. Алгоритмы диагностики и лечения в пульмонологии.</b> Бронхиальная астма (БА). БА: классификация, тяжесть течения заболевания. Принципы лечения БА. Коронавирусная инфекция в практике семейного врача. Пневмонии. Современные подходы к лечению пневмоний. Хроническая обструктивная болезнь легких. Интерстициальные заболевания легких. Заболевания плевры.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
<b>2.3</b>	<b>Тема 5. Алгоритмы диагностики и лечения в гастроэнтерологии и гематологии.</b> Заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Заболевания желчевыводящей системы. Болезни поджелудочной железы. Заболевания тонкого и толстого кишечника. Наследственные и метаболические заболевания печени. Гемобластозы. Острые и хронические лейкозы. Анемии. Железодефицитные анемии. Тромбоцитопатии. Коагулопатии. Гемофилии. Тромбоцитопении.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
<b>2.4</b>	<b>Тема 6. Алгоритмы диагностики и лечения в ревматологии и нефрологии.</b> Суставной синдром в практике врача ОВП. Остеоартрит. Подагра. Остеопороз. Диффузные заболевания соединительной ткани. Гломерулонефриты. Инфекции мочевых путей. Пиелонефриты.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-

	Мочекаменная болезнь. Хроническая болезнь почек. Гемобластозы.					8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
2.5	<b>Тема 7. Алгоритмы диагностики и лечения в эндокринологии.</b> Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. Сахарный диабет. ГСД (гестационный сахарный диабет). Патология щитовидной железы.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
3	<b>Раздел 3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ОСНОВЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.</b>	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
3.1	<b>Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной практике.</b> Острый живот. Желудочно-кишечные кровотечения. Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Варикозная болезнь. Хронические облитерирующие заболевания артерий. Заболевания молочной железы. Геморрой. Паранекроз. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи. Травмы, наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
4	<b>Раздел 4. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.7
4.1	<b>Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.</b> Соматическая патология беременных в работе врача общей практики (АГ, нарушения ритма, пневмонии, анемии, инфекции мочевых путей, ГСД, холестаза), особенности диагностики.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.7
5	<b>Раздел 5. НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
5.1	<b>Тема 10. Алгоритмы диагностики и лечения неврологического больного в амбулаторной практике.</b> Головокружение. Менингиты. Энцефалиты. Герпетические поражения нервной системы. Эпилепсия. Синкопальные состояния. Нарушения сознания, обусловленные недостаточностью мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне. Псевдоэпилептические приступы. Радикулопатии. Полиневриты (полирадикулоневриты, полиневропатии). Невропатия лицевого нерва.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
6	<b>Раздел 6. БОЛЕЗНИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ В ОВП</b>	24	16	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1;

					<b>5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2</b>	ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
<b>6.1</b>	<b>Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.</b> Болезни верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит). Особенности диагностики и лечения. Бронхиты и бронхиолиты. Пневмонии. Вегетососудистые дистонии. Первичные и вторичные артериальные гипертензии. Профилактика, диспансеризация, реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Заболевания желудка и 12-ти перстной кишки (гастриты, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Заболевания билиарной системы у детей. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с заболеваниями органов пищеварения. Роль диетического питания в профилактике и лечении заболеваний ЖКТ.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
<b>6.2</b>	<b>Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания у детей.</b> Ювенильный ревматоидный артрит, ревматическая лихорадка клиника, диагностика, тактика ведения и лечения. Системная красная волчанка, склеродермия клиника, диагностика, тактика ведения и лечения. Дерматомиозит. системные васкулиты клиника, диагностика, тактика ведения и лечения. Особенности терапии диффузных болезней соединительной ткани и системных васкулитов у детей. Гломерулонефриты острые и хронические. Интерстициальный нефрит. Тактика лечения. Пиелонефриты. Инфекция мочевых путей. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с заболеваниями мочевой системы. Геморрагические и тромболитические заболевания. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с заболеваниями органов кроветворения.	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
<b>7</b>	<b>Раздел 7. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ТУБЕРКУЛЕЗ В ОВП</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	<b>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1; ПК-2</b>	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4; ИД ПК-2.1
<b>7.1</b>	<b>Тема 13. Кишечные инфекции. Бактериозы. Паразитарные</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>Т, СЗ, Р</b>	<b>УК-1; ОПК-1;</b>	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-

	<p><b>болезни.</b>  Брюшной тиф и паратифы. Дизентерия. Эшерихиозы. Сальмонеллезы. Пищевые токсикоинфекции. Кишечный иерсиниоз, псевдотуберкулез. Кампилобактериоз. Амебиаз. Балантидиаз. Энтеровирусные инфекции. Ротавирусная инфекция.  Менингококковая инфекция, гемофильная инфекция, дифтерия, скарлатина, пневмококковая инфекция, легионеллез, коклюш. Лейшманиоз. Гельминтозы (аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, тениоз, тениаринхоз, дифиллоботриоз).</p>				ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1	1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
7.2	<p><b>Тема 14. Инфекции дыхательных путей. Вирусные гепатиты. Вирусные инфекции.</b>  Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (парагрипп, аденовирусная и респираторно-синцитиальная инфекция). Микоплазменная инфекция. Дифтерия. Ангины. Инфекционный мононуклеоз.  Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом заражения. Вирусные гепатиты с контактным механизмом заражения. Классификации хронических гепатитов. Клиника и диагностика хронических гепатитов вирусной этиологии.  COVID-19. Арбовирусные инфекции, проявляющиеся геморрагическим синдромом (клещевые, комариные и контактные), проявляющиеся поражением ЦНС (клещевой энцефалит), проявляющиеся лихорадкой, лимфоаденопатией и сыпью (лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге).</p>	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4; ИД ПК-2.1
7.3	<p><b>Тема 15. Алгоритмы диагностики и лечения во фтизиатрии.</b>  Формы первичного туберкулеза органов дыхания. Первичный туберкулезный комплекс. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Хронически текущий первичный туберкулез. Первичный туберкулез у взрослых.  Формы вторичного туберкулеза органов дыхания. Милиарный туберкулез легких. Диссеминированный туберкулез легких. Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких. Казеозная пневмония.</p>	6	4	Т, СЗ, Р	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4

### Тематический план занятий семинарского типа.

дисциплина «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

№ п/п	Тема семинара	Продолжительность (в часах)
1.	Тема 1. Первичная, первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов (определение, регламентирующие документы, периодичность проведения).	6
2.	Тема 2. Первичная специализированная аккредитация – этапы процедуры аккредитации и их содержание). Методическое обеспечение процедуры аккредитации.	6
3.	Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.	6
4.	Тема 4. Алгоритмы диагностики и лечения в пульмонологии.	6
5.	Тема 5. Алгоритмы диагностики и лечения в гастроэнтерологии и гематологии.	6
6.	Тема 6. Алгоритмы диагностики и лечения в ревматологии и нефрологии.	6
7.	Тема 7. Алгоритмы диагностики и лечения в эндокринологии.	6
8.	Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной практике.	6
9.	Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.	6
10.	Тема 10. Алгоритмы диагностики и лечения неврологического больного в амбулаторной практике.	6
11.	Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.	6
12.	Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания у детей.	6
13.	Тема 13. Кишечные инфекции. Бактериозы. Паразитарные болезни.	6
14.	Тема 14. Инфекции дыхательных путей. Вирусные гепатиты. Вирусные инфекции.	6
15.	Тема 15. Алгоритмы диагностики и лечения во фтизиатрии.	6
	<b>ИТОГО</b>	<b>90</b>

### 8. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.

В ходе изучения дисциплины «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) используются следующие образовательные технологии:

— Занятия — семинарского типа 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, реализующим дисциплину, в начале учебного года в соответствии учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

— 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 по дисциплине «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) включает текущий контроль успеваемости обучающихся и сдачу экзамена.

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

Текущий контроль успеваемости — контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины осуществляется на каждом занятии с использованием заданий из фонда оценочных средств (ФОС) с учетом формы контроля успеваемости, указанной для данного занятия в учебно-тематическом плане дисциплины «Общая врачебная практика (семейная медицина)». При текущем контроле используются следующие формы контроля успеваемости:

### **Формы текущего контроля успеваемости:**

**СЗ** – решение ситуационных задач,

**Со** – собеседование по контрольным вопросам,

**Т** – тестирование,

**Р** – реферат.

Решение ситуационных задач и собеседование по контрольным вопросам это устная форма работы преподавателя с ординаторами на занятиях семинарского типа. Оценивается устный ответ ординатора по пятибалльной системе.

**Критерии оценки уровня усвоения материала и сформированности компетенций, предусмотренных программой дисциплины «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).**

Характеристика ответа	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка по 5-ти балльной шкале
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Обучающийся демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.	Высокий	5 (отлично)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Обучающийся демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	Средний	4 (хорошо)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные	Низкий	3 (удовлетворительно)

признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Обучающийся демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.		
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Обучающийся демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.	Крайне низкий	2 (неудовлетворительно)
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Обучающийся не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	Компетентность отсутствует	0

После обсуждения темы в конце каждого занятия ординаторам предлагаются тестовые задания в количестве от 10 до 15. Минимальное количество баллов, которое можно получить при тестировании 61, максимальное – 100 баллов. За верно выполненное задание тестируемый получает 1 (один) балл, за неверно выполненное – 0 (ноль) баллов. Тест считается выполненным при получении 61 балла и выше. При получении менее 61 балла – необходимо повторное прохождение тестирования. В журнал по результатам тестирования выставляется оценка по пятибалльной шкале.

Перевод баллов тестирования при оценке текущей успеваемости обучающегося в балл по пятибалльной системе.

Балл тестирования	Оценка по пятибалльной шкале
91-100%	5 (отлично)
76-90%	4 (хорошо)
61-75%	3 (удовлетворительно)
0-60%	2 (неудовлетворительно)

Раздел программы считается полностью освоенным в случае получения

ординатором оценки «удовлетворительно» или выше по результатам собеседования по контрольным вопросам и ситуационным задачам по всем темам, предусмотренным для изучения в разделе, а также успешного прохождения тестирования (более 61% правильных ответов) по темам раздела.

**Перечень оценочных средств программы дисциплины «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)**

№ п/п	Тема программы	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств	Оцениваемые компетенции	Индикаторы достижений
1.	Тема 1. Первичная, первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов (определение, регламентирующие документы, периодичность проведения).	СО, Р	Перечень вопросов для собеседования, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
2.	Тема 2. Первичная специализированная аккредитация – этапы процедуры аккредитации и их содержание). Методическое обеспечение процедуры аккредитации.	СО, Р	Перечень вопросов для собеседования, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
3.	Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
4.	Тема 4. Алгоритмы диагностики и лечения в пульмонологии.	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
5.	Тема 5. Алгоритмы диагностики и лечения в	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД

	<b>гастроэнтерологии и гематологии.</b>		собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	ОПК-8, ПК-1	ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
<b>6.</b>	<b>Тема 6. Алгоритмы диагностики и лечения ревматологии и нефрологии.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
<b>7.</b>	<b>Тема 7. Алгоритмы диагностики и лечения в эндокринологии.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;
<b>8.</b>	<b>Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной практике.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
<b>9.</b>	<b>Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.7
<b>10.</b>	<b>Тема 10. Алгоритмы диагностики и лечения неврологического больного в амбулаторной практике.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2
<b>11.</b>	<b>Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
<b>12.</b>	<b>Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания у детей.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
<b>13.</b>	<b>Тема 13. Кишечные инфекции.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5,	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-

	<b>Бактериозы. Паразитарные болезни.</b>		вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	ОПК-8, ПК-1	1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК- 8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
14.	<b>Тема 14. Инфекции дыхательных путей. Вирусные гепатиты. Вирусные инфекции.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК- 1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК- 8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4; ИД ПК-2.1
15.	<b>Тема 15. Алгоритмы диагностики и лечения во фтизиатрии.</b>	Т, СЗ, Р	Банк тестовых заданий, перечень вопросов для собеседования, банк ситуационных задач, перечень тем для подготовки реферата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК- 1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК- 8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4

2. Промежуточная аттестация — зачет с оценкой — выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация проводится кафедрами. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Процедура промежуточной аттестации (зачет с оценкой) дисциплины «Подготовка к ПСА» проходит путем выполнения ординатором итогового задания, которое включает в себя 1 ситуационную задачу из числа задач, разбираемых на занятиях, и 20 тестов. Итоговые задания сформированы на платформе Online test pad, на ответ на каждый вопрос ситуационной задачи (из 12) и на тест дается 60 секунд (регламент решения ситуационной задачи и тестов в процедуре аккредитации).

Прием зачета с оценкой проводится на последнем занятии дисциплины. Сроки зачета устанавливаются расписанием. Зачет принимают преподаватели, руководившие семинарами по данной дисциплине. Результаты выполнения итогового задания оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», объявляются в день приема зачета и фиксируются в зачетной ведомости.

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по

дисциплине (зачет с оценкой) представлены в Приложении 1 к рабочей программе по дисциплине «Подготовка к ПСА» – Фонд оценочных средств по дисциплине «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина). Формы текущего контроля успеваемости: тестирование (на платформе в ЭИОС ВолгГМУ (Moodle) <https://elearning.volgmed.ru>, решение ситуационных задач, подготовка рефератов с помощью Яндекс документов.

## 10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)<sup>1</sup>

№ п/п	а) Основная литература:	Кол-во экземпляров
1	Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях : учебник / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-7581-2, DOI: 10.33029/9704-5518-0-PRI-2020-1-288. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475812.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475812.html</a> . - Режим доступа: по подписке.	удаленный доступ, по подписке
2	Геккиева, А. Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии : учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. : ил. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4996-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449967.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449967.html</a>	удаленный доступ
3	Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477359.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477359.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
4	Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И. , Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html</a>	удаленный доступ
5	Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь : национальное	удаленный доступ

<sup>1</sup> Изменения в учебно-методическом и информационном обеспечении дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)

	руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html</a>	
6	Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б. Р. , Заболотских И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4832-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448328.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448328.html</a>	удаленный доступ
7	Тараканов, А. В. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи : руководство для врачей / А. В. Тараканов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-5850-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458501.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458501.html</a>	удаленный доступ
8	Алгоритмы диагностики и лечения коматозных состояний / А. А. Демидов, Т. Н. Панова, А. Т. Абдрашитова и др. - Астрахань : Астраханский ГМУ, 2018. - 92 с. - ISBN 9785442404074. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.books-up.ru/ru/book/algorithmy-diagnostiki-i-lecheniya-komatoznyh-sostoyanij-10784536">https://www.books-up.ru/ru/book/algorithmy-diagnostiki-i-lecheniya-komatoznyh-sostoyanij-10784536</a>	удаленный доступ
9	Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
10	Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html</a> . - Режим доступа: по подписке.	удаленный доступ, по подписке
11	Общая врачебная практика. Т. 1 : национальное руководство / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5520-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455203.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455203.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
12	Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455210.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455210.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
13	Барабаш, И. В. Анемии хронических заболеваний – современный взгляд на проблему : учебно-методическое пособие / И. В. Барабаш, М. Е. Евсевьева, О. В. Сергеева ; под ред. М. Е. Евсевьевой. — Ставрополь : СтГМУ, 2021. — 104 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/326291">https://e.lanbook.com/book/326291</a> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей

14	Лебедев, А. К. Раннее выявление онкологических заболеваний в общей врачебной практике : учебно-методическое пособие / А. К. Лебедев. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 32 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/242411">https://e.lanbook.com/book/242411</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
15	Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь детям : учебное пособие / Н. А. Федько, В. А. Бондаренко, О. И. Галимова [и др.]. — Ставрополь : СтГМУ, 2020. — 132 с. — ISBN 978-5-89822-679-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/259109">https://e.lanbook.com/book/259109</a> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
16	Иванов, С. А. Ведение пациентов с головокружением в общей врачебной практике : учебно-методическое пособие / С. А. Иванов, С. Г. Журавский. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 52 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/242342">https://e.lanbook.com/book/242342</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
17	Общая врачебная практика (семейная медицина): тестовые задания по внутренним болезням и другим частным вопросам : учебное пособие / О. С. Кобякова, Е. В. Немеров, И. В. Захарова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2018. — 78 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/113559">https://e.lanbook.com/book/113559</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
18	Общая врачебная практика (семейная медицина): сборник ситуационных задач по внутренним болезням и другим частным вопросам : учебное пособие / О. С. Кобякова, Е. В. Немеров, И. В. Захарова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2018. — 93 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/113543">https://e.lanbook.com/book/113543</a> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
19	Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А., Ревিশвили А. Ш., Неминуций Н. М., Проничева И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5629-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
20	Торшин, И. Ю. Микронутриенты против коронавирусов : учебник / И. Ю. Торшин, О. А. Громова ; под ред. А. Г. Чучалина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5818-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458181.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458181.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
21	Редкие и интересные клинические случаи в практике интерниста / под ред. Р. Г. Сайфутдинова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-5638-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456385.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456385.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
22	Инфекционные болезни : синдромальная диагностика : учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. А. Климовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-5603-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :	удаленный доступ, по подписке

	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456033.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456033.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	
23	Запорощенко, А. В. Симптомы, синдромы, заболевания и пробы в практике работы врача первичного звена здравоохранения : учебное пособие / А. В. Запорощенко ; рец.: Стаценко М. Е., Емельянов Д. Н. ; Министерство здравоохранения РФ ; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2020. - 132 с. – Текст : непосредственный.	Текст : непосредственный
24	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 : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446652.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446652.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
25	Жернакова, Н. И. Общая врачебная практика : избранные лекции : учебное пособие / Н. И. Жернакова, Т. Ю. Лебедев. — Белгород : НИУ БелГУ, 2023. — 122 с. — ISBN 978-5-9571-3396-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/399482">https://e.lanbook.com/book/399482</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
<b>б) Дополнительная литература:</b>		
1	Акушерство [Текст] : нац. рук. / Ассоциация мед. о-в по качеству (АСМОК), Рос. о-во Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания в работе семейного врача : учебное пособие / сост.: Е. Ю. Вычугжанина [и др.]. — Киров : Кировский ГМУ, 2014. — 103 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/136059">https://e.lanbook.com/book/136059</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
2	Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания в работе семейного врача : учебное пособие / сост.: Е. Ю. Вычугжанина [и др.]. — Киров : Кировский ГМУ, 2014. — 103 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/136059">https://e.lanbook.com/book/136059</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
3	Внутренние болезни: сборник тестовых заданий : учебное пособие / Е. В. Белобородова, Г. М. Чернявская, Э. И. Белобородова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2016. — 215 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/105864">https://e.lanbook.com/book/105864</a> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
4	Пропедевтика внутренних болезней. Общеклиническое исследование и семиотика : лекции для студентов и начинающих врачей : учебное пособие / под общ. ред. Б. И. Гельцера, Е. Ф. Семисотовой. — 3-е изд., испр. и доп. — Владивосток : ТГМУ, 2016 — Часть 1 — 2016. — 284 с. — ISBN 978-5-98301-078-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/309743">https://e.lanbook.com/book/309743</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
5	Ишемические болезни в практике семейного врача / Р. Е. Калинин [и др.] ; под ред. Р. Е. Калинина, В. Н. Абросимова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-3660-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :	удаленный доступ, по подписке

	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436608.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436608.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	
6	Тель, Л. З. Нутрициология : учебник / Л. З. Тель - Москва : Литтерра, 2016. - 544 с. - ISBN 978-5-4235-0214-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502140.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502140.html</a> . - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
7	Внутренние болезни: сборник тестовых заданий : учебное пособие / Е. В. Белобородова, Г. М. Чернявская, Э. И. Белобородова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2016. — 215 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/105864">https://e.lanbook.com/book/105864</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
8	Лебедев, А. К. Раннее выявление онкологических заболеваний в общей врачебной практике : учебно-методическое пособие / А. К. Лебедев. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 32 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/242411">https://e.lanbook.com/book/242411</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
9	Иванов, С. А. Ведение пациентов с головокружением в общей врачебной практике : учебно-методическое пособие / С. А. Иванов, С. Г. Журавский. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 52 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/242342">https://e.lanbook.com/book/242342</a> — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
10	Хоров, О. Г. Оториноларингология для врачей общей практики : учебное пособие / О. Г. Хоров. — Гродно : ГрГМУ, 2022. — 196 с. — ISBN 978-985-595-741-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <a href="https://e.lanbook.com/book/306554">https://e.lanbook.com/book/306554</a> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.	удаленный доступ, для авториз. пользователей
11	Табеева, Г. Р. Головная боль / Табеева Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 296 с. - ISBN 978-5-9704-5864-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458648.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458648.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
12	Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А., Ревиншвили А. Ш., Неминуций Н. М., Проничева И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5629-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
13	Редкие и интересные клинические случаи в практике интерниста / под ред. Р. Г. Сайфутдинова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-5638-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456385.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456385.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
14	Хорошинина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошинина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5688-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html</a> - Режим доступа : по подписке.	удаленный доступ, по подписке
15	Кильдиярова, Р. Р. Педиатру на каждый день / Кильдиярова Р. Р. -	удаленный

	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 224 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5230-1. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452301.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452301.html</a> - Режим доступа : по подписке.	доступ, по подписке
16	Запорощенко, А. В. Симптомы, синдромы, заболевания и пробы в практике работы врача первичного звена здравоохранения : учебное пособие / А. В. Запорощенко ; рец.: Стаценко М. Е., Емельянов Д. Н. ; Министерство здравоохранения РФ ; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2020. - 132 с. - Текст: непосредственный	Текст : непосредственный

### Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

<http://bibl.volgmed.ru/MegaPro/Web> — ЭБС ВолгГМУ (база данных изданий, созданных НПР и НС ВолгГМУ) (профессиональная база данных).

<https://e.lanbook.com> — сетевая электронная библиотека (СЭБ) (база данных на платформе ЭБС «Издательство Лань») (профессиональная база данных).

<https://www.rosmedlib.ru/> — Консультант врача. Электронная медицинская библиотека (база данных профессиональной информации по широкому спектру врачебных специальностей) (профессиональная база данных).

<http://www.studentlibrary.ru/> — электронная библиотечная система «Консультант студента» (многопрофильная база данных) (профессиональная база данных).

<http://dlib.eastview.com> — универсальная база электронных периодических изданий (профессиональная база данных).

<http://elibrary.ru> — электронная база электронных версий периодических изданий (профессиональная база данных).

<http://www.consultant.ru/> — справочно-правовая система «Консультант-Плюс» (профессиональная база данных).

<https://eduport-global.com/catalog/show/MedicalScience/8> — электронная библиотека англоязычной медицинской литературы (профессиональная база данных).

<https://www.books-up.ru/ru/catalog/bolshaya-medicinskaya-biblioteka/> — большая медицинская библиотека (база данных электронных изданий и коллекций медицинских вузов страны и ближнего зарубежья на платформе электронно-библиотечной системы ЭБС Букап) (профессиональная база данных).

<https://event.scardio.ru/> — Российское кардиологическое общество.

<https://rosagg.ru/> — Российская ассоциация геронтологов и гериатров.

<https://rnmot.org/?ysclid=lvv8vw17jq994208672> — Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ).

<http://www.rsl.ru/ru/networkresources> — Электронный каталог Российской государственной библиотеки.

<http://www.scsml.rssi.ru/> — Электронный каталог «Российская медицина» Центральной научной медицинской библиотеки.

<http://ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/> — Библиотека Национального института здоровья США (PubMed). Поиск статей и материалов по любой теме.

<http://www.medscape.com/> — Медицинский информационный ресурс Medscape.

<http://www.uptodate.com/home> — Медицинский информационный ресурс UpToDate.

<https://www.clinicalkey.com> — Медицинский информационный ресурс ClinicalKey.

<https://www.tripdatabase.com/> — Медицинский информационный ресурс TripDatabase.

<http://www.guideline.gov/> — Медицинский информационный ресурс National Guidelines Clearinghouse.

<http://www.cochranelibrary.com/> — Кохрановская библиотека (Кохрановское сотрудничество).

<http://www.scopus.com/> — База научных публикаций SCOPUS.

<https://webofknowledge.com/> — База научных публикаций Web of science.

<http://russia.cochrane.org> — Кохрейн Россия.

URL:<https://clinicaltrials.gov/> — Регистр клинических исследований.

### Клинические рекомендации

1. «Артериальная гипертензия» (РКО, 2020), одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ  
[https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii\\_rko\\_odobrennye\\_nauchnoprakticheskim\\_sovetom\\_minzdrava\\_rf/](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](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf)
3. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» Выпуск 11 (2023).

[https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/2023\\_alg\\_sum.pdf](https://www.endocrincentr.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.ooorou.ru/public/uploads/ROU/>

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

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

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

<https://www.endocrincentr.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](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](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](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](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](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](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](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](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](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Kardiomiopatiya-unlocked.pdf)

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

[https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic\\_rekom\\_Bradiaritmiya-unlocked.pdf](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](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](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](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](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](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](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](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](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](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536_2)
30. Клинические рекомендации МЗ РФ «Фолиеводефицитная анемия» (2021)  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540\\_2](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](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](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](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](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](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](https://scardio.ru/content/Guidelines/KR_Perikardit.pdf)

39. Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» (2021)

[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/359\\_2](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](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](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](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](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](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](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](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/28_2)

53. Клинические рекомендации МЗ РФ «Гипотиреоз» (2021)

[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531_3)

54. Клинические рекомендации МЗ РФ «Остеопороз» (2021)

[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87\\_4](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87_4)

### **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](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>

### **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).

### **Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):**

1. Клиническая лабораторная диагностика

2. Клиническая медицина

3. Российский медицинский журнал

4. Терапевтический архив

### **в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

Интернет-ресурсы, рекомендованные для самостоятельной подготовки и как дополнительный источник информации:

- Методический центр аккредитации специалистов

<http://fmza.ru/about/>

- Стандарты медицинской помощи:

<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>

- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): <http://www.rlsnet.ru>
- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.  
<http://www.osdm.org/index.php>
- Московский центр доказательной медицины. <http://evbmed.fbm.msu.ru/>

#### **Электронные версии журналов:**

- «Consilium medicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>
- «Вестник доказательной медицины» <http://www.evidence-update.ru/>
- «Врач» - <http://www.rusvrach.ru/journals/vrach>
- «Гематология и трансфузиология» - <http://www.medlit.ru/medrus/gemat.htm>
- «Доказательная кардиология» - <http://www.mediasphera.ru/journals/dokcard>
- «Интенсивная терапия» - <http://www.icj.ru>
- «Инфекции и антимикробная терапия» - <http://www.consilium-medicum.com/media/infektion/index.shtml>
- «Проблемы эндокринологии» - <http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm>
- «Пульмонология» - <http://www.consilium-medicum.com/media/pulmo>
- «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» - <http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html>
- «Русский медицинский журнал» - <http://www.rmj.ru>
- «Справочник поликлинического врача» - <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
- «Трудный пациент» - <http://www.t-pacient.ru>
- «Фарматека» - <http://www.pharmateca.ru>

### **11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПСА»**

основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Кафедра внутренних болезней Института НМФО располагает материально-технической базой, соответствующей действующим санитарно-техническим нормам и обеспечивающей проведение всех видов теоретической и практической подготовки, предусмотренных учебным планом постдипломного обучения, а также эффективное выполнение научно-практической работы. Кафедра имеет современную учебно-клиническую базу, в состав которой входят клинические отделения, учебные аудитории. Учебно-клиническая база соответствует образовательной программе.

В процессе обучения используются новые телекоммуникационные, компьютерные технологии.

Для проведения занятий семинарского типа используются учебные комнаты кафедры внутренних болезней Института НМФО, а также специализированные помещения отделений клинической базы ГБУЗ «ВОКБ № 1» г. Волгограда.

Перечень материально-технических средств для:

- проведения занятий семинарского типа: 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, глюкометр, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, спирометр, пикфлоуметр, тест полоски для определения микроальбуминурии и кетонурии, аппараты для проведения суточного мониторинга АД, суточного мониторинга глюкозы, аппарат для оценки СОНА, аппарат для холтеровского мониторинга ЭКГ, аппарат для оценки жесткости сосудистой стенки) 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.

**Справка о материально-техническом обеспечении реализации рабочей программы по дисциплине «Подготовка к ПСА»**

основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54

Общая врачебная практика (семейная медицина).

Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для работы	Перечень лицензионного программного обеспечения
Б1.Б.7 ПОДГОТОВКА К ПСА	Аудитория (электронный читальный зал), оборудованная мультимедийной системой, компьютерами с комплектом лицензионного программного обеспечения и выходом в «Internet», позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.	<p>1. Приборы и оборудование.</p> <p>1. Специализированная мебель (столы, стулья)</p> <p>2. Демонстрационное оборудование.</p> <p>1. Системный блок Depo Neos E1500/1*1GDDR800/DVD+RW – 1 шт.</p> <p>2. Системный блок Depo Neos 230 E53000/2GDDR800/T160G/DVD+RW/350W/CARE3 – 16 шт.</p> <p>3. Системный блок Depo Neos 260 SM/i3 4170/4G 1600 – 2 шт.</p> <p>4. Системный блок Depo Neos 240 E7500/250G/DVD+RW – 1 шт.</p> <p>5. Системный блок Depo Neos 260 SM/G2130/1*4G1600/T500G/DVD*-RW/DMU/KL/400W – 1 шт.</p> <p>6. Монитор Acer V173Ab – 16 шт.</p> <p>7. Монитор Philips 170S7FS17 0/26 – 2 шт.</p> <p>8. Монитор LCD 17 TFT Acer V17ab blas – 3 шт.</p> <p>9. Клавиатура – 21 шт.</p> <p>10. Мышь – 21 шт.</p> <p>11. Ноутбук 15.6" HP 255 A4-5000 1.5GHz, HD LED AG Cam. 4GB DDR3(1)500GB – 1 шт.</p> <p>12. Проектор NEC NP-VE281XG – 1 шт.</p> <p>13. Экран Apollo-T 180*180 MW 1:1 на штативе (STM-1102) – 1 шт.</p> <p>Компьютеры подключены к сети Интернет</p>	<p>Программное обеспечение Windows 7 Professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная; лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows 10 Professional: лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows XP Professional: лицензия №45885267 от 03.10.2007, бессрочная; лицензия №43108589 от 27.11.2007, бессрочная; лицензия №44811732 от 14.11.2008, бессрочная; лицензия №44953165 от 18.12.2008, бессрочная; лицензия №44963118 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46243751 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Office 2007 Suite:</p>

			<p>лицензия №63922302 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64045399 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64476832 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015670 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №62674760 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №63121691 от 21.02.2014, бессрочная; лицензия №63173783 от 04.03.2014, бессрочная; лицензия №64345003 от 11.11.2014, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная; лицензия №65090951 от 22.04.2015, бессрочная; лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626553 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66928174 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №67008484 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68654455 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68681852 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65493638 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65770075 от 21.09.2015, бессрочная; лицензия №66140940 от 08.12.2015, бессрочная; лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная; лицензия №68868475 от 08.09.2017, бессрочная; лицензия №68918738 от 22.09.2017, бессрочная; лицензия №69044325 от 26.10.2017, бессрочная; лицензия №69087273 от 08.11.2017, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010 Professional Plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010</p>
--	--	--	---

			<p>Standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение MS Office 2016 Standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия): лицензия № FCRS-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (лицензия №280E-000451-574B9B53 с 21.05.2019 по 25.05.2020)</p> <p>Программное обеспечение Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение Mozilla Firefox (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение 7-zip (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение Adobe Acrobat DC / Adobe Reader (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p>
	<p>Помещение (читальный зал) для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с</p>	<p>Персональные компьютеры:</p> <p>1. Системный блок Depo Neos 280 SM/i3 4170/1*4G 1600/ T500G/500W/CAR3PCB, Монитор 21,5" Samsung S22D300NY Wide LCD LED, Клавиатура, мышь</p>	<p>Программное обеспечение Windows 7 Professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная; лицензия №47139370 от 05.07.2010,</p>

	<p>подключением к сети "Интернет" и обеспеченным доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.</p> <p>1. Приборы и оборудование.</p> <p>1. Специализированная мебель (столы, стулья)</p> <p>2. Демонстрационное оборудование.</p>	<p>2. Системный блок Depo Neos 230 E53000/2GDDR800/T160G/DVD+RW/350W/CARE3, Монитор Philips 170S7FS17 0/26, Клавиатура, мышь</p> <p>3. Системный блок Depo Neos 230 E53000/2GDDR800/T160G/DVD+RW/350W/CARE3, Монитор Philips 170S7FS17 0/26, Клавиатура, мышь</p> <p>4. Системный блок RAMEC GALE/DIMM 1024Mb/PC2-6400(800Mhz) Kingston /080,0 Gb HDD WD800AAJS 7200 rpm 8 Mb SATA-300, Монитор Philips 170S7FS17 0/26, Клавиатура, мышь</p> <p>5. Системный блок Aquarius Pro P30 S41ИСО 9001 i915 GV S775, Монитор Philips 170S7FS17 0/26, Клавиатура, мышь</p> <p>6. Системный блок Aquarius Pro P30 S41ИСО 9001 i915 GV S775, Монитор Philips 170S7FS17 0/26, Клавиатура, мышь</p> <p>7. Системный блок Depo Neos 260 SM/i3 4170/4G 1600, Монитор 19" Asus VB191T TFT, Клавиатура, мышь</p> <p>8. Системный блок Depo Neos 260 SM/i3 4170/4G 1600, Монитор Acer V173Ab, Клавиатура, мышь администратор</p> <p>Системный блок Depo Neos 230 E53000/2GDDR800/T160G/DVD+RW/350W/CARE3, Монитор 22" LG E2241T-BN black(1920*108,LED,D-sub+DVI,5ms), клавиатура, мышь.</p> <p>Множительная техника.</p> <p>Принтер HEWLET-PACKARD A3</p> <p>Ксерокс МФУ Canon IR2016</p> <p>Компьютеры подключены к сети Интернет.</p>	<p>бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows 10 Professional: лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows XP Professional: лицензия №45885267 от 03.10.2007, бессрочная; лицензия №43108589 от 27.11.2007, бессрочная; лицензия №44811732 от 14.11.2008, бессрочная; лицензия №44953165 от 18.12.2008, бессрочная; лицензия №44963118 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46243751 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Office 2007 Suite: лицензия №63922302 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64045399 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64476832 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015670 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №62674760 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №63121691 от 21.02.2014, бессрочная; лицензия №63173783 от 04.03.2014, бессрочная; лицензия №64345003 от 11.11.2014, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная; лицензия №65090951 от 22.04.2015, бессрочная; лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная;</p>
--	---	---	--

			<p>лицензия №66626553 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66928174 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №67008484 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68654455 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68681852 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65493638 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65770075 от 21.09.2015, бессрочная; лицензия №66140940 от 08.12.2015, бессрочная; лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная; лицензия №68868475 от 08.09.2017, бессрочная; лицензия №68918738 от 22.09.2017, бессрочная; лицензия №69044325 от 26.10.2017, бессрочная; лицензия №69087273 от 08.11.2017, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010 Professional Plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010 Standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2016 Standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная. Программное обеспечение Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия): лицензия № FCRS-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная;</p>
--	--	--	--

			<p>лицензия № FCRS-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (лицензия №280E-000451-574B9B53 с 21.05.2019 по 25.05.2020)</p> <p>Программное обеспечение Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение Mozilla Firefox (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение 7-zip (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение Adobe Acrobat DC / Adobe Reader (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p>
	<p>100</p> <p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации. (400081, г. Волгоград, ул. Ангарская, 13)</p>	<p>Учебная аудитория оснащена специализированной мебелью, мультимедийным и иным оборудованием, техническими средствами обучения, экраном на штативе, ноутбуком с комплектом лицензионного программного обеспечения и выходом в сеть Интернет, проектором, доской.</p> <p>Имеется комплект учебно-наглядных пособий и демонстрационного материала:</p> <p>Глюкометры</p> <p>Муляж щитовидной железы</p>	<p>Программное обеспечение Windows 7 Professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная; лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows 10 Professional: лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows XP Professional: лицензия №45885267 от 03.10.2007,</p>

			<p>бессрочная; лицензия №43108589 от 27.11.2007, бессрочная; лицензия №44811732 от 14.11.2008, бессрочная; лицензия №44953165 от 18.12.2008, бессрочная; лицензия №44963118 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46243751 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Office 2007 Suite: лицензия №63922302 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64045399 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64476832 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015670 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №62674760 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №63121691 от 21.02.2014, бессрочная; лицензия №63173783 от 04.03.2014, бессрочная; лицензия №64345003 от 11.11.2014, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная; лицензия №65090951 от 22.04.2015, бессрочная; лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626553 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66928174 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №67008484 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68654455 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68681852 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65493638 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65770075 от 21.09.2015, бессрочная; лицензия №66140940 от 08.12.2015, бессрочная; лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная;</p>
--	--	--	--

			<p>лицензия №68868475 от 08.09.2017, бессрочная; лицензия №68918738 от 22.09.2017, бессрочная; лицензия №69044325 от 26.10.2017, бессрочная; лицензия №69087273 от 08.11.2017, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010 Professional Plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2010 Standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная. Программное обеспечение MS Office 2016 Standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная. Программное обеспечение Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия): лицензия № FCRS-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная. Программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (лицензия №280E-000451-574B9B53 с 21.05.2019 по 25.05.2020) Программное обеспечение Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО) Программное обеспечение Mozilla Firefox (Свободное и/или безвозмездное ПО) Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО) Программное обеспечение 7-zip (Россия)</p>
--	--	--	--

			(Свободное и/или безвозмездное ПО) Программное обеспечение Adobe Acrobat DC / Adobe Reader (Свободное и/или безвозмездное ПО)
--	--	--	--

## 12. ПРИЛОЖЕНИЯ

### 12.1. Фонд оценочных средств по дисциплине «Подготовка к ПСА»

основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

#### Перечень контрольных вопросов для устного собеседования.

Индекс	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы занятия семинарского типа	Перечень контрольных вопросов для собеседования	Отрабатываемые компетенции	Индикаторы достижения
Б1.Б.7.1	Нормативно правовые акты, регламентирующие аккредитацию специалистов	Тема 1. Первичная, первичная специализированная и периодическая аккредитация специалистов (определение, регламентирующие документы, периодичность проведения).	1. Аккредитация специалиста как необходимое условие допуска к профессиональной деятельности. Определение процедуры аккредитации, виды аккредитации.	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
			2. Регламентирующие документы: ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 69, ст. 100), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 №709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
			3. Регламентирующие документы: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 №1043н (ред. от 04.08.2020) «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2

			аккредитации специалиста».		
		<b>Тема 2. Первичная специализированная аккредитация — этапы процедуры аккредитации и их содержание). Методическое обеспечение процедуры аккредитации.</b>	4. Этапы первичной специализированной аккредитации, их содержание (тестирование, оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.	УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2
	5. Методический центр аккредитации специалистов ( <a href="http://fmza.ru/about/">http://fmza.ru/about/</a> ), методическое сопровождение (методические рекомендации, инструкции, перечень и паспорта станций ОСКЭ, примеры ситуационных задач и др.).		УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2	
	6. Положение об аккредитации специалистов (приказ Минздрава России от 28.10.2022 №709н): основные сведения об аккредитации, подача документов, проведение аккредитации, формирование и организация работы ЦАК и АК, апелляции.		УК-1; УК-5, ОПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД УК-5.1; ИД УК-5.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2	

### Банк тестовых заданий (с ответами).

Индекс	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы	Перечень тестовых заданий	Отрабатываемые компетенции	Индикаторы достижения
Б1.Б.7.2	Внутренние болезни в общей врачебной практике.	Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.	1. К наиболее характерному признаку ЭКГ для больных гипертонической болезнью относят а) гипертрофию миокарда левого желудочка б) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II в) блокаду правой ножки пучка Гиса г) остроконечный зубец Р в отведениях I, II	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			2. Головокружение, шум в ушах, усиление верхушечного толчка, акцент второго тона на аорте являются симптомами а) артериальной гипертензии б) ИБС: острого трансмурального инфаркта миокарда в) ИБС: нестабильной стенокардии г) митрального стеноза ревматической этиологии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			3. Артериальная гипертония диагностируется на уровне систолического артериального давления более чем на _____ мм рт.ст. и/или диастолического артериального давления более чем на _____ мм рт.ст.	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			<p>а) 129; 80  <b>б) 140; 90</b>  в) 130; 85  г) 120; 80</p>		1.1
			<p>4. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:  а) употребление алкоголя  <b>б) артериальная гипертензия</b>  в) курение  г) умеренное ожирение</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>5. Наиболее характерное изменение на ЭКГ для приступа стенокардии является  а) патологический зубец Q  <b>б) преходящая депрессии сегмента ST</b>  в) появление отрицательного зубца T  г) преходящая блокада ножек пучка Гиса</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>6. К модифицируемым поведенческим факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относятся  а) пол, возраст, сахарный диабет, избыточная масса тела  б) артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение  <b>в) курение, нездоровое питание, низкая физическая активность</b>  г) курение, пол, возраст, дислипидемия, артериальная гипертензия</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>7. К немодифицируемым факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относятся  <b>а) возраст, пол, генетическая предрасположенность</b>  б) курение, нездоровое питание, дислипидемия, артериальная гипертензия  в) избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение  г) пол, возраст, курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>8. Наиболее частой формой ишемической болезни сердца у женщин является  <b>а) стенокардия</b>  б) гипертрофическая кардиомиопатия  в) нарушения ритма  г) инфаркт миокарда</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>9. К гиполлипидемическим средствам, которые назначаются больным ишемической болезнью сердца, имеющим гиперлипидемию ПА типа, относят  <b>а) статины</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД

			б) препараты никотиновой кислоты в) препараты омега-3-полиненасыщенных жирных кислот г) фибраты		ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			10. Больным ишемической болезнью сердца с синдромом слабости синусового узла не следует назначать а) нифедипин <b>б) бета-адреноблокаторы</b> в) нитраты г) фуросемид	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			11. Сердечная ресинхронизирующая терапия является методом выбора при <b>а) симптомной ХСН, синусовом ритме, длительности комплекса QRS≥150 мс</b> б) пароксизмальной форме фибрилляции предсердий в) многососудистом поражении коронарных артерий г) идиопатической легочной гипертензии	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			12. Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты при остром инфаркте миокарда составляет (в мг) а) 75 б) 500 <b>в) 250-300</b> г) 150	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			13. При остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST, сопровождающимся повышением маркеров повреждения миокарда, показано проведение коронарографии в течение (в часах) а) 48 <b>б) 24</b> в) 96 г) 72	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			14. Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является а) новокаинамид б) лидокаин <b>в) амиодарон</b> г) метопролол	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			15. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является а) нарушение сердечного ритма <b>б) подъем сегмента ST</b> в) изменение комплекса QRS г) инверсия зубца T	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			16. Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт	УК-1; ОПК-1; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД

		миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить а) ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника б) грязелечение на воротниковую область в) общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л г) <b>«суховоздушные» радоновые ванны</b>	5; ОПК-6; ПК-1	УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.3
		17. При развитии инфаркта миокарда нормализация содержания МВ КФК в крови наблюдается через (в сутках) а) 4-5 б) 6-7 в) <b>2-3</b> г) 8-9	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
		18. Назначение инфузии нитроглицерина при остром инфаркте миокарда показано а) только при кардиогенном шоке б) <b>только при отеке легких</b> в) при любой ситуации г) только при сочетании со стенозом устья аорты	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
		19. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане а) тромбозов мозговых сосудов б) <b>развития инфаркта миокарда</b> в) формирования венозной недостаточности г) появления легочной гипертензии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
		20. К позднему осложнению инфаркта миокарда относится а) разрыв стенки левого желудочка б) фибрилляция желудочков в) кардиогенный шок г) <b>аневризма левого желудочка</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
		21. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью а) <b>биопсии миокарда</b> б) электрокардиографии в) радионуклидной вентрикулографии г) сцинтиграфии миокарда	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
		22. При дифференциальной диагностике болевого синдрома при остром перикардите от острого инфаркта миокарда может помочь а) локализация боли за грудиной	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			б) отсутствие эффекта от нитроглицерина в) усиление боли при глубоком вдохе г) иррадиация в левое плечо		1.1
			23. Для миокардита наиболее характерны жалобы на боли в области сердца, сердцебиения и а) одышку б) асцит в) обмороки г) головокружения	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			24. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться а) при первичном инфаркте миокарда б) больным до 50 летнего возраста в) при отсутствии сопутствующих заболеваний г) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.3
			25. Причиной временной нетрудоспособности при гипертонической болезни является а) гипертонический криз б) признаки гипертрофии миокарда левого желудочка по электрокардиограмме в) головная боль г) повышение уровня креатинина крови	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-7; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ПК-1.2
			26. Длительное злоупотребление алкоголем часто приводит к такой патологии сердца, как а) дилатационная кардиомиопатия б) порок митрального клапана в) гипертрофическая кардиомиопатия г) ревматический миокардит	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			27. К модифицируемым факторам риска развития атеросклероза относится а) возраст б) мужской пол в) отягощенная наследственность г) сахарный диабет 2 типа	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			28. Больным старше 80 лет, с ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом и гипертонической болезнью III ст., целесообразно назначить а) общие радоновые ванны, лазерную терапию на область сердца б) общие скипидарные ванны, ультрафонофорез гидрокортизона в) «сухие» углекислые ванны,	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.3

			<b>магнитолазеротерапию воротниковой области</b> г) пелоидотерапию температурой 38-40 <sup>0</sup> С, ПеМП на затылочную область		
			29. В развитии недостаточности мозга при атеросклерозе ведущую роль играет а) снижение активности свертывающей системы крови <b>б) стеноз магистральных сосудов шеи</b> в) пролапс митрального клапана г) повышение фибринолитической активности крови	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			30. В пожилом возрасте причиной вторичной артериальной гипертензии часто является а) фибромускулярная дисплазия почечных артерий б) коарктация аорты в) моногенное заболевание <b>г) атеросклероз почечных артерий</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
		<b>Тема 4. Алгоритмы диагностики и лечения в пульмонологии.</b>	31. Бронхиальная астма при проведении пробы с В2-агонистами характеризуется _____ ОФВ1 более _____ % а) снижением; 20 б) снижением; 12 в) приростом; 20 <b>г) приростом; 12</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			32. К мультифакториальным болезням относятся а) синдром Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Патау б) псевдогипертрофическая мышечная дистрофия, хорея Гентингтона <b>в) бронхиальная астма, нейродермит, атопический дерматит</b> г) муковисцидоз, фенилкетонурия, мукополисахаридоз	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			33. Абсолютным противопоказанием для применения пропранолола является <b>а) бронхиальная астма</b> б) глаукома в) сердечная недостаточность г) инфаркт миокарда	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			34. Витамин В6-зависимая бронхиальная астма обусловлена нарушением метаболизма а) метионина б) глицина <b>в) триптофана</b> г) простогландина Е	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			35. Симптомокомплекс при новой коронавирусной инфекции COVID-19 включает а) лихорадку, скудную розеолезную сыпь,	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p>относительную брадикардию</p> <p><b>б) лихорадку, кашель сухой или со скудной мокротой, одышку</b></p> <p>в) лихорадку, конъюнктивит, гепатолиенальный синдром</p> <p>г) боли в грудной клетке, кашель с обильной гнойной мокротой, одышку</p>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>36. Развитие сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 сопровождается повышением уровня</p> <p>а) ВВ-фракции креатинкиназы</p> <p>б) прокальцитонина</p> <p><b>в) МВ-фракции креатинкиназы</b></p> <p>г) щелочной фосфатазы</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>37. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при COVID-19, характерный для КТ 3, составляет (в %)</p> <p>а) &lt;25</p> <p><b>б) 50-75</b></p> <p>в) 75</p> <p>г) 25-50</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>38. У пациентов с инфекцией COVID-19 высокий риск бактериальной коинфекции наблюдается при уровне прокальцитонина начиная с _____ нг/мл</p> <p>а) 5,0</p> <p><b>б) 0,25</b></p> <p>в) 0,5</p> <p>г) 0,05</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>39. Определение РНК SARS-Cov-2 для диагностики COVID-19 проводится методом</p> <p>а) иммунохемилюминесценции</p> <p><b>б) амплификации нуклеиновых кислот</b></p> <p>в) иммунохроматографии</p> <p>г) иммуноферментного анализа</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>40. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при COVID-19, характерный для КТ 2, составляет (в %)</p> <p>а) &lt;25</p> <p>б) 50-75</p> <p>в) 75</p> <p><b>г) 25-50</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>41. Для среднетяжелого течения инфекции COVID-19 характерно наличие</p> <p>а) температуры тела ниже 38,0°C, слабости, SpO2 ≥ 95%</p> <p>б) стойкой фебрильной лихорадки, лактата артериальной крови &gt; 3 ммоль/л, SpO2 &lt; 88%</p> <p><b>в) лихорадки выше 38,00С, ЧДД более 22/мин,</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			<b>SpO2 &lt; 95%</b> г) ЧДД более 30/мин, SpO2 ≤ 93%, ажитации		
			42. К убедительным признакам присоединения бактериальной инфекции при инфекции COVID-19 относят повышение лейкоцитов (при отсутствии предшествующего применения глюкокортикоидов) начиная с а) 18 x 10 <sup>9</sup> /л б) 9 x 10 <sup>9</sup> /л <b>в) 12 x 10<sup>9</sup>/л</b> г) 22 x 10 <sup>9</sup> /л	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			43. Для установления факта иммунного ответа на вакцинацию от COVID-19 проводится определение антител класса G (IgG) к _____ белку а) мембранному (M) <b>б) спайковому (S)</b> в) нуклеокапсидному (N) г) оболочечному (E)	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			44. О тяжелом течении инфекции COVID-19 свидетельствует снижение сатурации кислорода (SpO2) начиная с (в%) а) 95 б) 89 <b>в) 93</b> г) 75	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			45. Маркером цитокинового шторма при инфекции COVID-19 является значение а) тропонина б) протромбинового индекса <b>в) ферритина</b> г) NT-proBNP/BNP	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			46. Наиболее часто встречаемым осложнением гриппа, вызванным вторичной бактериальной флорой, является <b>а) пневмония</b> б) печеночно-почечная недостаточность в) отек мозга г) инфекционно-токсический шок	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			47. Диффузный пневмосклероз может развиваться у больных а) абсцессом легких б) тяжелой пневмонией в) бронхоэктатической болезнью <b>г) хронической обструктивной болезнью легких</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			48. Критерием эффективности антибактериальной	УК-1; ОПК-1; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД

			<p>терапии пневмонии является</p> <p>а) нормализация температуры в утренние и дневные часы</p> <p>б) полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани</p> <p><b>в) нормализация температуры через 48-72 часа</b></p> <p>г) нормализация всех лабораторных показателей</p>	5, ПК-1	УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>49. Наиболее вероятным возбудителем при вспышке очаговой пневмонии в коллективе является</p> <p>а) протей</p> <p>б) кишечная палочка</p> <p>в) пневмококк</p> <p><b>г) микоплазма</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>50. При подозрении на внутрибольничную пневмонию показанием к компьютерной томографии является</p> <p>а) выявление средне-очаговой инфильтрации с нечеткими контурами в нижней доле легкого с уплотнением плевры</p> <p>б) выявление типичных для пневмонии изменений при рентгенологическом исследовании в прямой и боковой проекциях</p> <p>в) наличие очевидной клинической симптоматики пневмонии длительностью более одной недели, но менее одного месяца</p> <p><b>г) отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>51. Для достижения противовоспалительного эффекта у больных с пневмонией затяжного течения целесообразно назначить</p> <p><b>а) массаж грудной клетки, скипидарные ванны, низкочастотный ультразвук</b></p> <p>б) электрофорез с Эуфиллином, углекислые ванны, электросон</p> <p>в) мануальную терапию, электрическое поле УВЧ, грязелечение</p> <p>г) ТНЧ-терапию, магнитотерапию, физические тренировки</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.3
			<p>52. При пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначать</p> <p>а) пенициллины</p> <p><b>б) макролиды</b></p> <p>в) цефалоспорины</p> <p>г) тетрациклины</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>53. Самой частой причиной хронического легочного сердца является</p> <p>а) рак легкого</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p><b>б) хроническая обструктивная болезнь легких</b>  в) деформация грудной клетки  г) первичная легочная гипертензия</p>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>54. В терапии ХОБЛ среднетяжелого течения чаще всего используют  а) отхаркивающие препараты  б) антибактериальные препараты  <b>в) бронходилататоры</b>  г) ингаляционные глюкокортикостероиды</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>55. Антибактериальную терапию при ХОБЛ следует назначать при  <b>а) гнойной мокроте</b>  б) появлении кровохарканья  в) усилении кашля  г) нарастании одышки</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>56. Основным обратимым компонентом бронхиальной обструкции при ХОБЛ является  а) увеличение бронхиального секрета  <b>б) парасимпатический тонус гладких мышц бронхов</b>  в) воспаление дистальных бронхов  г) снижение эластической тяги легких</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>57. Показателем функции внешнего дыхания для определения тяжести ХОБЛ является  а) МВЛ  <b>б) ОФВ1</b>  в) ФЖЕЛ  г) ПСВ25-75</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>58. При диагностике фенотипа ХОБЛ и БА (перекрест ХОБЛ-БА) одним из больших критериев является  а) увеличение ОФВ1 после пробы с бронхолитиком &gt; 200 мл и &gt;12%  б) атопия в анамнезе  <b>в) эозинофилия мокроты (&gt;3%)</b>  г) повышенный уровень общего IgE</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>59. Для среднетяжелой стадии ХОБЛ (спирометрическая классификация) характерно ОФВ1/ФЖЕЛ &lt;70%, ОФВ1 (в %)  а) &lt; 30  б) 30-50  в) &gt;80  <b>г) 50-80</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>60. Рофлумиласт показан  <b>а) при ХОБЛ с ОФВ1&lt;50% от должного и частыми обострениями</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД

			б) для уменьшения симптомов ХОБЛ вне зависимости от ОФВ1 и степени тяжести обострений в) при ХОБЛ любой степени тяжести с ОФВ1 менее 40% г) для уменьшения симптомов ХОБЛ вне зависимости от ОФВ1 и частоты обострений		ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
		<b>Тема 5. Алгоритмы диагностики и лечения в гастроэнтерологии и гематологии.</b>	61. Для лечения гастроэзофагеальной болезни используют а) Лактулозу <b>б) Рабепразол</b> в) Рифаксимин г) Дротаверина гидрохлорид	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			62. В лечении кандидозного эзофагита наиболее часто применяется <b>а) флуконазол</b> б) омепразол в) алгедрат+магния гидроксид г) висмута трикалия дицитрат	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			63. У пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью усилению симптомов может способствовать приём а) метопролола сукцината б) стронция ранелата в) алюминия гидроксида <b>г) изосорбида мононитрата</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			64. Эрозивно-язвенные изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта реже всего возникают на фоне приема а) диклофенака <b>б) целекоксиба</b> в) индометацина г) ацетилсалициловой кислоты	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			65. Фамотидин блокирует <b>а) H2-рецепторы</b> б) D1-рецепторы в) H1-рецепторы г) M2-ионные каналы	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			66. Основной целью антихеликобактерной терапии при язвенной болезни является <b>а) снижение частоты рецидивов</b> б) уменьшение выраженности болевого синдрома в) уменьшение риска прободения язвы г) ускорение рубцевания	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			67. Стандартной схемой лечения язвенной болезни, ассоциированной с Хеликобактер Пилори, является а) ингибиторы протонной помпы + амоксициллин	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p>500 мг * 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг * 2 раза в сутки</p> <p>б) блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг * 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг * 2 раза в сутки</p> <p><b>в) ингибиторы протонной помпы + амоксициллин 1000 мг * 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг * 2 раза в сутки</b></p> <p>г) блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг * 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг * 1 раза в сутки</p>		ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>68. Запоры возможны при</p> <p>а) синдроме мальабсорбции</p> <p>б) болезни оперированного желудка</p> <p><b>в) язвенной болезни 12-перстной кишки</b></p> <p>г) хроническом энтерите</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>69. К наиболее часто встречающимся симптоматическим язвам относятся</p> <p>а) стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.)</p> <p><b>б) лекарственные (применение НПВС, глюкокортикостероидов)</b></p> <p>в) ишемические</p> <p>г) гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>70. К гастропротекторам относится</p> <p><b>а) ребамипид</b></p> <p>б) атропин</p> <p>в) фамотидин</p> <p>г) омепразол</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>71. Лабораторные проявления холестатического синдрома включают повышение уровня</p> <p><b>а) гамма-ГТ и щелочной фосфатазы</b></p> <p>б) АЛТ и АСТ</p> <p>в) АСТ</p> <p>г) АЛТ</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>72. О наличии синдрома холестаза свидетельствует</p> <p>а) повышение уровня гамма-глобулинов</p> <p>б) повышение уровней аминотрансфераз</p> <p><b>в) повышение уровня щелочной фосфатазы</b></p> <p>г) снижение уровня липопротеидов</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>73. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД

			<p>а) дуоденальное зондирование  б) ЭГДС  в) обзорную рентгенографию органов брюшной полости  <b>г) УЗИ органов брюшной полости</b></p>		ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>74. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи наибольшее значение имеет  а) внутривенная холеграфия  <b>б) ретроградная панкреатохолангиография</b>  в) пероральная холецистография  г) сцинтиграфия печени</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>75. В терапию хронического панкреатита с секреторной недостаточностью включают  а) ингибиторы АПФ  <b>б) ферменты (панкреатин)</b>  в) кортикостероиды  г) сосудистые препараты</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>76. При лечении хронического панкреатита для коррекции внешнесекреторной недостаточности показаны ферментные препараты  а) высокодозные таблетированные  <b>б) высокодозные микрогранулированные</b>  в) низкодозные микрогранулированные  г) низкодозные таблетированные</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>77. Какие суточные дозы панкреатина (в пересчете на липазу) рекомендуется при тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы  а) 100 000 – 150 000 ЕД  <b>б) более 150 000 ЕД</b>  в) 30 000 – 50 000 ЕД  г) 50 000 – 100 000 ЕД</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>78. Наиболее подвержены малигнизации _____ полипы желудка  а) <b>аденоматозные</b>  б) ювенильные  в) гиперпластические  г) гиперплазиогенные</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>79. При болезни Крона поражаются  а) подслизистый и мышечный слой  б) слизистый и подслизистый слой  в) мышечный слой и серозная оболочка  <b>г) все слои кишечника</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>80. Для синдрома мальабсорбции характерным симптомом является</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-

			<p><b>а) диарея</b>  <b>б) запор</b>  <b>в) тошнота</b>  <b>г) желтуха</b></p>		1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>81. Повышение уровня кальпротектина в кале подтверждает диагноз  <b>а) «глиutenовая энтеропатия»</b>  <b>б) «болезнь Крона»</b>  <b>в) «аскаридоз»</b>  <b>г) «синдром раздраженного кишечника»</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>82. Предпочтительным инструментальным методом диагностики язвенного колита является  <b>а) виртуальная колоноскопия</b>  <b>б) ирригоскопия</b>  <b>в) ректороманоскопия</b>  <b>г) колоноскопия с исследованием гистологического материала</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>84. Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает  <b>а) нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной</b>  <b>б) макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной</b>  <b>в) нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной</b>  <b>г) микроцитарной, гипохромной, железорезистентной</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>84. Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при  <b>а) острым лейкозе</b>  <b>б) гемолитической анемии</b>  <b>в) хроническом лимфолейкозе</b>  <b>г) болезни Виллебранда</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>85. Тромбоцитопения может наблюдаться при  <b>а) эссенциальной тромбоцитемии</b>  <b>б) ДВС-синдром</b>  <b>в) железодефицитной анемии</b>  <b>г) гемолитической анемии</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>86. При сидероахрестической анемии противопоказан  <b>а) железа (III) гидроксид полимальтозат</b>  <b>б) десферал</b>  <b>в) витамин С</b>  <b>г) дефероксамин</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			87. Ретикулоцитоз характерен для анемии	УК-1; ОПК-1; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД

			<ul style="list-style-type: none"> <li>а) железодефицитной</li> <li>б) В12-дефицитной</li> <li><b>в) гемолитической</b></li> <li>г) фолиеводефицитной</li> </ul>	4, ПК-1	УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>88. Во время гемолитического криза при аутоиммунной гемолитической анемии в первую очередь необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) проведение плазмафереза</li> <li>б) переливание свежемороженой плазмы</li> <li><b>в) назначение стероидов</b></li> <li>г) назначение антибиотиков</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>89. Истончение и деформация ногтевых пластин, сухость и ломкость волос, сглаженность сосочков языка, нарушение глотания сухой пищи являются проявлением</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а) сидеропенического синдрома</b></li> <li>б) общеанемического синдрома</li> <li>в) гемолитического криза</li> <li>г) фуникулярного миелоза</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>90. Фуникулярный миелоз характерен для анемии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) гемолитической</li> <li><b>б) В12-дефицитной</b></li> <li>в) железодефицитной</li> <li>г) апластической</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
		<b>Тема 6. Алгоритмы диагностики и лечения в ревматологии и нефрологии.</b>	<p>91. Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) перикардит</li> <li>б) инфекционный эндокардит</li> <li>в) инфаркт миокарда</li> <li><b>г) ревматическая лихорадка</b></li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>92. После перенесенного острого тонзиллита ревматическая лихорадка возникает через</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 6-8 недель</li> <li>б) 5-6 месяцев</li> <li><b>в) 2-3 недели</b></li> <li>г) 4-7 дней</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>93. При ревматоидном артрите чаще всего обнаруживается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) олигоартрит</li> <li>б) моноартрит</li> <li><b>в) полиартрит</b></li> <li>г) артралгия</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>94. К поздним признакам ревматической лихорадки относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а) хорей</b></li> <li>б) вальвулит</li> <li>в) кардит</li> </ul>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			г) полиартрит		1.1
			95. При серопозитивном ревматоидном артрите отмечается повышение а) СРБ <b>б) АЦЦП</b> в) АНЦА г) АНФ	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			96. Ревматическая лихорадка вызывается а) вирусом Эпштейн-Барр б) золотистым стафилококком <b>в) в-гемолитическим стрептококком группы А</b> г) в-гемолитическим стрептококком группы С	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			97. К серонегативным спондилоартритам относят <b>а) псориатический артрит</b> б) ревматоидный артрит в) подагрический артрит г) деформирующий остеоартроз	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			98. Характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке является эритема а) эксудативная б) мигрирующая в) узловатая <b>г) кольцевидная</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			99. Синдром Рейно чаще является первым проявлением а) дерматомиозита б) узелкового периартрита в) ревматоидного артрита <b>г) системной склеродермии</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			100. Для болезни Рейтера в диагностике характерно <b>а) наличие хламидийного уретрита</b> б) повышение СОЭ в) появление протеинурии г) повышение ревматоидного фактора	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			101. Противопоказанием к назначению тиазидных диуретиков является а) инсульт в анамнезе <b>б) подагра</b> в) сахарный диабет г) ИБС	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			102. Моноартрит, как правило, встречается при <b>а) подагре</b> б) анкилозирующем спондилоартрите в) ревматоидном артрите	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			г) системной красной волчанке		1.1
			103. Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с подагрой являются а) тиазидные диуретик б) бета-адреноблокаторы в) прямые ингибиторы ренина г) <b>сартаны</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			104. Для купирования острой суставной атаки при подагре назначают а) лозартан б) аллопуринол в) <b>НПВП или колхицин</b> г) фенофибрат	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			105. Клинический и биохимический анализы крови при остеоартритах, как правило, отражают а) интенсивное воспаление б) увеличение трансаминаз в) <b>нормальные показатели</b> г) гипохромную анемию	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			106. Наиболее вероятно обострение системной красной волчанки в а) III триместре б) II триместре в) I триместре г) <b>послеродовом периоде</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			107. Типичным поражением почек при системной красной волчанке является а) пиелонефрит б) <b>гломерулонефрит</b> в) амилоидоз г) поликистоз	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			108. Одним из критериев диагноза системной красной волчанки является а) <b>серозит</b> б) пульмонит в) полинейропатия г) гепатит	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			109. При системной склеродермии применяется индуктотермия на надпочечники и суставы с целью действия а) дегидратирующего б) обезболивающего в) <b>противовоспалительного</b> г) иммуномодулирующего	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			110. К системным васкулитам, повреждающим преимущественно крупные сосуды, относят а) <b>артериит Такаясу</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			б) узелковый полиартериит в) пурпуру Шейнлейн-Геноха г) гранулематоз с полиангиитом		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			111. Терапия стероидами показана при а) хроническом пиелонефрите <b>б) хроническом гломерулонефрите нефротического типа</b> в) хронической почечной недостаточности г) диабетической нефропатии	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			112. Терапия гепарином при хроническом гломерулонефрите требует постоянного наблюдения за <b>а) временем свертывания</b> б) уровнем протромбина в) скоростью фибринолиза г) уровнем фибриногена	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			113. Исследованием, которое указывает на стрептококковую этиологию острого гломерулонефрита, является а) обнаружение стрептококков в крови б) наличие стрептококков в биоптате почек <b>в) обнаружение антистрептолизина О в крови</b> г) наличие стрептококков в моче	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			114. Самая высокая протеинурия наблюдается при а) остром гломерулонефрите <b>б) нефротическом синдроме</b> в) амилоидозе г) хроническом гломерулонефрите	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			115. Курортный этап медицинской реабилитации больных уролитиазом возможен при наличии сопутствующей патологии а) терминальной стадии хронической почечной недостаточности <b>б) хронического калькулезного пиелонефрита в фазе ремиссии, с нормальным функциональным состоянием почек и верхних мочевыводящих путей</b> в) конкремента, размером 0,8-0,9 см, в верхней трети правого мочеточника с явлениями гидронефротической трансформации справа г) острой почечной недостаточности	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3
			116. Показанием для назначения аминогликозидов является а) пневмоцистная пневмония б) профилактика инфекционного эндокардита <b>в) осложненный пиелонефрит</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-

			г) внебольничная пневмония		1.2
			117. К характерным признакам обострения хронического пиелонефрита относят а) кожный зуд <b>б) лихорадку</b> в) отеки г) уменьшение количества мочи	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			118. Ингибиторы АПФ противопоказаны а) при наличии сердечной недостаточности у больных с ХПН <b>б) при двустороннем стенозе почечной артерии</b> в) при мочекаменной болезни г) больным с хроническим пиелонефритом	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			119. При пиелонефрите отмечают поражение а) кровеносной и лимфатической системы почек б) слизистой оболочки мочевого пузыря <b>в) канальцев, чашечно-лоханочной системы и интерстиция</b> г) юкстагломерулярного аппарата	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			120. При нарушении пассажа мочи пиелонефрит классифицируется как а) с нарушением функционального состояния <b>б) обструктивный</b> в) необструктивный г) псевдичный	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
		<b>Тема 7. Алгоритмы диагностики и лечения в эндокринологии.</b>	121. Для определения стадии активности акромегалии используется <b>а) тест с инсулиновой гипогликемией</b> б) малая дексаметазоновая проба в) тест с 1-24АКТГ (синактеном) г) ОГТТ (оральный глюкозо-толерантный тест)	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			122. Рентгенологические проявления акромегалии: <b>а) изменение лицевого скелета</b> б) уменьшение размеров турецкого седла в) периостальный гиперостоз г) утолщение мягких тканей стопы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			123. Кожные изменения при болезни Иценко - Кушинга характеризуются всем перечисленным, кроме а) сухости <b>б) повышенной влажности (гипергидроза)</b> в) наличия красновато-фиолетовых стрий г) внутрикожных кровоизлияний	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			124. Дифференциальную диагностику болезни Иценко - Кушинга следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p><b>а) гипотиреоза</b>  б) глюкостеромы  в) эктопированного АКТГ-синдрома  г) ожирения с артериальной гипертензией</p>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>125. Секрцию соматотропного гормона подавляет  а) стресс  б) сон  в) физическая работа  г) <b>гипергликемия</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>126. Клиническая манифестация СД 1 типа развивается  а) <b>после гибели 80-90% массы бета-клеток</b>  б) после гибели 100% массы бета-клеток  в) после гибели 40-50% массы бета-клеток  г) после гибели 20-30% массы бета-клеток</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>127. К факторам риска по диабету относится  а) гипертиреоз  б) синдром мальабсорбции  в) <b>ожирение</b>  г) гипотония</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			<p>128. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитининов)?  а) <b>стимуляция секреции эндогенного инсулина</b>  б) глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина  в) снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани  г) глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>129. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?  а) <b>снижение реабсорбции глюкозы в почках</b>  б) глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина  в) глюкозозависимое подавление секреции глюкагона  г) снижение глюконеогенеза в печени</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>130. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?  а) <b>снижение реабсорбции глюкозы в почках</b>  б) глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью  в) замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2

			г) глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина		
			131. Степень риска развития ожирения у потомства, если оба родителя страдают ожирением, составляет а) 30-40% б) 50-60% в) 70-80% г) <b>80-90%</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
			132. Ожирению I степени соответствует ИМТ а) <b>30,0-34,9 кг/м2</b> б) 35,0-39,9 кг/м2 в) ≥40 кг/м2 г) 25,0-29,9 кг/м2	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			133. Основным местом синтеза лептина является: а) мышечная ткань б) <b>жировая ткань</b> в) желудочно-кишечный тракт г) центральная нервная система	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			134. Укажите препараты, являющиеся средствами профилактики йоддефицитных состояний: а) <b>калия йодид 100 и 200 мкг</b> б) биоактивные пищевые добавки из морской капусты в) антиструмин г) левотироксин натрия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			135. Характерный лабораторный симптом для диффузного токсического зоба: а) <b>высокий титр антител к рецептору ТТГ</b> б) повышение концентрации ТТГ в) стойкое повышение ТТГ, понижение Т3 и Т4 г) снижением концентрации общего и свободного Т3	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			136. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба: а) <b>30-40 мг</b> б) 10 мг в) 5 мг г) 2.5 мг	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			137. Назовите основную причину узлового коллоидного зоба? а) <b>дефицит йода</b> б) аутоиммунные процессы в) генетические предрасполагающие факторы г) стресс	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			138. Секреция ренина при первичном гиперальдостеронизме	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p><b>а) значительно уменьшена</b>  б) незначительно уменьшена  в) не изменена  г) незначительно увеличена</p>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>139. Целью консервативного лечения диффузного эндемического зоба является</p> <p><b>а) нормализация функции щитовидной железы</b>  <b>б) нормализация размеров щитовидной железы</b>  в) ликвидация компрессионного синдрома  г) ликвидация узлов щитовидной железы</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>140. Контроль УЗИ щитовидной железы после инициации лечения диффузного эндемического зоба должен проводиться через (в месяцах)</p> <p>а) 3  б) 6  в) 12  <b>г) 6</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			<p>141. Наиболее частая локализация феохромоцитомы</p> <p><b>а) хромаффинная ткань мозгового вещества надпочечника</b>  б) орган Цуккеркандля  в) стенка мочевого пузыря  г) симпатические узлы</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>142. Феохромоцитома чаще встречается</p> <p>а) у детей  б) в пубертате  <b>в) в 25-40 лет</b>  г) в 40-60 лет</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>143. Физиологической дозой приема витамина Д является:</p> <p><b>а) 800-1000 МЕ</b>  б) 4000 МЕ  в) 50000 МЕ  г) 8000 МЕ</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			<p>143. Классификация остеопороза основана на элементах</p> <p><b>а) этиологии</b>  б) патогенеза  в) симптоматики  г) распространенности процесса</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>144. При отсутствии данных других исследований, диагноз остеопороза возможно установить на основании</p> <p><b>а) низкотравматического перелома</b>  б) повышенной прозрачности костей скелета на</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			стандартных рентгенограммах в) УЗ-денситометрии г) лабораторных исследований		
			145. Механизм действия бисфосфонатов связан а) с анаболическим эффектом <b>б) с резорбтивным эффектом</b> в) со стимуляцией костной резорбции г) со стимуляцией костеобразования	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			146. Беременным женщинам с нарушением толерантности к углеводам назначают <b>а) диету с полным исключением легко усваиваемых углеводов</b> б) бигуаниды в) производные сульфонилмочевины г) инсулинотерапию	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ОПК-8; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4
			147. Для метаболически нездорового фенотипа ожирения характерно а) подкожный жир преобладает над висцеральным <b>б) висцеральный жир преобладает над подкожным</b> в) содержание триглицеридов <1,70 ммоль/л г) повышение АД <130/85 мм рт.ст.	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			148. Ожирению II степени соответствует ИМТ а) 30,0-34,9 кг/м <sup>2</sup> <b>б) 35,0-39,9 кг/м<sup>2</sup></b> в) ≥40 кг/м <sup>2</sup> г) 25,0-29,9 кг/м <sup>2</sup>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			149. Диагноз сахарный диабет устанавливается при уровне гликированного гемоглобина (в %) а) ≥6,8 <b>б) ≥6,5</b> в) ≥7,0 г) ≥6,0	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			150. Обследование на предмет поздних осложнений пациенту с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа должно проводиться _____ после установления диагноза <b>а) сразу</b> б) через 3 месяца в) через 1 год г) через 6 месяцев	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
<b>Б1.Б.7.3</b>	<b>Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей</b>	<b>Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной</b>	151. Наиболее достоверным признаком осложнения язвенной болезни перфорацией является: а) «доскообразный живот» б) желудочное кровотечение	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

	<b>врачебной практике</b>	<b>практике.</b>	<b>в) отсутствие печеночной тупости</b> г) симптом Щеткина-Блюмберга в верхних отделах живота		1.1
			152. Самая частая причина слоновости: а) травма <b>б) рожистое воспаление</b> в) пиодермия г) злокачественные новообразования	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			153. Характерным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является: <b>а) тромбоз легочной артерии</b> б) пилефлебит в) тромбоз брыжеечных вен г) кровотечение из подкожных варикозных вен	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			154. Наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является <b>а) эмболия легочной артерии</b> б) флебит варикозных узлов в) слоновость г) облитерация глубоких вен	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			155. К осложнениям варикозной болезни не относится а) трофическая язва <b>б) слоновость</b> в) индурация подкожной клетчатки г) тромбофлебит	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			156. Основным методом скрининговой диагностики у пациенток до 40 лет с заболеваниями молочной железы является <b>а) ультразвуковое исследование молочной железы</b> б) компьютерная томография в) маммография г) термография	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			157. При появлении кровянистых выделений из соска правой молочной железы у пациентки 37 лет необходимо выполнить <b>а) цитологическое исследование отделяемого, маммографию с дуктографией</b> б) УЗИ молочной железы с цитологическим исследованием в) маммографию со стереотаксической биопсией узлового образования г) эксцизионную биопсию молочной железы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			158. Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием а) тромбоза магистральных артерий	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			б) тромбоза поверхностных вен в) варикозного расширения поверхностных вен г) <b>тромбоза глубоких вен голени и бедра</b>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			159. К доброкачественным опухолям молочной железы относится а) <b>фиброаденома</b> б) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия в) болезнь Педжета г) диффузная мастопатия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			160. У больного с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта первым диагностическим исследованием должно быть а) рентгенологическое исследование желудка б) <b>эзофагогастродуоденоскопия</b> в) ангиография г) коагулограмма	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
<b>Б1.Б.7.4</b>	<b>Акушерство и гинекология в общей врачебной практике</b>	<b>Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.</b>	161. Самопроизвольный аборт – это прерывание беременности а) <b>до 28 недель</b> б) до 14 недель в) до 20 недель г) до 30 недель	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			162. Преждевременные роды – это роды в период а) <b>от 28 до 38 недель</b> б) от 26 до 36 недель в) от 28 до 34 недель г) от 30 до 40 недель	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			163. При угрозе прерывания беременности диагностическое значение имеет определение а) содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты б) <b>хорионического гонадотропина</b> в) тестостерона г) 17-кетостероидов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			164. Нижняя граница физиологической концентрации гемоглобина в периферической крови при беременности составляет а) 120 г/л б) 118 г/л в) 114 г/л г) <b>110 г/л</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			165. Физиологическая беременность характеризуется а) снижением активности инсулиназы б) снижением распада инсулина почками в) <b>снижением чувствительности тканей к инсулину</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			г) увеличением чувствительности тканей к инсулину		
			166. Лактация начинается под действием а) <b>пролактина</b> б) эстрогенов в) плацентарного лактогена г) прогестерона	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			167. Для ортостатической артериальной гипотензии у беременной характерно резкое падение артериального давления при а) быстрой ходьбе б) длительном положении лежа в) длительном пребывании на холоде г) <b>переходе из горизонтального положения в вертикальное положение</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			168. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и внематочной беременности абсолютное значение имеет а) пальпация, перкуссия живота б) ректальное и вагинальное исследование в) обзорная рентгенограмма брюшной полости г) <b>пункция заднего свода влагалища</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			169. Основным лабораторным признаком холестаза во время беременности является повышенный уровень а) печеночных трансаминаз б) <b>общих желчных кислот</b> в) лактатдегидрогеназы г) щелочной фосфатазы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			170. Нормальные показатели глюкозы плазмы натощак во время беременности а) менее 7.0 ммоль/л б) не выше 4.5 ммоль/л в) <b>менее 5.1 ммоль/л</b> г) менее 6.1 ммоль/л	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			171. Артериальная гипотензия беременных может приводить к а) <b>синдрому задержки плода</b> б) истмико-цервикальной недостаточности в) преждевременному излитию околоплодных вод г) маловодию	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			172. При плановом обследовании беременных женщин на ВИЧ-инфекцию применяется а) экспресс-тест выявления ВИЧ без дальнейшего подтверждения стандартным методом б) экспресс-тест выявления ВЧ с дальнейшим подтверждением стандартным методом в) методом молекулярно-генетического	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			исследования (выделение РНК либо ДНК ВИЧ) <b>г) стандартный метод лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции (ИФА либо ИХЛА с применением подтверждающих тестов (иммунный, линейный блот)</b>		
			173. В первом триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить а) фторхинолоны б) тетрациклины <b>в) полусинтетические пенициллины</b> г) сульфаниламиды	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			174. Осложнением беременности у женщин с бронхиальной астмой является а) анемия б) гипертиреоз <b>в) преэклампсия</b> г) гипотония	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			175. Беременным, у которых не было выявлено нарушений углеводного обмена в ранних сроках гестации, проводится пероральный глюкозотолерантный тест с _____ г глюкозы <b>а) 75</b> б) 60 в) 50 г) 100	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			176. Острый токсоплазмоз у беременных с ВИЧ-инфекцией <b>а) вызывает гибель плода на ранних сроках</b> б) вызывает острый жировой гепатоз в) является причиной развития ОПН г) является причиной гестозов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			177. Хроническим заболеванием у беременной, которое способствует развитию анемии, является а) цистит б) гипотензия в) гипертензия <b>г) гастрит</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			178. При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода, судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт) в праве решать <b>а) только родители</b> б) только врачи в) религиозные объединения г) только мать	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			179. Оральный глюкозотолерантный тест на 24-28 неделях беременности проводится <b>а) всем беременным при отсутствии ранее</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p><b>выявленных нарушений углеводного обмена и противопоказаний</b></p> <p>б) только при выявлении кетонурии</p> <p>в) всем женщинам, у которых было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности</p> <p>г) только при наличии ожирения</p>		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>180. Для железодефицитной анемии у беременной характерен уровень железа ниже (мкмоль/л)</p> <p>а) 16</p> <p><b>б) 12</b></p> <p>в) 18</p> <p>г) 20</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>181. Основным лабораторным признаком преэклампсии у беременных является</p> <p><b>а) протенинурия</b></p> <p>б) лейкоцитурия</p> <p>в) дислипидемия</p> <p>г) гипопротенемия</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>182. Первым клиническим проявлением недостаточности аортального клапана ревматического генеза у беременных является</p> <p>а) мраморность кожи</p> <p>б) зуд кожи</p> <p>в) тошнота, рвота</p> <p><b>г) пульсация в области шеи</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>183. Противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ является</p> <p>а) гипергликемия</p> <p>б) гипокалиемия</p> <p><b>в) беременность</b></p> <p>г) обструктивное заболевание легких</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>184. Препаратами выбора при лечении АГ у беременных являются</p> <p>а) блокаторы рецепторов ангиотензина II</p> <p>б) тиазидные диуретики</p> <p><b>в) альфа-агонисты центрального действия</b></p> <p>г) ингибиторы АПФ</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>185. Для лечения неосложненных инфекций мочевых путей у беременных запрещено применение</p> <p>а) фосфомицина трометамола</p> <p>б) цефалоспоринов 1-2-3 поколения</p> <p>в) аминопенициллинов</p> <p><b>г) аминогликозидов</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>186. Препаратом первого выбора при артериальной гипертензии во время беременности является</p> <p>а) небивалол</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

			<p><b>б) метилдопа</b>  в) нифедипин  г) периндоприл</p>		ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>187. Противопоказанием к назначению сартанов является  <b>а) беременность</b>  б) подагра  в) инсульт в анамнезе  г) сахарный диабет</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			<p>188. В клинической картине холестатического гепатоза беременных превалирует  а) отек кожных покровов  <b>б) кожный зуд</b>  в) гепатоспленомегалия  г) желтуха</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>189. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим до 12 недель консультации с целью решения вопроса о возможности вынашивания беременности, относится  а) вегетососудистые дистонии по гипотоническому типу  <b>б) пороки сердца с нарушениями сердечного ритма</b>  в) вегетососудистые дистонии по гипертоническому типу  г) пролапсы митральных клапанов без гемодинамических нарушений</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>190. К противопоказаниям к введению вакцины против краснухи относят  а) аллергическую реакцию на пекарские дрожжи  б) афебрильные судороги в анамнезе  в) келоидный рубец после вакцинации против туберкулеза  <b>г) беременность</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
<b>Б1.Б.7.5</b>	<b>Неврология и психиатрия в общей врачебной практике</b>	<b>Тема 10. Принципы обследования неврологического больного в амбулаторной практике.</b>	<p>191. В диагностике ортостатических синкопе методом выбора является  а) ЭЭГ  <b>б) тилт-тест</b>  в) МРТ головного мозга  г) холтер-ЭКГ</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			<p>192. Менингеальные знаки включают в себя  <b>а) ригидность затылочных мышц</b>  б) симптом натяжения  в) декортикационную ригидность  г) асинергию Бабинского</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			193. Основным методом диагностики полинейропатии	УК-1; ОПК-1; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД

			является а) <b>электронейромиография</b> б) ультразвуковое исследование нервов в) биохимический анализ цереброспинальной жидкости г) МРТ периферических нервов	4, ПК-1	УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			194. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является а) открытая черепно-мозговая травма б) аллергия на йод в) <b>наличие инородных металлических тел</b> г) выраженная внутричерепная гипертензия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			195. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено а) дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии б) дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии в) <b>дисциркуляцией в артериях вертебробазиллярного бассейна</b> г) колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			196. Наиболее достоверный способ распознавания внутричерепных аневризм а) <b>ангиография</b> б) магнитно-резонансная томография в) компьютерно-томографическое сканирование г) позитронно-эмиссионная томография	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			197. Наиболее частой причиной ишемического инсульта является а) <b>церебральный атеросклероз</b> б) порок сердца в) заболевания крови г) церебральный васкулит	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			198. По данным компьютерной томографии головного мозга определение ишемического инсульта наиболее затруднено _____ после развития инсульта а) через месяц б) через неделю в) через год г) <b>в первые сутки</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			199. Нарушение чувствительности по типу «носков и перчаток» характерно для а) ишемического инсульта б) компрессионной нейропатии в) <b>диабетической полинейропатии</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

			г) токсической энцефалопатии		1.1
			200. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является а) неконтрастная МР-ангиография б) компьютерная томография с контрастированием в) электроэнцефалография г) <b>магнитно-резонансная томография</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			201. Повторные эпизоды преходящего нарушения кровообращения увеличивают вероятность развития а) <b>ишемического инсульта</b> б) гемиплегии в) геморрагического инсульта г) периферической нейропатии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			202. Причиной ротоглоточной дисфагии является а) передозировка блокаторов кальциевых каналов б) ахалазия кардии в) <b>перенесенный инсульт</b> г) пищевод Баррета	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			203. Наиболее частой причиной кардиоэмболического инсульта является а) перенесенный крупноочаговый инфаркт миокарда б) незаросшее овальное отверстие в) перенесенный мелкоочаговый инфаркт миокарда г) <b>фибрилляция предсердий</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			204. Нарушение чувствительности по гемитипу характерно для а) компрессионной мононевропатии б) токсической энцефалопатии в) <b>ишемического инсульта</b> г) диабетической полинейропатии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			205. Наиболее частым проявлением остеохондроза позвоночника является а) спинальный инсульт б) <b>мышечно-тонический синдром</b> в) дискогенная радикулопатия г) вертеброгенная шейная миелопатия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			206. Раннему восстановительному периоду инсульта соответствует срок от начала заболевания _____ (пороговое значение) а) от 1 до 3 суток б) <b>до 6 месяцев</b> в) до 28 суток г) до 2 лет	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			207. Позднему восстановительному периоду инсульта соответствует срок от начала заболевания а) до 28 суток	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД

			б) более 2 лет <b>в) до 2 лет</b> г) до 6 месяцев		ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			208. Основной задачей врача общей практики на догоспитальном этапе является правильная и быстрая диагностика острого нарушения мозгового кровообращения на основании а) инструментальных методов обследования (МРТ головного мозга, эхоэнцефалоскопии) б) жалоб, анамнеза и проведения соматического и неврологического осмотра с точным определением характера инсульта <b>в) жалоб, анамнеза и проведения соматического и неврологического осмотра без определения характера инсульта</b> г) лабораторных (исследование ликвора) и инструментальных (спинномозговая пункция) методов исследования	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			209. Отличительным признаком эпилептического припадка от истерического является а) анизокория <b>б) расширение зрачков с арефлексией на свет</b> в) угнетение сознания г) падение пациента	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			210. Хроническая ишемия мозга характеризуется частым развитием а) <b>депрессивных расстройств</b> б) параличей в) эпилептических припадков г) бреда и галлюцинаций	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
<b>Б1.Б.7.6</b>	<b>Болезни внутренних органов у детей в ОВП</b>	<b>Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.</b>	211. Развитию бронхиальной обструкции у детей предрасполагает а) <b>наличие узких воздухоносных путей</b> б) грудной тип дыхания в) особенность носового дыхания г) жесткость хрящей гортани, трахеи, бронхов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-8; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1
			212. Ведущей причиной развития ателектаза у детей раннего возраста является а) десквамация эпителия трахеи и бронхов <b>б) обструкции средних и мелких бронхов</b> в) изменение интерстициальной ткани легких г) воспалительное поражение альвеол	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-8; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД УК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1

			<p>213. Препаратом выбора для купирования приступов легкой и средней тяжести при бронхиальной астме является</p> <p><b>а) сальбутамол</b>  б) омализумаб  в) монтелукаст  г) ипратропиум бромид</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД УК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-2.1
			<p>214. Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы применяют</p> <p>а) антигистаминные препараты  б) теофиллины замедленного высвобождения  в) ингаляционные глюкокортикостероиды  <b>г) бета-2 агонисты короткого действия</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД УК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-2.1
			<p>215. Наиболее вероятным диагнозом у 11-летней девочки с эозинофилией до 54%, приступами одышки, кашля и неэффективностью терапии бронхолитиками является</p> <p>а) идиопатический фиброзирующий альвеолит  <b>б) пневмоцистная пневмония</b>  в) карциноидный синдром  г) узелковый артериит</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			<p>216. В лечении бронхообструктивного синдрома противопоказаны лекарственные средства</p> <p>а) отхаркивающие  <b>б) противокашлевые</b>  в) муколитические  г) мукорегуляторные</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-2.1
			<p>217. Наиболее вероятным диагнозом у ребенка 7 лет с лихорадкой, интоксикацией, притуплением перкуторного звука в верхней доле правого легкого, лейкоцитозом до 15 тысяч является</p> <p>а) синусит  <b>б) пневмония</b>  в) бронхит  г) муковисцидоз</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			<p>218. Этиология острого (простого) бронхита чаще всего</p> <p>а) бактериальная  <b>б) вирусная</b>  в) микоплазменная  г) хламидийная</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			<p>219. Боль в грудной клетке при крупозной пневмонии обусловлена</p> <p>а) нарушением микроциркуляции  б) деструкцией легочной ткани  <b>в) вовлечением плевры в воспалительный</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД

			<b>процесс</b> г) вовлечением в воспалительный процесс бронхиального дерева		ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			220. Кашель с вязкой прозрачной мокротой характерен для <b>а) бронхиальной астмы</b> б) острого ларинготрахеита в) легочного гемосидероза г) крупозной пневмонии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			221. К основным клиническим проявлениями пароксизмальной тахикардии относится <b>а) длительная стойкая тахикардия</b> б) глухость сердечных тонов в) нерегулярный сердечный ритм г) дующий систолический шум в сердце	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			222. Для миокардита наиболее характерны физикальные изменения в виде а) грубого систолического шума б) тихого диастолического шума в) смещения границ относительной тупости сердца вправо <b>г) смещения границ относительной тупости сердца влево</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			223. Низкие цифры артериального давления у детей раннего возраста обусловлены а) незрелостью вагусной регуляции б) узким просветом сосудов легких в) высоким сопротивлением периферических сосудов <b>г) малым ударным объемом сердца</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			224. Расширение границ относительной тупости сердца во всех направлениях отмечается а) эмфиземе легких б) гипотиреозе <b>в) перикардите</b> г) пароксизмальной тахикардии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			225. Повышенное давление в яремной вене означает признак _____ недостаточности а) почечной б) печеночной в) легочной <b>г) сердечной</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			226. Наиболее информативным методом исследования при диагностике кардиомиопатий является а) элекрокардиография	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД

			б) рентгенография сердца в 3 проекциях в) рентгенокимография г) <b>эхокардиография</b>		ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			227. Степень нарушений функций организма при заболеваниях сердечно-сосудистой системы определяется а) наличием сопутствующих заболеваний б) социальными факторами в) <b>выраженностью недостаточности кровообращения</b> г) физическим развитием ребенка	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			228. Внезапная сердечная смерть наблюдается при а) открытом артериальном протоке б) дефекте межжелудочковой перегородки в) <b>гипертрофической кардиомиопатии</b> г) пролапсе митрального клапана	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			229. Измерение артериального давления у детей тонометром с использованием манжетки взрослого размера а) завышает реальный уровень диастолического артериального давления б) <b>занижает реальный уровень систолического артериального давления</b> в) не влияет на правильность измерения г) завышает реальный уровень систолического артериального давления	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			230. При коарктации аорты определяют а) снижение в моче уровня катехоламинов б) повышение в моче альдостерона в) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов г) <b>артериальное давление на ногах ниже, чем на руках</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			231. Разница в артериальном давлении более 10 мм рт.ст. на плечевых артериях характерна для а) гранулематоза Вегенера б) <b>болезни Такаэсу</b> в) болезни Kawasaki г) коарктации аорты	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			232. Скачущий пульс наблюдается у детей при а) стенозе легочной артерии б) <b>открытом артериальном протоке</b> в) транспозиции магистральных сосудов г) коарктации аорты	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

					2.1
			233. Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной болезни у детей предусматривает использование а) антибиотиков широкого спектра действия б) ноотропов в) нестероидных противовоспалительных средств г) <b>антисекреторных препаратов и прокинетиков</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК- 2.1
			234. К причинам, приводящим к развитию вторичного хронического холецистита, относят а) <b>перегибы желчного пузыря в области сифона</b> б) нарушения назначенной диеты в) инфекционные заболевания г) рецидивы дуодено-гастрального рефлюкса	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			235. В диагностике целиакии решающим в обследовании является а) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови б) копрологическое исследование в) <b>эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки</b> г) УЗИ брюшной полости	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			236. Причиной антрального гастрита является а) анацидность б) гастроэзофагеальный рефлюкс в) <b>хеликобактериоз</b> г) травма слизистой оболочки желудка	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			237. Двигательная функция толстой кишки определяется а) колоноскопией б) ректороманоскопией в) <b>ирригографией (скопией)</b> г) фиброгастроскопией	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			238. Причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей считается а) железодефицитная анемия б) воспалительная патология ЖКТ в) иммунодефицитное состояние г) <b>недостаточность нижнего пищеводного сфинктера</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД УК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			239. Одним из критериев синдрома раздраженного кишечника является боль а) в эпигастрии б) разлитая в животе, ослабевающая после приема спазмолитиков	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			в) в животе, сопровождающаяся рвотой г) <b>внизу живота, проходящая после дефекации</b>		2.1
			240. В патогенезе язвенной болезни у детей имеет значение повышение а) секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка б) интенсивности муцинообразования слизистой в) <b>кислотно-пептической агрессии</b> г) гастрино-некротизирующих клеток	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
		<b>Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания у детей.</b>	241. Дети, страдающие системными заболеваниями соединительной ткани, подлежат диспансерному наблюдению а) 10 лет б) 3 года в) 5 лет г) <b>до передачи во взрослую поликлинику</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			242. Для лечения больных системной красной волчанкой, резистентных к глюкокортикоидам, из биологических препаратов рекомендуется а) <b>ретуксимаб</b> б) этанерсент в) тоцилизумаб г) инфликсимаб	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК- 2.1
			243. Критерии Киселя-Джонсона используются в диагностике а) ювенильного идиопатического артрита б) саркоидоза лимфатических узлов в) <b>острой ревматической лихорадки</b> г) системной красной волчанки	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			244. Заболеванием, проявляющимся рецидивирующими язвами ротовой полости и/или гениталий в сочетании с поражением кожи, глаз, центральной нервной системы и другими системными сосудистыми синдромами, является а) гранулематоз с полиангитом (Вегенера) б) узелковый полиартериит в) синдром Кавасаки г) <b>болезнь Бехчета</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			245. Фиксированная эритема на скуловых дугах с тенденцией к распространению на назолабиальные складки чаще отмечается при а) узловой эритеме б) системной склеродермии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			<b>в) системной красной волчанки</b> г) ювенильном дерматомиозите		2.1
			246. Атипичный бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса наблюдается а) смешанном заболевании соединительной ткани <b>б) системной красной волчанке</b> в) острой ревматической лихорадке г) болезни Шегрена	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			247. У девочки 13 лет с жалобами на усталость, онемение пальцев рук, асимметрию пульса и АД на руках можно заподозрить диагноз а) ювенильный дерматомиозит б) синдром хронической усталости в) системную склеродермию <b>г) болезнь Такаясу</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			248. Диагностический критерий поражения центральной нервной системы при системной красной волчанке включает а) нарушение сознания <b>б) психоз</b> в) поражение черепно-мозговых нервов г) менингоэнцефалит	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			249. При болезни Kawasaki системный артериит сопровождается а) геморрагическим синдромом <b>б) кожно-слизистым лимфатическим синдромом</b> в) гепатоспленомегалией г) тромбоцитопатией	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			250. Для акросклеротического варианта системной склеродермии характерно наличие а) энтезопатий б) эрозивного артрита мелких суставов кистей в) проксимального полимиозита <b>г) склеродактилии</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			251. Поражение почек на ранней стадии характерно для а) геморрагического васкулита <b>б) системной красной волчанки</b> в) тромбоцитопенической тромбоцитопатической пурпуры г) ревматического артрита	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			252. Продолжительность антибиотикотерапии при остром пиелонефрите составляет (в днях) а) 3-5 б) 7-10 <b>в) 10-14</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-

			г) 5-7		2.1
			253. Пиелонефрит сопровождается а) болями в начале мочеиспускания б) болями в конце мочеиспускания <b>в) безболезненными мочеиспусканиями</b> г) анурией	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			254. Для лечения пиелонефрита антибиотиком первого выбора является а) аминогликозид <b>б) защищенный пенициллин</b> в) цефалоспорин г) карбапинем	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК- 2.1
			255. При обострении хронического пиелонефрита после курса антибиотикотерапии следует курс лечения а) витаминами группы В б) мочегонными сборами в) поливитаминами <b>г) уросептиками</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			256. Остронефритический синдром является проявлением а) болезни тонких базальных мембран б) острого пиелонефрита в) болезни минимальных изменений <b>г) остро постстрептококкового гломерулонефрита</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			257. Лимфоцитурия наиболее характерна для а) почечной недостаточности б) пиелонефрита в) цистита <b>г) гломерулонефрита</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			258. Обнаружение эритроцитарных цилиндров характерно для а) вульвовагинит <b>б) гломерулонефрит</b> в) острого пиелонефрита г) острого цистита	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			259. Гиперлипидемия наиболее характерна для <b>а) нефротической формы гломерулонефрита</b> б) гематурической формы гломерулонефрита в) хронического пиелонефрита г) тубулоинтерстициального нефрита	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1

			<p>260. Ведущим признаком при остром пиелонефрите у детей грудного возраста является</p> <p>а) синдром срыгивания</p> <p>б) наличие дизурических явлений</p> <p><b>в) общая интоксикация организма</b></p> <p>г) субфебрилитет</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1</p>
			<p>261. Строгий постельный режим показан ребенку с пиелонефритом</p> <p>а) в острый период заболевания</p> <p>б) в период бактериурии</p> <p>в) до полного выздоровления</p> <p><b>г) первые 2-3 дня болезни</b></p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК- 2.1</p>
			<p>262. Для выявления кистозного образования в паренхиме почек следует использовать</p> <p>а) ретроградную пиелографию</p> <p>б) внутривенную урографию</p> <p><b>в) ультразвуковое исследование</b></p> <p>г) биопсию почек</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1</p>
			<p>263. Наиболее часто к развитию мочекаменной болезни приводит</p> <p>а) пиелонефрит</p> <p>б) гломерулонефрит</p> <p>в) дисплазия почек</p> <p><b>г) оксалоз</b></p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1</p>
			<p>264. Приобретенная гемолитическая анемия является</p> <p><b>а) нормохромной, нормоцитарной, гиперрегенераторной</b></p> <p>б) гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной</p> <p>в) нормохромной, нормоцитарной, гипорегенераторной</p> <p>г) гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1</p>
			<p>106. К диагностическим критериям, характерным для гемолитического синдрома, относятся</p> <p>а) гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа</p> <p><b>б) анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции</b></p> <p>в) нормохромная анемия, ретикулоцитоз, нормальные показатели билирубинового обмена</p> <p>г) гиперхромная анемия, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1</p>

			265. Поздняя анемия недоношенных развивается а) на 2 неделе <b>б) после 3 месяцев</b> в) на 2 месяце г) на 2 году	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			266. В основе гемолитической болезни новорожденного лежит а) незрелость глюкуронилтрансферазы печени <b>б) изоиммунная гемолитическая анемия</b> в) внутриутробная инфекция г) гемоглобинопатия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			267. Гемолитическая анемия развивается в связи с неполноценностью фермента а) киназы б) гликогенфосфорилазы в) гексокиназы <b>г) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			268. Диагноз «Анемия» ставится новорожденным детям на первой неделе жизни, если уровень гемоглобина ниже (г/л) <b>а) 150</b> б) 170 в) 130 г) 140	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			269. Изоиммунная тромбоцитопеническая пурпура возникает в результате а) недостаточного образования тромбоцитов <b>б) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов</b> в) несовместимости крови матери и плода по АВ0- системе г) наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			270. Удлинение времени свертывания крови характерно для а) геморрагического васкулита <b>б) гемофилии</b> в) гемолитической анемии г) тромбоцитопенической пурпуры	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			271. К характерным признакам геморрагического синдрома при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре относят _____ высыпания <b>а) полихромность и несимметричность</b> б) одномоментность и симметричность	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			в) одномоментность и монохромность г) монохромность и симметричность		2.1
			272. Заболеванием, которое развивается после кишечной инфекции и проявляется острой почечной недостаточностью, тромбоцитопенией и анемией является а) гломерулонефрит б) синдром Альпорта в) пиелонефрит г) <b>гемолитико-уремический синдром</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			273. Болезнью Шенлейна-Геноха является а) <b>геморрагический васкулит</b> б) тромбоцитопеническая пурпура в) аутоиммунный тиреоидит г) периферическая нейропатия	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			274. Особенность свертывающей системы крови у новорожденных заключается в а) повышенной активности плазменных факторов б) повышенной функциональной активности тромбоцитов в) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X) г) <b>низкой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			275. Тромбоцитопения у детей может наблюдаться при а) <b>остром лейкозе</b> б) гемолитической анемии в) железодефицитной анемии г) геморрагическом васкулите	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			276. Гематомный тип кровоточивости характерен для а) тромбоцитопенической пурпуры б) телеангиэктазии в) <b>гемофилии А и В</b> г) геморрагического васкулита	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			277. К клинико-гематологическим симптомам, характерным для наследственной микросфероцитарной анемии, относят а) <b>анемию, желтуху, спленомегалию</b> б) тромбоцитоз, гипоплазию костного мозга в) лейкопению, гепатомегалию г) тромбоцитопению, лейкоцитоз	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК- 2.1
			278. Тромбоцитопатия характеризуется а) повышением количества тромбоцитов, наличием бластных клеток	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД

			б) наличием панцитопенического синдрома в) снижением количества и функциональной незрелостью тромбоцитов г) <b>повышением количества и функциональной неполноценностью тромбоцитов</b>		ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			279. При дефиците фолиевой кислоты появляется анемия а) гипохромная б) <b>гиперхромная</b> в) полихроматофильная г) нормохромная	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			280. Болезнь Виллебранда проявляется а) васкулитно-пурпурной кровоточивостью б) <b>тромбоцитопатией</b> в) тромбоцитопенией г) тромбозами и геморрагиями	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
<b>Б1.Б.7.7</b>	<b>Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП</b>	<b>Тема 13. Кишечные инфекции. Бактериозы. Паразитарные болезни.</b>	281. Механизм передачи при брюшном тифе: а) трансмиссивный б) <b>фекально-оральный</b> в) гемоконтактный г) аэрогенный	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			282. Что из перечисленного не характерно для сальмонеллеза? а) острое начало б) интоксикационный синдром в) инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней г) <b>диарея толстокишечного типа</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			283. Наибольшее значение как источник инфекции при шигеллезе имеют: а) реконвалесценты б) больные хронической дизентерией в) <b>больные острой формой дизентерии</b> г) бактерионосители	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2 ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.4
			284. Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является раствор а) 1,0% хлорида натрия б) 5% глюкозы в) 10% хлорида натрия	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2

			<b>г) Рингера</b>		
			285. Для лечения при дизентериеподобных диареях применяют а) антидиарейные средства б) регидратацию <b>в) антибактериальную терапию</b> г) дезинтоксикацию	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			286. Для лечения при водянистых диареях применяют а) антидиарейные средства <b>б) регидратацию</b> в) антибактериальную терапию г) дезинтоксикацию	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			287. Для лечения больных генерализованными формами сальмонеллеза используется <b>а) антибактериальная терапия</b> б) противопаразитарная терапия в) иммунокорригирующая терапия г) сальмонеллезный бактериофаг	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			288. При генерализованных формах сальмонеллеза целесообразно назначение а) пенициллинов <b>б) фторхинолонов</b> в) тетрациклинов г) нитрофуранов	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			289. Для этиотропной терапии брюшного тифа у взрослых применяют <b>а) цiproфлoксацин</b> б) пенициллин в) тетрациклин г) эритромицин	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			290. Для этиотропного лечения брюшного тифа применяют а) эритромицин б) амоксилав в) тетрациклин <b>г) цiproфлoксацин</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			291. Какие из возбудителей могут передаваться воздушно-капельным путем при внутрибольничном заражении? а) шигеллы <b>б) легионеллы</b> в) сальмонеллы г) эшерихии	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2

					ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.4
			292. Клиническими симптомами ботулизма не является: а) двоение, «сетка», «туман», перед глазами б) затруднение глотания пищи, «комок» за грудиной в) нарушение дыхания г) сухость во рту д) <b>частый, скудный стул</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			293. Укажите характерную картину поражения нервной системы при менингококковой инфекции: а) серозный менингит б) <b>гнойный менингит</b> в) полиомиелит г) радикулоневрит	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			294. Суточная доза пенициллина для лечения менингококкового менингита средней тяжести (вес больного 80 кг) составляет _____ млн ед. а) 6 б) <b>24</b> в) 8 г) 2	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			295. Препаратом выбора для лечения молниеносной формы менингококцемии является а) <b>цефтриаксон</b> б) ампициллин в) пенициллин г) азитромицин	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			296. Причиной морфологических изменений при дифтерийной полинейропатии является а) пролиферация шванновских клеток б) <b>сегментарная демиелинизация</b> в) лимфоидная инфильтрация периферических нервов г) дегенерация аксонов	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			297. Бактерионосителям токсигенных коринебактерий дифтерии целесообразно назначить а) АДС-анатоксин б) <b>антитоксическую противодифтерийную сыворотку</b> в) физиопроцедуры – тубус кварц г) <b>антибиотик широкого спектра действия</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			298. Катаральный период при коклюше длится а) 3 недели б) <b>около 2 недель</b> в) 1 месяц	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1

			г) 1-2 дня		ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			299. Спазматический период коклюша длится а) более 1 мес б) 1 неделю в) <b>2-4 недели</b> г) 1-2 недели	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			300. При тяжелой форме коклюша в спазматический период число приступов кашля достигает _____ раз в сутки а) <b>40-50</b> б) 15-25 в) 10-15 г) 5-10	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
		<b>Тема 14. Инфекции дыхательных путей. Вирусные гепатиты. Вирусные инфекции.</b>	301. Каким образом наиболее часто происходит заражение при дифтерии: а) <b>воздушно-капельным путем</b> б) пищевым путем в) нозокомиально г) трансмиссивно	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2 ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.4
			302. Укажите характерные осложнения тяжелой формы гриппа: а) пневмония б) токсический отек головного мозга в) геморрагический синдром г) <b>все перечисленные</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			303. Препаратом этиотропной терапии гриппа является а) валацикловир б) фамцикловир в) ганцикловир г) <b>занамивир</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			304. Для этиотропной терапии тяжелой формы гриппа применяется а) изопринозин б) азитромицин в) <b>осельтамивир</b> г) цефтриактон	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			305. Показанием к применению глюкокортикоидов при парагриппе является развитие а) инфекционно-токсического шока	УК-1 ОПК-1 ОПК-5	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1

			б) острой сердечной недостаточности в) острой почечной недостаточности г) <b>стеноза гортани</b>	ПК-1	ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
			306. Причиной морфологических изменений при дифтерийной полиневропатии является а) пролиферация шванновских клеток б) <b>сегментарная демиелинизация</b> в) лимфоидная инфильтрация периферических нервов г) дегенерация аксонов	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			307. Наиболее частой формой дифтерии является дифтерия а) носа б) уха в) глаз г) <b>ротоглотки</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			308. При дифтерии к ранним осложнениям со стороны периферической нервной системы относится а) полирадикулоневрит б) паралич диафрагмы в) <b>паралич мягкого неба</b> г) восходящий паралич Ландри	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			309. Критерием назначения антибактериальных препаратов при инфекционном мононуклеозе является а) <b>наличие бактериальных осложнений</b> б) наличие лимфопролиферативного синдрома в) гепатоспленомегалия г) высокая лихорадка	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.2
			310. Вирус Эпштейна-Барр вызывает а) ветряную оспу б) <b>инфекционный мононуклеоз</b> в) цитомегалию г) опоясывающий лишай	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			311. Осложнением инфекционного мононуклеоза является а) синдром Рейтера б) <b>разрыв селезенки</b> в) терминальный илеит г) острая почечная недостаточность	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			312. При инфекционном мононуклеозе в	УК-1	ИД УК-1.1

			<p>периферической крови выявляются</p> <p><b>а) лимфоцитоз, атипичные мононуклеары</b></p> <p>б) лимфопения, атипичные мононуклеары</p> <p>в) лимфоцитоз, эозинофилия</p> <p>г) нейтрофилез, лимфопения</p>	<p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p>
			<p>313. Возбудитель микоплазменной инфекции</p> <p><b>а) прокариот имеет только мембрану</b></p> <p>б) прокариот имеет мембрану и клеточную стенку</p> <p>в) респираторный ДНК-содержащий вирус</p> <p>г) может формировать мицелий</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p> <p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p>
			<p>314. Механизмом передачи микоплазменной инфекции является</p> <p>а) гемоконтактный</p> <p>б) алиментарный</p> <p><b>в) воздушно-капельный</b></p> <p>г) контактный</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-8</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p> <p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ОПК-8.1</p> <p>ИД ОПК-8.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p> <p>ИД ПК-1.4</p>
			<p>315. Укажите не характерные признаки сыпи у больного корью:</p> <p>а) сыпь возникает на 3-4 дни болезни</p> <p><b>б) появление сыпи сопровождается нормализацией температуры</b></p> <p>в) элементы сыпи распространяются поэтапно на лицо, затем на туловище и на конечности</p> <p>г) элементы сыпи бесследно исчезают через 4-5 дней</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p> <p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p>
			<p>316. Больной ветряной оспой является заразным до тех пор, пока:</p> <p>а) не прекратится появление везикул</p> <p>б) везикулы не высохнут</p> <p>в) не пройдет 48 часов после появления корочек</p> <p><b>г) не отпадут все корочки</b></p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-8</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p> <p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ОПК-8.1</p> <p>ИД ОПК-8.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p> <p>ИД ПК-1.4</p>
			<p>317. Вирусную этиологию имеет</p> <p>а) легионеллеза</p> <p><b>б) краснуха</b></p> <p>в) микоплазмоз</p> <p>г) скарлатина</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p> <p>ИД УК-1.2</p> <p>ИД ОПК-1.1</p> <p>ИД ОПК-1.2</p> <p>ИД ОПК-4.1</p> <p>ИД ОПК-4.2</p> <p>ИД ПК-1.1</p>
			<p>318. Наличие энцефалитических очагов в височной и</p>	<p>УК-1</p>	<p>ИД УК-1.1</p>

			лобной долях больше характерно для а) менингококкового менингоэнцефалита б) грибкового менингоэнцефалита <b>в) герпетического энцефалита</b> г) клещевого энцефалита	ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			319. Менингеальная форма клещевого энцефалита проявляется а) в виде гнойного менингита б) поражением серого вещества на уровне шейного утолщения <b>в) в виде серозного менингита</b> г) поражением моторных нейронов ствола мозга	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			320. Менингеальная форма клещевого энцефалита в отличие от лихорадочной характеризуется <b>а) ликвором с лимфоцитарным плеоцитозом</b> б) фебрильной температурой тела в) наличием антител IgM к ВКЭ г) головной болью	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			321. К наиболее важным лабораторным показателям цитолиза гепатоцитов относят <b>а) повышение активности АЛТ и АСТ</b> б) гиперальбуминемию, гипопротромбинемию в) снижение сулемового титра и тимоловой пробы г) повышение уровня билирубина и желчных пигментов	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			322. После проведения курса вакцинации против гепатита В в сыворотке крови появляется а) anti-HBcore IgM <b>б) anti-HBs</b> в) anti-HBe г) anti-HBcore IgG	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2 ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.4
			323. Клиническим признаком острой печеночной недостаточности при вирусном гепатите В является а) брадикардия б) увеличение размеров печени в) диспепсия <b>г) геморрагический синдром</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			324. После полной иммунизации против гепатита В в крови выявляется наличие а) анти-HBcor и отсутствие анти-HBs б) HBs антигена и отсутствие анти-HBe в) анти-HBs и наличие анти-HBcor	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2

			<b>г) анти-HBs и отсутствие анти-HBcor</b>		ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2 ИД ПК-1.1 ИД ПК-1.4
			325. К достоверным критериям репликации вируса гепатита В в организме относят а) anti-HBe антитела б) HBeAg и антитела anti-HBeAg класса IgG <b>в) HBeAg и антитела anti-HBeAg класса IgM</b> г) носительство HBsAg	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			326. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на <b>а) острый вирусный гепатит</b> б) первичный билиарный цирроз в) микронодулярный цирроз печени г) аминазиновую желтуху	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			327. Для острого вирусного гепатита характерным является наличие а) гиперпротеинемии <b>б) желтухи</b> в) слабо выраженного синдрома цитолиза г) внепеченочных «знаков» (сосудистые «звездочки», печеночные ладони, контрактура Дюпюитрена)	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			328. Для репликации вируса гепатита В характерно наличие сывороточных маркеров <b>а) HBe Ag</b> б) анти HBs в) анти HBe г) анти HBc IgG	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
			329. Профилактикой гепатита В является а) питье кипяченой воды <b>б) иммунизация населения</b> в) отказ от алкоголя г) соблюдение диеты	УК-1 ОПК-1 ОПК-8 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-8.1 ИД ОПК-8.2 ИД ПК-1.4
			330. Диагноз желтушной формы гепатита А подтверждается обнаружением в крови а) РНК HCV <b>б) Ig M-анти HAV</b> в) HBs г) Ig G-анти HAV	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-4.1 ИД ОПК-4.2 ИД ПК-1.1
		<b>Тема 15. Алгоритмы диагностики и лечения</b>	331. Аллерген туберкулезный рекомбинантный «Диаскинтест» в стандартном разведении основан на <b>а) реакции гиперчувствительности</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2;

		во фтизиатрии.	замедленного типа к антигену двух белков (ESAT/CFP10), синтез которых кодируется в геноме <i>M. Tuberculosis humanus</i> б) количественном определении интерферона INF-γ, высвобождаемого сенсibilизированными in vitro специфическими антигенами (ESAT-6, CFP-10) <i>M. Tuberculosis humanus</i> в) реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену одного белка (ESAT-6), синтез которого кодируется в геноме <i>M. Tuberculosis humanus</i> г) стимуляции Т-клеток пептидами моделирования ESAT-6 и CFP-10 антигенов, которые отсутствуют во всех штаммах БЦЖ		ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			332. Гиперергическая реакция на пробу манту с 2 ТЕ проявляется наличием а) инфильтрата 16 мм б) гиперемии диаметром 22 мм в) инфильтрата 8 мм с лимфангитом г) гиперемии диаметром 23 мм	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			333. Основным методом диагностики туберкулеза мочеполовой системы является а) проведение рентгенографии органов брюшной полости б) посев мочи на МБТ в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости г) постановка туберкулиновой пробы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			334. Наиболее эффективным и достоверным методом исследования по выявлению микобактерии туберкулеза является а) люминесцентная микроскопия б) бактериоскопия в) иммуноферментный анализ г) культуральный посев	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			335. К материалу для исследования на микобактерии туберкулеза у детей до 7 лет с подозрением на туберкулез органов относят а) спинномозговую жидкость б) мочу в) мокроту г) промывные воды желудка	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			336. Реакция на пробу манту с 2 ТЕ ППД-Л считается положительной при _____ мм и более а) инфильтрате (папуле) 5 б) гиперемии диаметром 17 в) гиперемии диаметром 10	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

			г) инфильтрате (папуле) 3		1.1
			337. Для определения тактики диспансерного наблюдения и назначения превентивного лечения детей с латентной туберкулезной инфекцией в настоящее время обязательно используется а) T-SPOT-TB б) тест-система «Тубинферон» <b>в) диаскинтест</b> г) квантифероновый тест	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-2.1
			338. Для верификации диагноза системного или злокачественного заболевания при внутригрудной локализации к обязательному исследованию относят <b>а) биопсию лимфатических узлов</b> б) бронхоскопию в) рентгено-томографическое исследование органов грудной клетки г) компьютерную томографию	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			339. Химиотерапия туберкулеза – это а) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ б) метод воздействия на возбудителя заболевания <b>в) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ</b> г) ведущий метод лечения туберкулеза	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			340. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является а) хорошая переносимость лечения б) высокий уровень защитных сил организма больного <b>в) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам</b> г) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			341. Ультразвук при туберкулезе вызывает а) тепловое действие б) усиление лимфо- и кровообращения в) очаговую реакцию <b>г) повышение концентрации химиопрепаратов в очаге поражения</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-6; ОПК-5; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2
			342. Ультразвук следует применять а) при свежем экссудативном туберкулезе <b>б) при замедлении репаративных процессов</b> в) при казеозных изменениях г) при вспышке туберкулеза	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-

					1.2
			343. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом а) с <b>затяжным течением процесса</b> б) нуждающимся в хирургическом лечении в) с побочными реакциями на химиопрепараты г) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2
			344. Несоответствие между малой выраженностью клинических проявлений и множественным характером поражения легких характерно для а) <b>подострого диссеминированного туберкулеза</b> б) милиарного туберкулеза в) казеозной пневмонии г) туберкулемы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			345. Для милиарного туберкулеза легких характерно наличие мокроты а) слизисто-гнойной, МБТ+ б) гнойной, МБТ- в) слизисто-гнойной, МБТ- г) <b>слизистой, МБТ-</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			346. Симптом «матового стекла» является характерным для а) первых дней развития кавернозного туберкулеза б) инфильтративного туберкулеза в фазе распада в) <b>первых дней развития милиарного туберкулеза</b> г) казеозной пневмонии	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			347. Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза, чаще встречается при а) очаговом туберкулезе б) милиарном туберкулезе в) <b>фиброзно-кавернозном туберкулезе</b> г) туберкулеме	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			348. Патоморфологической основой туберкулезного плеврита является а) наличие полости распада, непосредственно окруженной широким слоем казеозно-некротических масс б) резко выраженное казеозно-некротическое воспаление в) формирование инкапсулированных казеозно-некротических образований г) <b>поражение плевральных листков туберкулезными бугорками</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
			349. Препаратом гидразид изоникотиновой кислоты	УК-1; ОПК-1; ОПК-	ИД УК-1.1; ИД

			(ГИНК) является а) протионамид б) этамбутол <b>в) изониазид</b> г) пиразинамид	5; ПК-1	УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
			350. В режимах химиотерапии туберкулеза буквой Е сокращенно обозначают а) этионамид б) этамбутол <b>в) рифампицин</b> г) пиразинамид	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2

### Банк ситуационных задач (с ответами).

Индекс	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы	Перечень ситуационных задач	Отрабатываемые компетенции	Индикаторы достижения
Б 1.Б.7. 2	Внутренние болезни в общей врачебной практике.	Тема 3. Алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии.	<p>СЗ 1. Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу общей врачебной практики с просьбой обследовать и назначить лечение.</p> <p><b>Жалобы</b> На эпизоды повышения АД до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 160/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально. Образование высшее Работает. Наследственность: мать 78 лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Ведет малоподвижный образ жизни.</p> <p><b>Объективный статус.</b> Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ = 26,8 кг/м. Окружность талии 86 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД

		<p>система: болезненность при пальпации в области паравертебральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в мин. Перкуторный звук ясный легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общий анализ крови</li> <li>- Исследование глюкозы в плазме крови (натощак)</li> <li>- Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)</li> <li>- Уровень креатинина плазмы крови</li> <li>- Общий анализ мочи</li> <li>- Анализ мочи по Нечипоренко</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД</li> <li>- Эхокардиография трансторакальная</li> <li>- Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий</li> <li>- Ультразвуковое исследование почек</li> <li>- Электрокардиография покоя в 12 отведениях</li> <li>- Ультразвуковое исследование щитовидной железы</li> </ul> <p><b>3. Какой основной диагноз?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертоническая болезнь</li> <li>- Почечная АГ</li> <li>- Нейроциркуляторная дистония</li> <li>- АГ сосудистого генеза</li> </ul> <p><b>4. У пациентки стадия АГ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2</li> <li>- 1</li> <li>- 3</li> <li>- 0</li> </ul> <p><b>5. У пациентки степень АГ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2</li> <li>- 1</li> <li>- 3</li> <li>- изолированная систолическая</li> </ul> <p><b>6. У пациентки риск развития СС осложнений</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>высокий</b></li> </ul>	<p>ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	--	--

		<p>- низкий  - средний  - очень высокий</p> <p><b>7. У бессимптомных больных АГ без СС заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели</b></p> <p>- SCORE  - GRACE  - TIMI  - CHA2DS2-VASc</p> <p><b>8. Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать</b></p> <p>- снижение массы тела  - увеличение массы тела  - избегать переохлаждений  - интенсивные физические нагрузки</p> <p><b>9. Больной следует назначить</b></p> <p>- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов  - монотерапию бета-адреноблокаторами  - монотерапию диуретиками  - комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов</p> <p><b>10. Целевым для пациентки является АД менее (мм рт.ст.)</b></p> <p>- 130/80  - 140/85  - 150/90  - 150/85</p> <p><b>11. Больной рекомендуется</b></p> <p>- лечение в амбулаторных условиях  - госпитализация в терапевтический стационар  - госпитализация в кардиологический стационар  - направление на санаторно-курортное лечение</p> <p><b>12. Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника для исключения остеопороза больной необходимо выполнить</b></p> <p>- денситометрию  - МРТ позвоночника  - рентгенографию позвоночника в 2 проекциях  - костную ультрасонометрию</p> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.</b></p> <p><b>Результат ОАК</b></p> <table data-bbox="584 1361 1256 1425"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты *10<sup>12</sup>/л</td> <td>4,3</td> </tr> </table>	Показатель	Результат	Эритроциты *10 <sup>12</sup> /л	4,3		
Показатель	Результат							
Эритроциты *10 <sup>12</sup> /л	4,3							

			Гемоглобин, г/л	142		
			ЦП	0,97		
			Ретикулоциты, %	-		
			СОЭ, мм/ч	7		
			Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	172,0		
			Гематокрит, %	40,7		
			Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	8,0		
			<b>Лейкоцитарная формула</b>			
			Нейтрофилы палочкоядерные, %	1		
			Нейтрофилы сегментоядерные, %	58		
			Эозинофилы, %	3		
			Базофилы, %	1		
			Лимфоциты, %	31		
			Моноциты, %	6		
			<b>Результат ОАМ</b>			
			<b>Показатель</b>	<b>Результат</b>		
			Цвет	желтая		
			Прозрачность	полная		
			рН	5,05		
			Отн. плотность утренней порции	1018		
			Белок	-		
			Сахар	-		
			Кетоновые тела	-		
			Уробилин	-		
			Билирубин	-		
			<b>Микроскопия</b>			
			Эритроциты	1-2 в поле зрения		
			Лейкоциты	1-2 в поле зрения		
			Эпителий	эпител. клетки плоские умер. кол-во		
			Цилиндры	-		
			Микробное число	бактерии умеренное кол-во		
			<b>Глюкоза в плазме крови натощак</b>	5,5 ммоль/л.		
			<b>Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)</b>			

			Показатель	Результат	Ед. измерения		
			Холестерин общий	4,99	ммоль/л		
			Триглицериды	1,47	ммоль/л		
			Холестерин ЛПВП	1,52	ммоль/л		
			Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л		
			Холестерин ЛПНП	3,2	ммоль/л		
			Коэффициент атерогенности	2,28			
			<b>Уровень креатинина плазмы</b>				
			Креатинин 0,78 мг/дл, СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 89 мл/мин/1,73 м				
			<b>Суточное мониторирование АД:</b>				
			АД: макс. 168/100 мм рт. ст., миним. 115/79 мм рт.ст.				
			ЧСС: макс. 83 в мин., минимально 61 в мин., в среднем 72 в мин.				
			Снижение АД (САД и ДАД) ночью 0% и 0%.				
			Индекс гипертонии по САД = 35%, по ДАД = 47%.				
			<b>ЭКГ покоя</b>				
			Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 68 в мин, PR 140 мсек., QRS 88 мсек., QTс 404 мсек., нормальное положение ЭОС, отрицательный з.Т в отв. V1.				
			<b>Эхокардиография трансторакальная.</b>				
			Полость левого желудочка: Dd 4,7 см; KDO 107 мл; KSO 26 мл.				
			Толщина стенок левого желудочка: МЖП 1,0; ЗС 1,1 см; ИММЛЖ 104 г/м.				
			Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=56%.				
			Нарушение локальной сократимости: нет.				
			Диастолическая функция: E/A = 1,3.				
			Полость правого желудочка: 1,8 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,35 см, характер движения стенок: не изменен.				
			Левое предсердие: 49 мл.				
			Правое предсердие: 49 мл.				
			Митральный клапан не изменен, регургитации нет.				
			Аортальный клапан не изменен, регургитации нет.				
			Трикуспидальный клапан не изменен, регургитации нет.				
			Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, регургитации нет.				
			Диаметр корня аорты: 3,3 см.				
			Стенки аорты умеренно уплотнены.				
			Наличие жидкости в полости перикарда: нет.				
			Заключение: сократительная способность миокарда сохранена, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.				
			<b>Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.</b>				
			Общие (ОСА), наружные (НСА) и внутренние (ВСА) сонные артерии в экстракраниальных отделах				

		<p>визуализированы.          Комплекс интима-медиа (КИМ) ОСА не изменен, толщина комплекса в типичном для измерения месте 0,5 мм, контур ровный, не уплотнен, дифференцировка на слои не нарушена. Атеросклеротических бляшек нет.          Заключение: патологии не выявлено.  <b>УЗИ почек.</b>          Почки обычно расположены, нормальных размеров, паренхима толщиной 15-16 мм, с ровными контурами, дилатации ЧЛС и теней конкрементов не выявлено, область надпочечников не изменена. Заключение: патологии не выявлено.</p>		
		<p>СЗ 2. Мужчина 55 лет, служащий, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и начать лечение.  <b>Жалобы</b>          На сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов).  <b>Анамнез заболевания</b>          Из анамнеза известно, что боли в грудной клетке при физической нагрузке появились около 2-х лет назад, купировались самостоятельно после прекращения нагрузки. Кроме этого, в последние полгода стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.  <b>Анамнез жизни</b>          Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает.          Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.          Аллергологический анамнез не отягощен.          Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.  <b>Объективный статус.</b>          Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, масса тела – 93 кг, ИМТ+29 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: пальпируется перешеек щитовидной железы. В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Выберите необходимые методы исследования (4)</b>          - общий анализ крови          - исследование уровня креатинина крови          - исследование уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов</p>	<p>УК-1;          ОПК-1;          ОПК-4;          ОПК-5,          ОПК-6,          ОПК-7,          ОПК-8,          ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>

		<p>- измерение уровня гликированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак</p> <p>- определение уровня тропонина Т</p> <p>- анализ мочи по Нечипоренко</p> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (4)</b></p> <p>- электрокардиография покоя в 12 отведениях</p> <p>- эхокардиография трансторакальная</p> <p>- ультразвуковое исследование сонных артерий</p> <p>- рентгенография грудной клетки</p> <p>- ультразвуковое исследование почек</p> <p>- магнитно-резонансная томография головного мозга</p> <p><b>3. План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и</b></p> <p>- предстесовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС</p> <p>- суммы баллов по шкале TIMI</p> <p>- суммы баллов по шкале GRACE</p> <p>- суммы баллов по шкале SCORE</p> <p><b>4. Основной диагноз пациента следующий</b></p> <p>- ИБС. Стенокардия напряжения</p> <p>- ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз</p> <p>- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз</p> <p>- ИБС. Нестабильная стенокардия</p> <p><b>5. У пациента _____ функциональный класс стенокардии</b></p> <p>- 2</p> <p>- 1</p> <p>- 3</p> <p>- 4</p> <p><b>6. У пациента предстесовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 32%. На основании этого следует его</b></p> <p>- направить на дополнительные неинвазивные визуализирующие тесты</p> <p>- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов</p> <p>- направить на дополнительные инвазивные тесты</p> <p>- не проводить дальнейшего исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения</p> <p><b>7. Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у</b></p> <p>- пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению</p> <p>- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК</p> <p>- пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО</p> <p>- всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО</p>		
--	--	---	--	--

**8. В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациенту рекомендуется назначить**

- бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

- ивабрадин

- мельдоний

- триметазидин

**9. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту рекомендуется назначить**

- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

- ривароксабан

- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах

- дипиридамол

**10. Для профилактики ССО пациенту рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \_\_\_\_\_ ммоль/л**

- <1,4

- <1,0

- <2,8

- <3,8

**11. Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать**

- снизить массу тела

- увеличить массу тела

- избегать переохлаждений

- выполнять интенсивные физические нагрузки

**12. У пациента**

- избыточная масса тела

- ожирение 1 ст.

- ожирение 2 ст.

- ожирение 3 ст.

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования**

**Общий анализ крови**

Показатель	Результат
Эритроциты *10 <sup>12</sup> /л	4,33
Гемоглобин, г/л	155
ЦП	1,05
Ретикулоциты, %	-
СОЭ, мм/ч	5
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	220,5
Гематокрит, %	42,7
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	6,98

**Лейкоцитарная формула**

Нейтрофилы палочкоядерные, %	1
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58
Эозинофилы, %	3
Базофилы, %	1
Лимфоциты, %	31
Моноциты, %	6

**Измерение уровня гликированного гемоглобина крови и уровня глюкозы в крови натощак**

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 6%

Глюкоза крови натощак – 5,4 ммоль/л.

Исследование уровня креатинина крови – 0,85 мг/дл

СКФ по формуле СКД-ЕРІ=98мл/мин/1,73м2

**Исследование уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов**

Показатель	Результат	Ед. измерения
Холестерин общий	7,8	ммоль/л
Триглицериды	1,46	ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,13	ммоль/л
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л
Холестерин ЛПНП	6,4	ммоль/л
Коэффициент атерогенности	5,9	

**Результаты инструментальных методов обследования****ЭКГ покоя в 12 отведениях**

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 75 в минуту, PR 162 мсек, QRS 90 мсек, QT 408 мсек, QT 392 мсек, нормальное положение ЭОС, депрессии ST не зарегистрировано, признаков гипертрофии ЛЖ нет.

**Эхокардиография трансторакальная.**

Полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); KDO 114 мл; KSO 47 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см; ЗС 1,0. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=59%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция: снижена, E/A=0,9. Полость правого желудочка: 2,4 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,4 см, характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 51 мл. Правое предсердие: 50 мл. Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубоко вдоха более, чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен, аортальная регургитация: нет. Трикуспидальный клапан: не изменен, трикуспидальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 2,2 см. Диаметр корня аорты: 3,7 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет. Заключение: нарушение диастолической функции ЛЖ, уплотнение стенок аорты.

		<p><b>Ультразвуковое исследование сонных артерий</b>  Заключение: утолщение КИМ до 1,0 мм. ЭХО-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой подключичной артерии до 28% по диаметру, стеноз правой ОСА до 35% по диаметру, меньший диаметр левой ПА.</p> <p><b>Рентгенография грудной клетки.</b>  Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.  Заключение: патологии не выявлено.</p>		
		<p>СЗ 3. Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом.</p> <p><b>Жалобы</b>  На боль в загрудинной области давящего характера, возникающую как при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), так и в покое, купирующуюся приемом нитратов, одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличились их интенсивность и длительность, стала нарастать одышка, появились отеки ног. Последний приступ ангинозных болей накануне вечером, длительностью более 20 минут.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Росла и развивалась нормально. Образование среднее. На пенсии с 65 лет, работала продавцом.  Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-лет страдает ИБС, АГ.  Аллергологический анамнез не отягощен.  Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет.  Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.</p> <p><b>Объективный статус.</b>  Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м<sup>2</sup>. ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый.  Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 14/80 мм рт.ст., ЧСС – 68 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.</p> <p><b>Вопросы.</b></p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,  ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1;  ИД УК-1.2;  ИД ОПК-1.1;  ИД ОПК-1.2;  ИД ОПК-4.1;  ИД ОПК-4.2;  ИД ОПК-5.1;  ИД ОПК-5.2;  ИД ОПК-6.1;  ИД ОПК-6.2;  ИД ОПК-7.1;  ИД ОПК-7.2;  ИД ОПК-8.1;  ИД ОПК-8.2;  ИД ПК-1.1;  ИД ПК-1.2;  ИД ПК-1.3;  ИД ПК-1.4</p>

		<p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ЭКГ покоя в 12 отведениях</li> <li>- измерение уровня тропонина I, или тропонина T, или высокочувствительного тропонина</li> <li>- рентгенография грудной клетки</li> <li>- измерение уровня ЛДГ</li> <li>- определение МНО</li> <li>- измерение уровня ТТГ</li> </ul> <p><b>2. При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- V7-V9</li> <li>- V3R и V4R</li> <li>- по НЭБУ</li> <li>- по Лиану</li> </ul> <p><b>3. Больную необходимо</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения</li> <li>- вести в амбулаторных условиях</li> <li>- направить на консультацию к врачу-кардиологу</li> <li>- направить на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу</li> </ul> <p><b>4. Предварительный диагноз пациентки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ОКСбпST</li> <li>- ОКСпST</li> <li>- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК</li> <li>- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ФК</li> </ul> <p><b>5. У пациентки ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа не выявил повышения уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основной диагноз пациентки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нестабильная стенокардия</li> <li>- ИМбпST</li> <li>- ИМпST</li> <li>- Вазоспастическая стенокардия</li> </ul> <p><b>6. Для определения тактики ведения пациентки необходимо оценить риск по шкале</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GRACE</li> <li>- SCORE</li> <li>- TIMI</li> <li>- CHA2DS2-VASc</li> </ul> <p><b>7. У пациентки сумма баллов по шкале GRACE равна 102. Учитывая наличие в анамнезе СД, ее следует отнести к группе _____ риска неблагоприятного исхода</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- умеренного (промежуточно)</li> <li>- очень высокого</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p>- высокого - низкого</p> <p><b>8. Больной в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антитромбоцитарную терапию в нагрузочной дозе</b></p> <p>- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг - ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг - ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг - ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг</p> <p><b>9. В качестве антиишемического препарата необходимо назначить</b></p> <p>- бета-адреноблокатор</p> <p>- триметазидин - мельдоний - ивабрадин</p> <p><b>10. Коронароангиографию (КАГ) с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда пациентке следует провести _____ после госпитализации</b></p> <p>- в течение 72 ч - в первые 2 часа - в первые 24 часа - немедленно</p> <p><b>11. Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациентке в течение _____ месяцев</b></p> <p>- 12 - 6 - 1 - 24</p> <p><b>12. Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке следует рекомендовать</b></p> <p>- снизить массу тела - увеличить массу тела - избегать переохлаждения - выполнять интенсивные физические нагрузки</p> <p>Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования <b>ЭКГ покоя в 12 отведениях</b> Заключение: ритм, синусовый, правильный, ЧСС 68 в минуту, PQ 162 мсек, QRS 90 мсек, QT 408 мсек, QTc 392 мсек. Нормальное положение ЭОС. Депрессии сегмента ST=0,05 мВ в отведениях V5-6. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.</p> <p><b>Измерение уровня тропонина I, или тропонина T, или высокочувствительного тропонина</b> Вч Тропонин 4 нг/л (N 2 – 7 нг/л)</p>		
		<p>СЗ 4. Женщина 38 лет, учительница средней школы, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.</p> <p><b>Жалобы</b></p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4;</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2;</p>

		<p>На эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Около 5 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 155/95 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, антигипертензивную терапию не получала. В настоящее время беременность 16 недель, последний месяц АД в пределах 150/85 – 155/90 мм рт.ст.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Работает.  Наследственность: мать с 60-ти лет страдает АГ, отец в 52 года перенес инфаркт миокарда  Гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1. Во время первой беременности часто отмечались повышенные цифры АД.  Аллергологический анамнез не отягощен.  Вредные привычки: нет.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 160 см, масса тела – 66 кг (до беременности 63 кг), ИМТ=24,6 кг/м<sup>2</sup> (до беременности). Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритмичные, акцент II тона над аортой, шумов нет. ЧСС – 68 в минуту, АД – 155/ 95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.</p> <p>Вопросы.  <b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (5)</b>  - общий анализ крови  - исследование глюкозы в плазме крови (натощак)  - исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)  - уровень креатинина плазмы  - общий анализ мочи  - анализ мочи по Нечипоренко</p> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования</b>  - Внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД  - Эхокардиография трансторакальная  - Ультразвуковое исследование почек  - Электрокардиография покоя в 12 отведениях  - Ультразвуковое исследование щитовидной железы  - МРТ головного мозга</p> <p><b>3. Основной диагноз</b>  - Гипертоническая болезнь  - Почечная артериальная гипертензия</p>	ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Нейроциркуляторная дистония</li> <li>- Артериальная гипертензия сосудистого генеза</li> <li><b>4. У пациентки _____ стадия ГБ</b></li> <li>- I</li> <li>- II</li> <li>- III</li> <li>- 0</li> <li><b>5. У пациентки _____ степень АГ</b></li> <li>- 1</li> <li>- 2</li> <li>- 3</li> <li>- изолированная систолическая</li> <li><b>6. У пациентки риск развития сердечно-сосудистых осложнений</b></li> <li>- средний</li> <li>- низкий</li> <li>- высокий</li> <li>- очень высокий</li> <li><b>7. У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели</b></li> <li>- SCORE</li> <li>- GRACE</li> <li>- TIMI</li> <li>- CHF2DS2-VFSc</li> <li><b>8. Пациентке следует рекомендовать</b></li> <li>- ограничить потребление соли</li> <li>- снизить массу тела</li> <li>- избегать переохлаждений</li> <li>- выполнять интенсивные физические нагрузки</li> <li><b>9. Больной следует назначить</b></li> <li>- метилдопу</li> <li>- рамиприл</li> <li>- лозартан</li> <li>- спиронолактон</li> <li><b>10. Целевым для пациентки является АД менее мм рт.ст.</b></li> <li>- 140/90</li> <li>- 140/85</li> <li>- 150/90</li> <li>- 150/85</li> <li><b>11. Больной показана/показано</b></li> <li>- лечение в амбулаторных условиях</li> <li>- госпитализация в стационар</li> </ul>		
--	--	---	--	--

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- 12. Учитывая уровень гемоглобина, больной необходимо назначить**
- препараты железа внутрь**
- препараты железа парентерально
- витамин В6
- витамин В12

**Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования**

**Результат ОАК**

Показатель	Результат
Эритроциты *10 <sup>12</sup> /л	3,6
Гемоглобин, г/л	100
ЦП	0,84
Ретикулоциты, %	-
СОЭ, мм/ч	7
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	172,0
Гематокрит, %	40,7
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	8,0

**Лейкоцитарная формула**

Нейтрофилы палочкоядерные, %	1
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58
Эозинофилы, %	3
Базофилы, %	1
Лимфоциты, %	31
Моноциты, %	6

**Результат ОАМ**

Показатель	Результат
Цвет	желтая
Прозрачность	полная
рН	5,05
Отн. плотность утренней порции	1018
Белок	-
Сахар	-
Кетоновые тела	-
Уробилин	-
Билирубин	-

**Микроскопия**

Эритроциты	1-2 в поле зрения
Лейкоциты	1-2 в поле зрения
Эпителий	эпител. клетки плоские умер. кол-во
Цилиндры	-
Микробное число	бактерии умеренное кол-во

**Глюкоза в плазме крови натощак** 5,0 ммоль/л.

**Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)**

Показатель	Результат	Ед. измерения
Холестерин общий	4,47	ммоль/л
Триглицериды	1,0	ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,67	ммоль/л
Холестерин ЛПОНП	0,45	ммоль/л
Холестерин ЛПНП	2,35	ммоль/л
Коэффициент атерогенности	1,68	

**Уровень креатинина плазмы**

Креатинин 0,76 мг/дл, СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 100 мл/мин/1,73 м

**Суточное мониторирование АД:**

АД: макс. 159/95 мм рт. ст., миним. 115/79 мм рт.ст., в среднем – 150/90 мм рт.ст.

ЧСС: макс. 83 в мин., минимально 61 в мин., в среднем 72 в мин.

Снижение АД (САД и ДАД) ночью 0% и 0%.

Индекс гипертонии по САД = 35%, по ДАД = 47% (норма 0-25%, умеренно повышенный 25-50%, высокий более 50%).

**ЭКГ покоя**

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 65 в мин, PR 120 мсек., QRS 80 мсек., QT 374 мсек., QTc 394 мсек., горизонтальное положение ЭОС.

**Эхокардиография трансторакальная.**

Полость левого желудочка: Dd 4,4 см; KDO 66 мл; KSO 25 мл.

Толщина стенок левого желудочка: МЖП 0,8 см; ЗС 0,8 см, в области верхушки левого желудочка дополнительная хорда.

Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=62%.

Нарушение локальной сократимости: нет.

Диастолическая функция не нарушена: E/A = 1,28.

			<p>Полость правого желудочка: 1,8 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,35 см, характер движения стенок: не изменен.</p> <p>Левое предсердие: 37 мл.</p> <p>Правое предсердие: 33 мл.</p> <p>Митральный клапан не изменен, регургитации нет.</p> <p>Аортальный клапан не изменен, регургитации нет.</p> <p>Трикуспидальный клапан не изменен, регургитации нет.</p> <p>Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, регургитации нет.</p> <p>Диаметр ствола легочной артерии 1, см.</p> <p>Диаметр корня аорты: 3,3 см.</p> <p>Стенки аорты не изменены.</p> <p>Наличие жидкости в полости перикарда: нет.</p> <p>Заключение: дополнительная хорда в левом желудочке, ЭхоКГ параметры в пределах нормы..</p> <p><b>УЗИ почек.</b></p> <p>Почки: правая – 102x55 мм, левая – 103x53 мм, обычно расположены, с ровными, четкими контурами, подвижность не изменена, толщина паренхимы до 15 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, кровоток до корковых отделов, расширения ЧЛС нет, область надпочечников не изменена.</p> <p>Заключение: патологии не выявлено.</p>		
		<p><b>Тема 4.</b></p> <p><b>Алгоритмы диагностики и лечения в пульмонологии.</b></p>	<p>СЗ 5. Больной 28 лет обратился в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы.</b></p> <p>На приступы удушья и кашля, возникающие внезапно до 1-2 раз в неделю, связывает с вдыханием табачного дыма, различных химических средств, во время приступов ощущает «свист в груди», после него – отхождение вязкой мокроты.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b></p> <p>Приступы удушья появились 2 года назад в летнее время при проживании за городом, при возвращении в городскую среду чувствовала себя хорошо, затруднений дыхания не было. В следующий летний период приступы удушья вновь возобновились уже и при проживании в городских условиях. Затем стал отмечать, что приступы удушья появляются при вдыхании табачного дыма и различных парфюмированных средств 2-4 раза в месяц. В течение последних 2 месяцев приступы удушья стали несколько чаще (до 1-2 раз в неделю), несколько раз просыпался ночью от сухого кашля. Ранее к врачу не обращался, приступы купировались чаще самостоятельно или после приема таблетки эуфиллина.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b></p> <p>Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания, операции: ОРВИ. Наследственность отягощена по бронхиальной астме. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 74 кг, индекс массы тела – 25 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимы слизистые обычной окраски. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном дыхании. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1;</p>

		<p>реберной дуги. Отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Из предложенных лабораторных методов обследования выберите необходимыми для постановки диагноза</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- уровень Ig E</li> <li>- микроскопическое исследование мокроты</li> <li>- биохимический анализ крови</li> <li>- антинуклеарный фактор в сыворотке крови</li> <li>- бактериологический анализ мокроты</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- спирометрия с бронходилататором</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- пикфлоуметрия</li> <li>- бронхоскопия</li> <li>- электрокардиография</li> <li>- эхокардиоскопия</li> </ul> <p><b>3. Какое основное заболевание</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени тяжести</b></li> <li>- Бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести</li> <li>- Бронхиальная астма, персистирующая, тяжелой степени тяжести</li> <li>- Бронхиальная астма, интермиттирующая, легкой степени тяжести</li> </ul> <p><b>4. Больному необходимо назначить в качестве базисной терапии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе</b></li> <li>- ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе</li> <li>- системные глюкокортикостероиды</li> <li>- стабилизаторы мембран тучных клеток</li> </ul> <p><b>5. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>степени тяжести бронхиальной астмы</b></li> <li>- длительность течения заболевания</li> <li>- возраста и пола пациента</li> <li>- патогенетического варианта астмы</li> </ul> <p><b>6. При стабилизации состояния больного коррекция дозы препаратов базисной терапии проводится через</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>три месяца</b></li> <li>- один месяц</li> <li>- две недели</li> <li>- шесть месяцев</li> </ul> <p><b>7. Наиболее целесообразно снижение дозы препаратов базисной терапии на _____ % от исходной</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>25</b></li> </ul>	<p>ИД ОПК-8.2; ИД ПК- 1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК- 1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	--	---

- 5
- 10
- 20

**8. При назначении β2-адреномиметика короткого действия для купирования приступов удушья необходимо предупредить больного о возможности при передозировке препарата**

- усиления бронхоспазма
- появления боли в животе
- появления тошноты, снижения аппетита
- онемения пальцев

**9. Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать**

- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- эффективность применения β2-адреномиметика

**10. Диетические рекомендации у больных бронхиальной астмой включают**

- гипоаллергенную диету
- снижение доли белков в рационе
- снижение жидкости в рационе
- снижение животных жиров в рационе

**11. У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение**

- комбинации β2-адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляции М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

**12. Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением β2-адреномиметика короткого действия в режиме «по требованию» постоянный прием**

- препаратов базисной терапии
- муколитиков и отхаркивающих средств
- таблетированной формы эуфиллина
- М-холиноблокаторов

**Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования**

**Общий анализ крови**

Показатель	Результат
Эритроциты (RBC)	5,03*10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин (HGB)	147 г/л
Гематокрит (HCT)	47%
Средний объем эритроцита (MCV)	92 фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	30,12 пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	34,6 г/дл

Ширина распределения эритроцитов по объему (RDW)	14,3
Ретикулоциты (RET)	1,27%
Тромбокрит (PCT)	0,27%
Ширина распределения эритроцитов по объему (PDW)	14,3
Лейкоциты (WBC)	6,7*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоцитарная формула	
Нейтрофилы палочкоядерные (BAND)	1,0
Нейтрофилы сегментоядерные (NEU)	61,0
Эозинофилы (EOZ)	7,0
Базофилы (BAS)	0
Лимфоциты (LYM)	22,0
Моноциты (MON)	9
СОЭ	5 мм/час

**Содержание Ig E в сыворотке крови**

Показатель	Результат
Ig E, кЕ/л	180

**Микроскопическое исследование мокроты**

Показатель	Результат
Характер	Слизистый
Цвет	Белесоватый
Консистенция	Вязкая
Реакция (рН)	Нейтральная
Альвеолярные клетки	4
Эластичные волокна	0
Нейтрофилы	5
Эозинофилы	31
Кристаллы Шарко-Лейдена	++
Спираль Куршмана	+
Микобактерии туберкулеза	-
Атипичные клетки	-

Показатель			% к должному
VC/ЖЕЛ	4,8	4,2	88%
FVC/ФЖЕЛ	4,7	3,9	84%
FEV1/ОФВ1	3,9	3,12	80%
FEV/ FVC ОФВ1/ ФЖЕЛ			80%

**Показатели спирометрии после бронходилататора**

Показатель			% к должному
VC/ЖЕЛ	4,8	4,3	88%

**Спирометрия  
бронходилататором**  
Показатели спирометрии до  
бронходилататора

**с**  
**до**

FVC/ФЖЕЛ	4,7	4,2	74%
FEV1/ОФВ1	3,9	3,7	95%
FEV/ FVC ОФВ1/ ФЖЕЛ			88%

Прирост ОФВ1 составляет 15%

Заключение: норма; бронходилатирующий тест положительный.

**Рентгенография органов грудной клетки**

Заключение: легочные поля без инфильтративных и очаговых изменений, сердце без особенностей.

**Пикфлоуметрия**

%= ПСВ веч/ - ПСВ утр./ <sup>1</sup>/<sub>2</sub> (ПСВ веч. + ПСВ утр.) x 100%

Показатель	1	2	3	4	5	6	7	8
Утро (л/мин)	430	400	480	400	450	390	420	460
Вечер (л/мин)	350	320	370	300	390	310	340	380
Суточные колебания (л/мин)	80	80	110	120	60	80	80	80
%	21	22	26	26	14	23	20	19

СЗ 6. Пациент К. 52 лет доставлен СМП в приемное отделение стационара

**Жалобы**

- на озноб
- повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С
- одышку при обычной физической нагрузке преимущественно на вдохе
- кашель с небольшим количеством мокроты
- боль слева в подлопаточной области, усиливающуюся при кашле и глубоком дыхании
- общую слабость
- снижение аппетита.

**Анамнез заболевания**

Заболел остро 2 дня назад после переохлаждения, когда внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 39<sup>0</sup>С, присоединился кашель, сначала сухой, затем с отделением небольшого количества мокроты. Свое состояние расценил как «простуду» и самостоятельно принимал жаропонижающие препараты («Колдрекс») и аскорбиновую кислоту 1 г в день. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, появилась одышка, пациент вызвал СМП. В связи с тяжестью состояния был доставлен в приемный покой стационара.

**Анамнез жизни**

Рос и развивался согласно возрасту  
 Работает электриком, профессиональные вредности отрицает  
 Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в 30 летнем возрасте  
 Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка, у матери – гипертоническая болезнь

УК-1;  
 ОПК-1;  
 ОПК-4;  
 ОПК-5,  
 ОПК-6,  
 ОПК-7,  
 ОПК-8,  
 ПК-1

ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1;

		<p>Аллергоанамнез: неотягощен  Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Общее состояние относительно средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост – 180 см, вес 78 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 39,1<sup>0</sup>С. Грудная клетка конической формы, при осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки при глубоком дыхании. ЧДД – 26 в минуту. SatO<sub>2</sub> 91%. Слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации слева, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 109 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9x8x7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ОАК</li> <li>- исследование газового состава артериальной крови</li> <li>- исследование уровня IgE</li> <li>- анализ на тропонины I и T</li> <li>- анализ мочи по Нечипоренко</li> <li>- коагулограмма</li> </ul> <p><b>2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рентгенография органов грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях</li> <li>- бронхоскопия</li> <li>- ЭХО-КГ</li> <li>- ангиопульмонография</li> </ul> <p><b>3. Какой диагноз можно поставить данному больному?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого нетяжелого течения. Осл.: ДН I ст.</li> <li>- Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого тяжелого течения. Осл.: Острая дыхательная недостаточность III ст.</li> <li>- Острый бронхит</li> <li>- Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле левого легкого нетяжелого течения</li> </ul> <p><b>4. Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сохранение инфильтративных изменений в легочной ткани более одного месяца</li> <li>- сохранение инфильтрации легочной ткани в течение 10 дней от начала лечения пневмонии</li> <li>- наличие кашля с «ржавой» мокротой</li> <li>- наличие болей в грудной клетке, усиливающихся при кашле и глубоком дыхании</li> </ul> <p><b>5. К осложнениям внебольничной пневмонии относится</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эмпиема плевры</li> </ul>		<p>ИД  ОПК-8.2;  ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;  ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- пневмоторакс</li> <li>- острая левожелудочковая недостаточность</li> <li>- острые язвы желудка</li> </ul> <p><b>6. К этиологическим факторам пневмонии относят</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бактериальную инфекцию</li> <li>- воздействие ионизирующего излучения</li> <li>- ингаляцию паров серной кислоты</li> <li>- застой по малому кругу кровообращения</li> </ul> <p><b>7. К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинко-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аспирационную</li> <li>- застойную</li> <li>- абсцедирующую</li> <li>- лучевую</li> </ul> <p><b>8. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пневмококк</li> <li>- кишечная палочка</li> <li>- стафилококк</li> <li>- синегнойная палочка</li> </ul> <p><b>9. К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- уровень креатинина крови</li> <li>- количество лимфоцитов</li> <li>- уровень билирубина крови</li> <li>- уровень щелочной фосфатазы</li> </ul> <p><b>10. К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для стартовой терапии в данной ситуации, относят</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- амоксициллин/клавуланат в/в</li> <li>- метронидазол в/в</li> <li>- ципрофлоксацин в/в</li> <li>- ванкомицин в/в</li> </ul> <p><b>11. Критерием оценки эффективности антибактериальной терапии является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение температуры тела <math>\leq 37,0^{\circ}\text{C}</math> через 48-72 часа после начала приема антибиотика</li> <li>- прекращение кашля и выделения мокроты</li> <li>- прекращение болей в грудной клетке, связанных с дыханием</li> <li>- нормальное везикулярное дыхание и отсутствие хрипов в легких</li> </ul> <p><b>12. В качестве симптоматической терапии больному необходимо назначить</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ацетилцистеин</li> <li>- аминофиллин</li> <li>- витамины группы В</li> <li>- анаприлин</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Общий анализ крови</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин (Hb), г/л</td> <td>146</td> </tr> <tr> <td>Гематокрит (HCT), %</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты (RBC), <math>10^{12}/л</math></td> <td>4,9</td> </tr> <tr> <td>Цветовой показатель</td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл</td> <td>35,3</td> </tr> <tr> <td>Ретикулоциты (RET), ‰</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты (PLT), <math>*10^9/л</math></td> <td>240,0</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты (WBC), <math>*10^9/л</math></td> <td>13,9</td> </tr> <tr> <td>Лейкоцитарная формула</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные, %</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные, %</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Базофилы, %</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, %</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>СОЭ, мм/ч</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table> <p>Исследование газового состава артериальной крови  PaO<sub>2</sub> – 79 мм рт.ст.</p> <p>Результаты инструментальных методов обследования  Рентгенография органов грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях  На рентгенограмме определяется интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли левого легкого. Утолщение плевры в области передне-диафрагмального синуса</p>	Показатель	Значение	Гемоглобин (Hb), г/л	146	Гематокрит (HCT), %	44	Эритроциты (RBC), $10^{12}/л$	4,9	Цветовой показатель	0,98	Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3	Ретикулоциты (RET), ‰	3	Тромбоциты (PLT), $*10^9/л$	240,0	Лейкоциты (WBC), $*10^9/л$	13,9	Лейкоцитарная формула		Нейтрофилы палочкоядерные, %	7	Нейтрофилы сегментоядерные, %	70	Эозинофилы, %	1	Базофилы, %	0	Лимфоциты, %	20	Моноциты, %	2	СОЭ, мм/ч	24		
Показатель	Значение																																									
Гемоглобин (Hb), г/л	146																																									
Гематокрит (HCT), %	44																																									
Эритроциты (RBC), $10^{12}/л$	4,9																																									
Цветовой показатель	0,98																																									
Усредненное значение объема эритроцита (MCV), (фл)	85																																									
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	31																																									
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,3																																									
Ретикулоциты (RET), ‰	3																																									
Тромбоциты (PLT), $*10^9/л$	240,0																																									
Лейкоциты (WBC), $*10^9/л$	13,9																																									
Лейкоцитарная формула																																										
Нейтрофилы палочкоядерные, %	7																																									
Нейтрофилы сегментоядерные, %	70																																									
Эозинофилы, %	1																																									
Базофилы, %	0																																									
Лимфоциты, %	20																																									
Моноциты, %	2																																									
СОЭ, мм/ч	24																																									
		<p>СЗ 7. Пациентка 65 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.</p> <p><b>Жалобы.</b>  На кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, повышение температуры тела до 38,20С, одышку при незначительной физической нагрузке, учащенное сердцебиение, теки ног, озноб, общую слабость, головную боль.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b>  Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2 0С, появились кашель с</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,</p>	<p>ИД УК-1.1;  ИД УК-1.2;  ИД ОПК-1.1;  ИД ОПК-1.2;  ИД</p>																																						

		<p>мокротой желтого цвета, озноб, общая слабость.  Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы.  С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт. ст.  В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъема ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка. С 63 лет присоединилась одышка при обычной физической нагрузке, теки ног.  Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b>  Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания, операции: холецистэктомия. Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей. Вредные привычки: отрицает.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 38,20С. Гипертенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 28,8 кг/м<sup>2</sup>, периферические лимфоузлы не увеличены, отечность стоп и нижней трети голени. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильные, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под реберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Выберите необходимыми для постановки диагноза лабораторные методы обследования</b>  - клинический анализ крови  - общий анализ мокроты  - бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Грамму)  - определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека  - коагулограмма  - определение суммарных антител (IgM, IgG) к <i>Treponema pallidum</i></p> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b>  - рентгенография органов грудной клетки  - пульсоксиметрия  - спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции  - рентгенография грудного отдела позвоночника  - ультразвуковое исследование плевральных полостей  - рентгенография придаточных пазух носа</p> <p><b>3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является</b>  - Внебольничная пневмония нижней доли левого и правого легкого  - Очаговая пневмония нижней доли левого и правого легкого  - Двусторонняя нижнедолевая бронхопневмония  - Внебольничная двусторонняя бронхопневмония</p> <p><b>4. В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести</b></p>	ПК-1	ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
--	--	--	------	---

		<p>- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН ПБ ст. III ФК. ГБП ст., ст. 3, риск 4. Избыточная масса тела</p> <p>- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН ПА ст. I ФК. ГБП ст., ст. 2, риск 4. Ожирение I ст.</p> <p>- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН ПБ ст. IV ФК. ГБП ст., ст. 1, риск 3. Ожирение I ст.</p> <p>- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН I ст. II ФК. ГБП ст., ст. 2, риск 4. Избыточная масса тела</p> <p><b>5. В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентке следует проводить в</b></p> <p>- отделении общего профиля</p> <p>- домашних условиях</p> <p>- отделении реанимации и интенсивной терапии</p> <p>- дневном стационаре</p> <p><b>6. В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение</b></p> <p>- ингибиторзащищенного аминопенициллина</p> <p>- аминогликозида</p> <p>- макролида</p> <p>- фторхинолона I поколения</p> <p><b>7. Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации</b></p> <p>- ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, диуретиков</p> <p>- нитратов, диуретиков, недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, теофиллина</p> <p>- ингибиторов АПФ, нитратов, дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, антикоагулянтов</p> <p>- ингибиторов АПФ, антикоагулянтов, альфа-адреноблокаторов, теофиллина</p> <p><b>8. Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и</b></p> <p>- гриппа</p> <p>- туберкулеза</p> <p>- гепатита А</p> <p>- гепатита В</p> <p><b>9. Учитывая сопутствующую патологию, пациентку следует отнести к ____ группе состояния здоровья</b></p> <p>- IIIa</p> <p>- I</p> <p>- II</p> <p>- IIIб</p> <p><b>10. Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является _____ мм рт.ст.</b></p> <p>- 130-139</p> <p>- 110-119</p> <p>- 120-129</p> <p>- 150-159</p> <p><b>11. Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина</b></p>		
--	--	--	--	--

менее \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 80

- 90

- 100

- 110

12. Суточный объем потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать \_\_\_\_\_ л

- 2

- 2,5

- 3

- 3,5

**Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования**

**Общий анализ крови**

Показатель	Результат
Эритроциты	4,7*10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	136 г/л
Гематокрит	42%
Цветовой показатель	0,94
Усредненное значение объема эритроцита	84 фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	28 пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	35,6 г/дл
Ретикулоциты	10%
Тромбоциты	210*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	16,8*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоцитарная формула	
Нейтрофилы палочкоядерные	10
Нейтрофилы сегментоядерные	52
Эозинофилы	2
Базофилы	0
Лимфоциты	34
Моноциты	2
СОЭ	32 мм/час

**Общий анализ мочи**

Показатель	Результат
Количество	5 мл
Запах	нет
Цвет	желтый

			<p>Характер Примеси Консистенция Эпителий плоский Эпителий альвеолярный Волокна Лейкоциты Эритроциты Эозинофилы Микобактерии туберкулеза Прочая флора Спирали Куршмана Кристаллы Шарко-Лейдена Клетки с признаками атипии</p> <p><b>Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Грамму)</b> При бактериоскопии мокроты в мазках микобактерий туберкулеза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются более 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (<i>Streptococcus pneumoniae</i>).</p> <p><b>Рентгенография органов грудной клетки</b> На рентгенограмме органов грудной клетки в нижних полях обоих легких определяются участки инфильтрации легочной ткани неоднородной структуры, состоящие из сливающихся полиморфных очагов с нечеткими контурами.</p> <p><b>Пульсоксиметрия</b> Показатель сатурации SaO<sub>2</sub> – 95%</p>	<p>гнойный нет вязкая 4 – 5 в п/зр 2 – 3 в п/зр нет 30 – 35 в п/зр 4 – 5 в п/зр нет не обнаружены нет нет нет нет</p>		
			<p>СЗ 8. Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту.</p> <p><b>Жалобы</b> Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,60С. Принимал аспирин. Затем боли, связанные с дыханием, прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,60С. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Хроническими заболеваниями не болеет Профессиональных вредностей не имел.</p>		<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД</p>

		<p>Аллергологический анамнез спокойный.  Не курит, алкоголем не злоупотребляет.  Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 0С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии над легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с кривой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются</b>  - <b>клинический анализ</b>  - <b>биохимический анализ крови</b>  - тропонин крови  - посев крови  - прокальцитонин крови  <b>2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят</b>  - <b>рентгенографию органов грудной клетки</b>  - <b>ультразвуковое исследование плевральной полости</b>  - доплерографию вен нижних конечностей  - дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов  - фиброгастродуоденоскопию  <b>3. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз</b>  - Плевральный выпот справа при состояниях, классифицированных в других рубриках  - Острый миокардит вирусной этиологии  - Экссудативный перикардит вирусной этиологии  - Первичное заболевание миокардита: Дилатационная кардиомиопатия  <b>4. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в</b>  - <b>межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем</b>  - 1-2 межреберье  - 8-9 межреберье  - 3-4 межреберье  <b>5. Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по</b>  - <b>линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем</b></p>	ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
--	--	--	---

		<p>- средне-ключичной линии  - передне-подмышечной линии  - средне-лопаточной линии</p> <p><b>6. Чаще всего появление транссудата обусловлено</b></p> <p>- застойной сердечной недостаточностью  - травматическим разрывом грудного протока  - воспалительным процессом в легких  - диффузными болезнями соединительной ткани</p> <p><b>7. Появление экссудата обусловлено</b></p> <p>- поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью  - ухудшением дренажа жидкости через плевральные листки  - циррозом печени с портальной гипертензией и синдромом печеночно-клеточной недостаточности  - снижением содержания альбуминов в крови</p> <p><b>8. Экссудат чаще всего развивается при</b></p> <p>- злокачественных новообразованиях легких и плевры  - гипопункции щитовидной железы гипотериозе  - декомпенсированном легочном сердце  - синдроме верхней полой вены</p> <p><b>9. Не рекомендуется удалять за один раз более _____ жидкости</b></p> <p>- 1 литра  - 1,5 литра  - 250 мл  - 500 мл</p> <p><b>10. Ведущим принципом терапии больного с плевральным выпотом является</b></p> <p>- лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота  - назначение нестероидных противовоспалительных препаратов  - назначение глюкокортикоидов  - длительная малопоточная оксигенация, профилактика осложнений</p> <p><b>11. Для получения данных о генез процесса, приведшего к развитию выпота, проводят _____ плевральной жидкости</b></p> <p>- биохимическое исследование  - микробиологическое исследование  - исследование циркулирующих иммунных комплексов  - исследование наличия ревматоидного фактора</p> <p><b>12. В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от транссудата считают отношение</b></p> <p>- белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0,5  - амилазы в плевральном выпоте к амилазе в плазме крови более 0,4  - щелочной фосфатазы в плевральном выпоте к щелочной фосфатазе в плазме крови более 0,7  - аланинаминотрансферазы в плевральном выпоте к аланинаминотрансферазе в плазме крови более 0,6</p>		
--	--	---	--	--

			<p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Клинический анализ крови</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>10*10<sup>9</sup>/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>СОЭ</td> <td>21 мм/час</td> </tr> </table> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Результат</td> </tr> <tr> <td>Общий белок</td> <td>78 г/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>6,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛДГ</td> <td>165 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Амилаза</td> <td>60 Ед/л</td> </tr> <tr> <td>С-реактивный белок</td> <td>45 Ед/л</td> </tr> </table> <p><b>Рентгенография ОГК</b></p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки имеется однородное, гомогенное затемнение в нижних отделах правой половины грудной клетки с верхней косой границей на уровне передних отростков V ребра.</p> <p><b>Ультразвуковое исследование плевральной полости</b></p> <p>При УЗИ-исследовании в правой плевральной полости у больного выявлено наличие жидкости с косой границей на уровне V ребра.</p>	Показатель	Результат	Лейкоциты	10*10 <sup>9</sup> /л	Нейтрофилы палочкоядерные	10%	Нейтрофилы сегментоядерные	67%	Лимфоциты	12%	Моноциты	11%	СОЭ	21 мм/час	Показатель	Результат	Общий белок	78 г/л	Глюкоза	6,0 ммоль/л	ЛДГ	165 Ед/л	Амилаза	60 Ед/л	С-реактивный белок	45 Ед/л		
Показатель	Результат																														
Лейкоциты	10*10 <sup>9</sup> /л																														
Нейтрофилы палочкоядерные	10%																														
Нейтрофилы сегментоядерные	67%																														
Лимфоциты	12%																														
Моноциты	11%																														
СОЭ	21 мм/час																														
Показатель	Результат																														
Общий белок	78 г/л																														
Глюкоза	6,0 ммоль/л																														
ЛДГ	165 Ед/л																														
Амилаза	60 Ед/л																														
С-реактивный белок	45 Ед/л																														
		<p><b>Тема 5.</b> <b>Алгоритмы диагностики и лечения в гастроэнтерологии и гематологии</b></p>	<p>СЗ 9. Пациент 43 лет обратился к поликлинику.</p> <p><b>Жалобы.</b> На ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 10-15 минут после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b> Данные симптомы беспокоят в течение 6 лет, купируются приемом Альмагеля. К врачу ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Рос и развивался нормально.</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1;</p>																										

		<p>Работает автослесарем.  Перенесенные заболевания: ОРВИ.  Наследственность: отец страдал язвенной болезнью желудка.  Аллергоанамнез не отягощен.  Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), часто употребляет алкоголь.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания, рост – 176 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,1 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,5<sup>0</sup>С. Кожа и видимы слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области, симптом раздражения брюшины не выявляется. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)</b>  - клинический анализ крови  - анализ кала на скрытую кровь  - определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)  - бактериологическое исследование крови на стерильность  - реакция Видаля  <b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b>  - эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом  - фиброколоноскопия  - ультразвуковое исследование органов брюшной полости  - рентгенография органов грудной клетки  <b>3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является</b>  - Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, ассоциированная с <i>H.pylori</i>, обострение.  - Язвенная болезнь с локализацией язвы средних размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, обострение.  - Язвенная болезнь с локализацией язвы больших размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка.  - Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, рубцевание.  <b>4. Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию</b>  - ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина  - ингибитора протонной помпы, H<sub>2</sub>-блокатора, гентамицина  - H<sub>2</sub>-блокатора, антацида, метронидазола  - ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина  <b>5. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)</b></p>	<p>ИД  ОПК-5.2;  ИД  ОПК-6.1;  ИД  ОПК-6.2;  ИД  ОПК-7.1;  ИД  ОПК-7.2;  ИД  ОПК-8.1;  ИД  ОПК-8.2;  ИД ПК-1.1;  ИД ПК-1.2;  ИД ПК-1.3;  ИД ПК-1.4</p>
--	--	---	--

		<p>- 10-14  - 3-5  - 6-8  - 16-18</p> <p><b>6. Контроль эрадикации <i>H.pylori</i> после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)</b></p> <p>- 4-6  - 1-3  - 7-9  - 10-12</p> <p><b>7. В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №</b></p> <p>- 1  - 7  - 9  - 10</p> <p><b>8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)</b></p> <p>- 25  - 7  - 10  - 15</p> <p><b>9. Пациент относится к группе состояния здоровья</b></p> <p>- Шб  - I  - II  - IIIa</p> <p><b>10. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложненного течения составляет ____ раз/раза</b></p> <p>- 1  - 2  - 3  - 4</p> <p><b>11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложненного течения составляет ____ раз/раза</b></p> <p>- 1  - 2  - 3  - 4</p> <p><b>12. Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах)</b></p> <p>- 5</p>		
--	--	---	--	--

- 1
- 2
- 3

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования  
Общий анализ крови**

Показатель	Результат
Эритроциты (RBC)	4,6*10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин (Hb)	134 г/л
Гематокрит (HCT)	41%
ЦП	0,83
Усредненное значение объема эритроцита (MCV)	84 фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	28 пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	36,2 г/дл
Ретикулоциты (RET)	10%
Тромбоциты (PLT)	210*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	7,6*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоцитарная формула	
Нейтрофилы палочкоядерные	4%
Нейтрофилы сегментоядерные	58%
Эозинофилы	2%
Базофилы	0%
Лимфоциты	34%
Моноциты	2%
СОЭ	25 мм/час

**Анализ кала на скрытую кровь**

Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная.

**Эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом**

Пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована. Складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 0,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Быстрый уреазный тест – положительный. Проведена множественная биопсия с последующим гистологическим исследованием – признаков злокачественного характера язвенного поражения не выявлено.

		<p>СЗ 10. Больная М., 47 лет по профессии учитель, обратилась к врачу общей практики.</p> <p><b>Жалобы</b>  На слабость, недомогание и быструю утомляемость в последнее время; некоторую неустойчивость, сердцебиение и одышку, возникающую при быстрой ходьбе, ощущение онемения и «ползания мурашек» в конечностях, а также жжение в языке, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, чаще возникающее после приема пищи.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  На протяжении всей жизни пациентка считала себя достаточно здоровым человеком, однако, примерно в течение последних 4-х месяцев стала отмечать постепенное появление и прогрессирование указанных выше симптомов. Появление которых она не может связать ни с какой из известных ей причин. В связи с этим обратилась за медицинской помощью.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Росла и развивалась нормально  Работает учителем в средней школе  Перенесенные заболевания и операции: аутоиммунный тиреоидит с 25-летнего возраста, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную терапию L-тироксином, последний визит месяц тому назад (ТТГ в пределах нормальных значений, со слов больной)  Наследственность не отягощена  Аллергологический анамнез не отягощен  Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см. Кожные покровы чистые. Бледные с легкой желтушностью, нормальной влажности. Склеры иктеричны. Бледность конъюнктив. Периферические л/у не увеличены.  Со стороны дыхательной системы без особенностей, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.  Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 105/70 мм рт ст.  Язык ярко-красный блестящий гладкий (из-за сглаженности сосочков), обложен белым налетом у корня.  Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Дизурии нет. Отеков нет.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. В план обследования пациентки, обратившейся с вышеуказанными жалобами необходимо включить</b>  - <b>общий (клинический) анализ крови развернутый</b>  - <b>биохимический анализ крови</b>  - исследование панкреатической амилазы крови  - анализ крови на гормоны щитовидной железы  - исследование лактатдегидрогеназы</p> <p><b>2. Инструментальная диагностика, необходимая пациентке, должна включать</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
--	--	---	---	--

		<p>- фиброгастродуоденоскопию</p> <p>- рентгенографию органов грудной клетки</p> <p>- УЗИ почек</p> <p>- КТ головного мозга</p> <p>- маммографию</p> <p><b>3. Учитывая наличие выявленной у больной гиперхромной анемии, пациентке показано исследование</b></p> <p>- витамина В12 и фолиевой кислоты сыворотки</p> <p>- щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы крови</p> <p>- аланиновой и аспарагиновой аминотрансферазы</p> <p>- мочевины и мочевой кислоты</p> <p><b>4. Дифференциальную диагностику В12 дефицитной анемии следует проводить с</b></p> <p>- фолиеводефицитной анемии</p> <p>- сидеробластной анемии</p> <p>- талассемией</p> <p>- парциальной красноклеточной аплазией</p> <p><b>5. Клиническими проявлениями дефицита витамина В12 у пациентки являются изменения со стороны</b></p> <p>- крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы</p> <p>- желудочно-кишечного тракта, нервной системы и гепатоспленомегалии</p> <p>- крови, нервной системы, костно-мышечного аппарата</p> <p>- крови, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечного аппарата</p> <p><b>6. По результатам проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз</b></p> <p>- В12 дефицитная анемия. Фуникулярный миелоз. Аутоиммунный тиреоидит</p> <p>- Фолиево-дефицитная анемия. Фуникулярный миелоз. Хронический атрофический гастрит В.</p> <p>Аутоиммунный тиреоидит</p> <p>- Железодефицитная анемия. Аутоиммунный тиреоидит</p> <p>- В12 дефицитная анемия, средней степени тяжести, фуникулярный миелоз. Аутоиммунный гастрит.</p> <p>Аутоиммунный тиреоидит</p> <p><b>7. Учитывая диагноз, пациентке показано назначение</b></p> <p>- цианкобаламина</p> <p>- тиамин гидрохлорида</p> <p>- пиридоксин гидрохлорида</p> <p>- никотиновая кислота</p> <p><b>8 Адекватность назначенной пациентке терапии цианкобаламином через 5-7 дней можно будет оценивать по</b></p> <p>- наличию ретикулоцитарного криза</p> <p>- появлению в периферической крови стоматоцитов</p> <p>- развитию гиперферритинемии потребления</p> <p>- появлению сегментоядерных нейтрофилов в периферической крови</p> <p><b>9. Ожидаемая длительность терапии цианкобаламином пациентки будет составлять</b></p>		
--	--	--	--	--

- 2-4 недели
- 6-8 недель
- 1-2 недели
- 12-48 недель

**10. После нормализации гематологических показателей продолжительность терапии цианкобаламином для данной пациентки должна составлять еще \_\_\_\_\_ дней**

- 10-14
- 3-5
- 30-40
- 40-60

**11. Причиной развития истинной первичной пернициозной анемии является**

- появление антител к внутреннему фактору Кастла
- появление антител к париетальным клеткам желудка
- появление антител к кубулину
- появление антител к витамину B12

**12. Всасывание витамина B12 преимущественно происходит в**

- подвздошной кишке
- желудке
- нисходящем отделе толстой кишки
- сигмовидной кишке

**Результаты обследования**

**Общий (клинический) анализ крови развернутый**

Наименование	Значение
Гемоглобин	106,0
Лейкоциты	4,9
Эритроциты	2,9
Ретикулоциты	1
Цветовой показатель	1,09
Тромбоциты	138,0
Ср. объем эритроцита	130,0
СОЭ по Панченкову	15
	Макроцитоз, анизоцитоз тельца Жолли, кольца Кебота

**Биохимический анализ крови**

Наименование	Значение
Общий белок	71,0 г/л
Альбумин	49 г/л
Глюкоза	4,1 ммоль/л
Креатинин	88,9 мкмоль/л

		<table border="1"> <tr><td>Азот мочевины</td><td>4,48 ммоль/л</td></tr> <tr><td>Билирубин общий</td><td>12,0</td></tr> <tr><td>Билирубин прямой</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>ЛДГ</td><td>147</td></tr> <tr><td>АЛТ</td><td>32 Ед/л</td></tr> <tr><td>АСТ</td><td>30 Ед/л</td></tr> <tr><td>амилаза</td><td>60 Ед/л</td></tr> <tr><td>Щелочная фосфатаза</td><td>59 Ед/л</td></tr> <tr><td>Железо сыворотки</td><td>19,0 мкмоль/л</td></tr> <tr><td>ОЖСС</td><td>42,80</td></tr> <tr><td>ЛЖСС</td><td>23,80 мкмоль/л</td></tr> <tr><td>Ферритин сыворотки</td><td>76,0 мкг/л</td></tr> </table> <p><b>Фиброгастродуоденоскопия</b> ЭГДС: Пищевод: слизистая оболочка розовая. Кардия смыкается. Складки обычные. Атрофия слизистой оболочки в области тела желудка. Складки не высокие, утолщены. Угол желудка не изменены. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки нормальная. Слизистая оболочка в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки нормальная. Заключение: Хронический атрофический гастрит.</p> <p><b>Рентгенография органов грудной клетки.</b> В легких свежих очаговых и инфильтративных образований не обнаружено. Положение диафрагмы обычное, синусы плевры свободны. Сердце и крупные сосуды не изменены. Заключение: при рентгенологическом исследовании органов грудной полости патологических изменений не обнаружено.</p> <p><b>Исследование витамина В12 и фолиевой кислоты сыворотки</b></p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Наименование</th><th>Значение</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>В-12 (цианкобаламин) пг/мл</td><td>63,89</td></tr> <tr><td>В-9 (фолиевая кислота), нмоль/л</td><td>37,20</td></tr> </tbody> </table>	Азот мочевины	4,48 ммоль/л	Билирубин общий	12,0	Билирубин прямой	2,5	ЛДГ	147	АЛТ	32 Ед/л	АСТ	30 Ед/л	амилаза	60 Ед/л	Щелочная фосфатаза	59 Ед/л	Железо сыворотки	19,0 мкмоль/л	ОЖСС	42,80	ЛЖСС	23,80 мкмоль/л	Ферритин сыворотки	76,0 мкг/л	Наименование	Значение	В-12 (цианкобаламин) пг/мл	63,89	В-9 (фолиевая кислота), нмоль/л	37,20		
Азот мочевины	4,48 ммоль/л																																	
Билирубин общий	12,0																																	
Билирубин прямой	2,5																																	
ЛДГ	147																																	
АЛТ	32 Ед/л																																	
АСТ	30 Ед/л																																	
амилаза	60 Ед/л																																	
Щелочная фосфатаза	59 Ед/л																																	
Железо сыворотки	19,0 мкмоль/л																																	
ОЖСС	42,80																																	
ЛЖСС	23,80 мкмоль/л																																	
Ферритин сыворотки	76,0 мкг/л																																	
Наименование	Значение																																	
В-12 (цианкобаламин) пг/мл	63,89																																	
В-9 (фолиевая кислота), нмоль/л	37,20																																	
		<p>СЗ 11. К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.</p> <p><b>Жалобы.</b> На изжогу после еды, при наклонах и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым, дискомфортом за грудиной, особенно после приема пищи, усиливающийся при наклонах и в горизонтальном положении.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b> Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжки кислым содержимым. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты. В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД																														

		<p>Росла и развивалась нормально.          Работает кассиром.          Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия.          Хронические заболевания: дискинезия желчевыводящих путей, бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения.          Беременности – 2, роды – 1.          Наследственность неотягощена. Аллергия на цветение трав.          Вредные привычки: нет.          Часто употребляет копчености, шоколад, газированные напитки, основной прием пищи в вечерние часы, перед сном.</p> <p><b>Объективный статус</b>          Общее состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – 30,8 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,80С. Кожные покровы и видимы слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Целесообразно выполнить</b>          - клинический анализ крови          - анализ крови на Ig E          - определить уровень NT-proBNP          - анализ крови на печеночные ферменты  <b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b>          - эзофагогастродуоденоскопия          - эхокардиография          - ультразвуковое исследование плевральных полостей          - рентгенография органов грудной клетки  <b>3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является</b>          - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит стадия 2.          - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит стадия 4.          - Функциональная диспепсия. Эрозивный эзофагит.          - Хронический гастрит. Эрозивный эзофагит. Железодефицитная анемия легкой степени.  <b>4. В данной клинической ситуации предрасполагающим фактором к развитию ГЭРБ является</b>          - ожирение I степени          - дискинезия желчевыводящих путей          - бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения          - аллергия на цветение трав  <b>5. Рекомендации по изменению образа жизни для данной пациентки включают: уменьшение массы</b></p>	<p>ОПК-5.1;          ИД          ОПК-5.2;          ИД          ОПК-6.1;          ИД          ОПК-6.2;          ИД          ОПК-7.1;          ИД          ОПК-7.2;          ИД          ОПК-8.1;          ИД          ОПК-8.2;          ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;          ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	---	--

		<p>тела и прием пищи ____ раз/раза в день</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-4</li> <li>- 1-2</li> <li>- 5-6</li> <li>- 7-8</li> </ul> <p><b>6. Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее ____ недель</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8</li> <li>- 6</li> <li>- 4</li> <li>- 3</li> </ul> <p><b>7. Продолжительность поддерживающего курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее ____ недель</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16</li> <li>- 8</li> <li>- 10</li> <li>- 6</li> </ul> <p><b>8. В состав комплексной терапии данного заболевания включают прием</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- прокинетиков</li> <li>- желчегонных</li> <li>- нитратов</li> <li>- антидепрессантов</li> </ul> <p><b>9. Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, томатов и</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- кислых фруктовых соков</li> <li>- постных сортов мяса</li> <li>- нежирных сортов рыбы</li> <li>- плодовых тыквенных овощей</li> </ul> <p><b>10. Для повышения эффективности терапии основного заболевания целесообразно к лечению добавить препараты</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- биоадгезивной формулы на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата</li> <li>- содержащие энзимы</li> <li>- поливитаминные</li> <li>- содержащие алюмосиликат природного происхождения, оказывающие адсорбирующее действие</li> </ul> <p><b>11. Пациентам с рефрактерным течением ГЭРБ (отсутствие убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 недель при проведении терапии в стандартной дозе ИПП) рекомендовано</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов</li> <li>- увеличение дозы ИПП в два раза</li> <li>- увеличение длительности лечения до 9-12 недель</li> <li>- дополнительно назначить антибактериальную терапию</li> </ul>		
--	--	--	--	--

**12. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью составляет \_\_\_\_\_ раз/раза в год**

- 2
- 1
- 3
- 4

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Общий анализ крови**

Показатель	Результат
Эритроциты (RBC)	4,2*10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин (Hb)	128 г/л
Гематокрит (HCT)	32%
ЦП	0,91
Усредненное значение объема эритроцита (MCV)	88 фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	29 пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	33,2 г/дл
Ретикулоциты (RET)	10%
Тромбоциты (PLT)	210*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	7,6*10 <sup>9</sup> /л
Лейкоцитарная формула	
Нейтрофилы палочкоядерные	4%
Нейтрофилы сегментоядерные	58%
Эозинофилы	2%
Базофилы	0%
Лимфоциты	34%
Моноциты	2%
СОЭ	15 мм/час

**Эзофагогастродуоденоскопия**

Аппарат свободно введен в пищевод. На слизистой оболочке дистального отдела пищевода определяются множественные участки гиперемии со сливающимися эрозиями, занимающими около 50% окружности пищевода, которые легко кровоточат при прикосновении. В просвете желудка незначительное количество слизи. Перистальтика равномерная. Кардиальный отдел: слизистая оболочка розовая, кардия смыкается полностью. Складки по большой кривизне и в теле желудка не изменены, слизистая оболочка розовая, гладкая. В антральном отделе слизистая в норме. Привратник сомкнут, проходим аппаратом. Луковица 12 перстной кишки округлая, в просвете ее содержимого нет. Слизистая оболочка луковицы и постбульбарных отделов без патологии. Зона большого дуоденального соска не изменена

		<p>СЗ 12. Больной Б., 46 лет, обратился к врачу в поликлинику по месту жительства.</p> <p><b>Жалобы</b>  На слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физической нагрузке – при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменение вкуса и обоняния.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Данные симптомы возникли полгода назад, интенсивность их постепенно нарастала. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога. В 35 лет была выявлена язвенная болезнь желудка. Рекомендованную противоязвенную терапию не принимал, боли в животе купировал эпизодическим приемом альмагеля, маалокса. От повторных исследований отказывался, ссылаясь на нехватку времени. Рекомендации по режиму питания не соблюдал. В возрасте 41 года, был экстренно госпитализирован в стационар по поводу желудочного кровотечения, по медицинским показаниям была произведена резекция желудка по Бильрот II. Первые три года после операции больной выполнял рекомендации, регулярно проходил все необходимые исследования, сдавал анализы, по назначению принимал лекарства. Однако последние годы пациент диспансеризацией пренебрегал, объясняя отсутствием болевого синдрома и времени.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 С. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти слоятся. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в минуту. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких – дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Пульс 94 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт ст. Язык обложен белым налетом, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования</b>  - клинический анализ крови  - уровень сывороточного железа (исследование обмена железа)  - уровень витамина В12 в сыворотке крови</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4
--	--	--	---	--

		<p>- анализ кала на скрытую кровь</p> <p>- общий анализ мочи</p> <p>- электрофорез белков сыворотки крови</p> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b></p> <p>- ЭГДС</p> <p>- колоноскопия</p> <p>- Эхо-КГ</p> <p>- УЗИ щитовидной железы</p> <p>- ультразвуковая диагностика сосудов нижних конечностей</p> <p>- ЭЭГ</p> <p><b>3. Какой предполагаемый диагноз</b></p> <p>- <b>Основной диагноз: Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Фон: Язвенная болезнь желудка вне обострения. Резекция желудка по Бильрот II по поводу желудочного кровотечения из язвенного дефекта (2015г)</b></p> <p>- Основной диагноз: Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести. Фон: Язвенная болезнь желудка вне обострения. Резекция желудка по Бильрот II по поводу желудочного кровотечения из язвенного дефекта (2015г)</p> <p>- Апластическая анемия средней степени тяжести</p> <p>- Основной диагноз: В12 дефицитная анемия средней степени тяжести Фон: Язвенная болезнь желудка вне обострения. Резекция желудка по Бильрот II по поводу желудочного кровотечения из язвенного дефекта (2015г)</p> <p><b>4. Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного является проведенная несколько лет назад резекция желудка по Бильрот II и</b></p> <p>- <b>не соблюдение врачебных рекомендаций (пациент не принимал препараты железа)</b></p> <p>- периодическое обострение язвенной болезни</p> <p>- состоявшееся несколько лет назад желудочно-кишечное кровотечение</p> <p>- длительный стаж табакокурения</p> <p><b>5. Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является</b></p> <p>- <b>уровень гемоглобина</b></p> <p>- уровень сывороточного железа</p> <p>- цветовой показатель</p> <p>- анизоцитоз</p> <p><b>6. Для лечения данного больного необходимо назначить</b></p> <p>- <b>препараты железа</b></p> <p>- ингибиторы протонного насоса</p> <p>- антибиотики</p> <p>- ингибиторы гистаминовых H2 рецепторов</p> <p><b>7. Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является</b></p> <p>- <b>парентеральный</b></p> <p>- пероральный</p> <p>- сублингвальный</p>		
--	--	---	--	--

		<p>- чрезкожный</p> <p><b>8. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 3-5 сутки определяют</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- количество ретикулоцитов</li> <li>- уровень сывороточного железа</li> <li>- уровень ферритина</li> <li>- количество эритроцитов</li> </ul> <p><b>9. Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются нарушение всасывания (различные энтериты, синдром недостаточности всасывания, резекция тонкой кишки, резекция желудка по Бильрот II) и</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- непереносимость оральных препаратов железа</li> <li>- низкие показатели сывороточного железа</li> <li>- выраженная клиническая симптоматика железодефицитной анемии</li> <li>- низкие показатели МСН</li> </ul> <p><b>10. Критерием эффективности лечения ЖДА препаратами железа является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нормализация концентрации сывороточного ферритина</li> <li>- нормализация МСН</li> <li>- нормализация VCV</li> <li>- отсутствие эритроцитурии</li> </ul> <p><b>11. Для анемического синдрома патогномичным симптомом является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- тахикардия</li> <li>- патофагия</li> <li>- ломкость с выпадением волос</li> <li>- сглаженность сосочков языка</li> </ul> <p><b>12. Развитие анемического синдрома обуславливает</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гемическая гипоксия</li> <li>- дыхательная недостаточность</li> <li>- сердечно-сосудистая недостаточность</li> <li>- печеночно-клеточная недостаточность</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.</b></p> <p><b>Клинический анализ крови</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин, г/л</td> <td>76</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты, 10<sup>12</sup>/л</td> <td>3,2</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты, 10<sup>9</sup>/л</td> <td>6,1</td> </tr> <tr> <td>Палочкоядерные, %</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Сегментоядерные, %</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, %</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, %</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, %</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Гемоглобин, г/л	76	Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,2	Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	6,1	Палочкоядерные, %	3	Сегментоядерные, %	57	Эозинофилы, %	2	Лимфоциты, %	32	Моноциты, %	6		
Показатель	Результат																					
Гемоглобин, г/л	76																					
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,2																					
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	6,1																					
Палочкоядерные, %	3																					
Сегментоядерные, %	57																					
Эозинофилы, %	2																					
Лимфоциты, %	32																					
Моноциты, %	6																					

			<p>Тромбоциты, 109/ 250  СОЭ, мм/ч 12  MCV, fl 72  MCH, pg 23,75</p> <p><b>Уровень сывороточного железа (исследование обмена железа)</b>  Железо сыворотки крови 5,6 мкмоль/л</p> <p><b>Уровень витамина В12 в сыворотке крови</b>  Витамин В12 – 650 пмоль/л (в пределах нормальных величин)</p> <p><b>Анализ кала на скрытую кровь</b> – результат отрицательный.</p> <p><b>ЭГДС</b>  Недостаточность кардии, слизистая желудка бледная, картина хронического поверхностного гастрита, анастомоз состоятельный.</p> <p><b>Колоноскопия</b>  При проведении колоноскопии патология не выявлена.</p>		
		<p><b>Тема 6.</b>  <b>Алгоритмы диагностики и лечения в ревматологии и нефрологии.</b></p>	<p>СЗ 13. Больная 23 лет обратилась к врачу в поликлинику</p> <p><b>Жалобы</b>  На боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей. Чувство «скованности» в них, общую слабость, повышение температуры тела до 38,30С.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38, 0С. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, температура тела снизилась до субфебрильных значений, однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Росла и развивалась нормально.  Аллергических реакций нет. Из перенесенных заболеваний и операций ничего не отмечает. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, СД отрицает. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Температура тела 37,60С. Кожные покровы бледные. Увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На слизистых ротовой полости видны изъязвления, безболезненные. На коже щек и спинке носа яркая эритема с дискоидными высыпаниями.  В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 88 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.  Мочепускание свободное. Безболезненное. Стул не изменен.</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,  ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД</p>

		<p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ОАК</li> <li>- определение иммунологических тестов</li> <li>- ОАМ</li> <li>- полимеразная цепная реакция к возбудителям</li> <li>- посев из зева и носоглотки</li> <li>- иммуноферментный анализ (определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека)</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- доплеровское ультразвуковое исследование сосудов верхних и нижних конечностей</li> <li>- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек</li> <li>- ультразвуковое исследование сердца (Эхо-КГ)</li> </ul> <p><b>3. Основным диагнозом у больной является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Системная красная волчанка</li> <li>- Синдром Стилла взрослых</li> <li>- Ревматоидный артрит</li> <li>- Артрит, вызванный вирусной инфекцией</li> </ul> <p><b>4. Активность заболевания соответствует ____ степени</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- средней</li> <li>- низкой</li> <li>- высокой</li> <li>- очень высокой</li> </ul> <p><b>5. Проявления заболевания представлены поражением</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- слизистой, суставов, гемолитической анемией, цитопенией</li> <li>- почек, гемолитической анемией, слизистых, суставов</li> <li>- суставов, почек, нормохромной анемией, сердца</li> <li>- суставов, анемией, сердца, легких</li> </ul> <p><b>6. Лечение основного заболевания проводят</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 таблетки в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолоном по 25 мг/сут, внутрь</li> <li>- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 раза в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолоном 0,1 мг/кг, внутрь</li> <li>- циклофосфамидом – 1000 мг в/в ежемесячно, в течение 6 месяцев</li> <li>- метилпреднизолоном в виде пульс-терапии по 15-20 мг/кг, в/в 3 дня</li> </ul> <p><b>7. При резистентности к лекарственной терапии назначают</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пульс-терапии метилпреднизолоном</li> <li>- нестероидные противовоспалительные средства</li> <li>- аминохинолиновые препараты</li> <li>- глюкокортикоиды в дозе 0,5 мг/кг</li> </ul>		<p>ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	---	--	---

**8. У больных системной красной волчанкой с высокой иммунологической активностью следует применять**

- преднизолон в малых дозах

- **белimumаб**

- преднизолон в высоких дозах

- нестероидные противовоспалительные средства

**9. При данном диагнозе больную должен наблюдать**

- терапевт

- врач общей практики

- **ревматолог**

- нефролог

**10. При высокой степени активности и поражении органов и систем больным СКВ назначают**

- аминохинолиновые препараты

- глюкокортикоиды в дозе 1 мг/кг

- **цитостатические иммунодепрессанты**

- глюкокортикоиды в средних дозах

**11. Обязательным компонентом индукционной терапии при волчаночном нефрите является**

- белimumаб

- преднизолон внутрь

- **циклофосфамид**

- гидроксихлорохин

**12. Беременным с волчаночным нефритом противопоказано назначать**

- преднизолон в высоких дозах

- преднизолон в малых дозах

- **циклофосфамид**

- гидроксихлорохин

**Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования**

**Определение иммунологических тестов**

Исследование	Результат	Единицы измерения
Антитела к двуспиральной (нативной) ДНК IgG	102	МЕ/мл
Антядерный фактор	1:640	

**ОАК**

Исследование	Результат	Единицы измерения
Гематокрит	43,4	%
Гемоглобин	102	г/л
Эритроциты	3,2	млн/мкл
MCV	85,8	фл
RDW	12	%

			МСН	28	пг		
			МСНС	35,7	г/дл		
			Тромбоциты	112	тыс/мкл		
			Лейкоциты	3,7	тыс/мкл		
			Нейтрофилы	60,8	%		
			Лимфоциты	20	%		
			Моноциты	10	%		
			Эозинофилы	2	%		
			Базофилы	0	%		
			Нейтрофилы, абс	2	тыс/мкл		
			Лимфоциты, абс	2	тыс/мкл		
			Моноциты, абс	1,29	тыс/мкл		
			Эозинофилы, абс	0,14	тыс/мкл		
			Базофилы, абс	0,06	тыс/мкл		
			СОЭ (по Вестергрену)	36	мм/час		
			<b>ОАМ</b>				
			Исследование	Результат	Единицы измерения		
			Цвет	соломенная			
			Прозрачность	полная			
			Относительная плотность	1013			
			рН	6			
			Белок	отрицат			
			Глюкоза	отрицат			
			Кетоновые тела	отрицат			
			Уробилиноген	отрицат			
			Билирубин	отрицат			
			Лейкоцитарная эстераза	отрицат			
			Гемоглобин	отрицат			
			Нитриты	отрицат			
			Эпителий плоский	1			
			Лейкоциты	1			
			Эритроциты	не обнаруж			
			Цилиндры	не обнаруж			
			Соли	не обнаруж			
			Слизь	не обнаруж			

		<p>Бактерии не обнаруж</p> <p><b>Рентгенограмма легких</b> Очаговых теней нет, синусы свободны, высокое стояние правого купола диафрагмы.</p>		
		<p>СЗ 14. Пациент 45 лет, водитель, обратился в поликлинику</p> <p><b>Жалобы</b> На умеренные боли в области большого пальца правой стопы, покраснение и припухание пальца. Дискомфорт в области поясницы.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Периодически отмечал дискомфорт в области поясницы, расценивал как проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника, связанного с особенностями профессии. Периодически дизурии. Около 2 лет назад при случайном УЗИ выявлены микролиты обеих почек. Не обследовался. Настоящее ухудшение состояния около 2 дней назад: ночью появились выраженные боли в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия и отечность 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Накануне употреблял в пищу жареное мясо с большим количеством пива (1,5 литра). Самостоятельно начал прием ибупрофена внутрь по 400 мг 2 раза в сутки и наружно в виде мази с эффектом – интенсивность боли и отека уменьшились.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Перенесенные заболевания и операции: отрицает Наследственность отягощена по желчно-каменной болезни (мать, тетя) и мочекаменной (МКБ) (отец, старший брат) Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут)</p> <p><b>Объективный статус</b> Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 182, вес 80 кг. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. Отмечается припухлость в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы с гиперемией кожных покровов над ним. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Стул не изменен.</p> <p><b>Вопросы.</b> <b>1. Основными необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются</b> - ОАК - биохимический анализ крови - ОАМ - посевы мочи на флору и чувствительность к антибиотикам - посевы крови на флору и чувствительность к антибиотикам - коагулограмма</p> <p><b>2. В качестве скринингового метода обследования пациенту необходимо выполнить</b> - ультразвуковое исследование почек</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- биопсию почки</li> <li>- цистоскопию</li> <li>- динамическую сцинтиграфию почек</li> </ul> <p><b>3. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит</li> <li>- иммуноглобулин А-нефропатию, амилоидоз почек</li> <li>- тромбоз почечных вен, обструктивную уропатию</li> <li>- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек, гипертонический нефроангиосклероз, почечный несахарный диабет, пиелонефрит</li> </ul> <p><b>4. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подагра с поражением суставов (острый подагрический артрит), почек (уратный нефролитиаз)</li> <li>- Ревматоидный артрит с поражением почек</li> <li>- Инфекционный артрит, цистит</li> <li>- Подагра с поражением суставов (подагрический артрит), острая мочекислая блокада</li> </ul> <p><b>5. Показаниями к госпитализации при подагре являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- развитие анурии, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ подагрического артрита</li> <li>- гематурия сплошь в поле зрения, выраженная кристаллурия при сохранном диурезе</li> <li>- развитие необструктивного неосложненного пиелонефрита, неосложненного цистита, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек</li> <li>- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранная функция почек</li> </ul> <p><b>6. Тактика ведения данного больного</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ведение в амбулаторных условиях</li> <li>- госпитализация в урологический стационар</li> <li>- госпитализация в отделение ревматологии</li> <li>- санаторно-курортное лечение</li> </ul> <p><b>7. Общие немедикаментозные принципы лечения подагры с поражением почек заключаются в соблюдении</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- низкопуриновой диеты и питьевого режима, предупреждение факторов, провоцирующих приступы подагры</li> <li>- общего режима, диеты с повышенным потреблением белка</li> <li>- постельного режима, бессолевой диеты, уменьшении потребления жидкости (не более 1 литра)</li> <li>- общего режима, ограничении поваренной соли, белка до 0,4 г на кг веса в сутки, приеме кетостерила 12 таблеток в сутки, приеме сорбентов</li> </ul> <p><b>8. Основными направлениями фармакотерапии уратной нефропатии при подагре являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- угнетение синтеза мочевой кислоты, увеличение экскреции мочевой кислоты, химический распад мочекислых соединений</li> <li>- иммуносупрессивная терапия, устранение системной и внутриклубочковой гипертензии</li> <li>- спазмолитическая, противовоспалительная и антимикробная терапия</li> <li>- уменьшение экскреции мочевой кислоты, лечение отеков, коррекция дисэлектролитных нарушений</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p><b>9. Показаниями для назначения урикостатигов (аллопуринол, фебукостат) являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией</li> <li>- бессимптомная гиперурикемия, гипоурикемия, остеоартроз, тофусная подагра у беременных женщин, гипероксалатурия, гиперфосфатурия</li> <li>- гипоурикемия, остеоартроз</li> <li>- тофусная подагра у беременных женщин</li> </ul> <p><b>10. Препаратами первой линии для лечения острого приступа подагрического артрита являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и колхицин</li> <li>- стероидные противовоспалительные препараты, алкилирующие цитостатики</li> <li>- аллопуринол, опиаты</li> <li>- димексид, физиотерапия</li> </ul> <p><b>11. Оптимальными для кристаллизации солей мочевой кислоты являются значения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pH мочи – 5,0-6,0</li> <li>- pH мочи – &gt;7,0</li> <li>- pH мочи – 6,0-6,8</li> <li>- pH мочи – 6,0-7,5</li> </ul> <p><b>12. Больному подагрой с мочекаменной болезнью необходимо ограничение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- продуктов, богатых пуринами (мясные бульоны, консервы, мясо молодых животных, субпродукты, колбаса, сосиски, рыбные консервы, копченая рыба, жареная рыба, креветки, бобовые, грибы, орехи, горячий шоколад, крепкий кофе, какао и алкоголь)</li> <li>- продуктов, богатых щавелевой кислотой (какао, шоколад, сельдерей, свекла, щавель, шпинат, ревень, редис, помидоры, листья петрушки)</li> <li>- продуктов, содержащих глютен (макаронные изделия, кондитерская продукция, готовые каши, смеси злаков, отруби, мука, рожь, ячмень, овес, перловка, манка)</li> <li>- продуктов высококалорийных, богатых растительными жирами, легкоусвояемыми углеводами (сахар, кондитерские и хлебобулочные изделия, варенье, мед, сладкие напитки, джем, виноград, финики, инжир, бананы, жирные мясо, сметана, сало)</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Общий анализ мочи</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цвет</td> <td>желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>мутная</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>кислая</td> </tr> <tr> <td>Удельная плотность</td> <td>1018</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>нет</td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>отсутствует</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1-2 в п.з.</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>25-30 в п.з.</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Цвет	желтый	Прозрачность	мутная	Реакция	кислая	Удельная плотность	1018	Белок	нет	Уробилин	отсутствует	Лейкоциты	1-2 в п.з.	Эритроциты	25-30 в п.з.		
Показатель	Значение																					
Цвет	желтый																					
Прозрачность	мутная																					
Реакция	кислая																					
Удельная плотность	1018																					
Белок	нет																					
Уробилин	отсутствует																					
Лейкоциты	1-2 в п.з.																					
Эритроциты	25-30 в п.з.																					

		Цилиндры	отсутствуют		
		Эпителий	отсутствует		
		Бактерии	отсутствуют		
		Слизь	нет		
		Соли	ураты в большом количестве		
		<b>Биохимический анализ крови</b>			
		Показатель	Значение		
		Общий белок	70		
		Альбумин	40		
		Мочевина	6,0		
		Креатинин	100		
		Холестерин общий	4,0		
		Триглицериды	0,8		
		Билирубин общий	10,3		
		Билирубин прямой	2,0		
		Глюкоза	4,0		
		АЛТ	15,0		
		АСТ	19,0		
		Щелочная фосфатаза	64,0		
		Мочевая кислота	598		
		<b>Общий анализ крови</b>			
		Показатель	Значение		
		Гемоглобин	140		
		Гематокрит	41,7		
		Лейкоциты	9,5		
		Эритроциты	5,37		
		Тромбоциты	210,0		
		Средний объем эритроцита	93,2		
		Среднее содержание гемоглобина	31,2		
		Средняя концентрация гемоглобина	320		
		Инд. распр. эритроцитов – коэф вар.	12,30		
		Средний объем тромбоцита	7,5		
		Лимфоциты абс.	1,66		
		Моноциты абс.	0,32		
		Нейтрофилы абс.	3,29		

		<p>Эозинофилы абс. 0,22  Базофилы абс. 0,02  Лимфоциты 46,1  Моноциты 8,8  Гранулоциты  Нейтрофилы 55,9  Эозинофилы 4,1  Базофилы 0,6  СОЭ по Панченкову 30</p> <p><b>Ультразвуковое исследование почек.</b>  Контуры почек ровные, четкие, размеры 110x50 мм, толщина паренхимы 20 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. ЧЛС не расширена. В верхней группе чашечек левой почки определяются 2 микролита 2 и 3 мм в диаметре, в средней группе чашечек правой почки – конкремент 5 мм.</p>		
		<p>СЗ 15. Женщина 37 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.</p> <p><b>Жалобы</b>  На повышение температуры тела до 38,90С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание в ночное время, рези при мочеиспускании.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Заболевание началось остро, состояние ухудшилось в последние 2 дня. Месяц назад перенесла обострение хронического цистита, после переохлаждения на катке. Лечилась народными методами.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Работает кассиром. Имеет 1 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: аллергия на магнезию по типу крапивницы.  Перенесенные заболевания: Хронический цистит с 28 лет. В детстве перенесла ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 60 кг. Рост 160 см. ИМТ 23,43 кг/м2. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 39,0. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт ст. ЧСС 77 уд/мин.  Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Из лабораторных исследований целесообразно назначить</b>  <b>- Общий анализ крови</b></p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,  ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1;  ИД УК-1.2;  ИД ОПК-1.1;  ИД ОПК-1.2;  ИД ОПК-4.1;  ИД ОПК-4.2;  ИД ОПК-5.1;  ИД ОПК-5.2;  ИД ОПК-6.1;  ИД ОПК-6.2;  ИД ОПК-7.1;  ИД ОПК-7.2;  ИД ОПК-8.1;  ИД ОПК-8.2;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Биохимический анализ крови</li> <li>- Общий анализ мочи</li> <li>- Бактериологическое исследование мочи</li> <li>- Исследование альдостерона крови</li> <li>- Исследование ренина крови</li> <li><b>2. Из инструментальных исследований целесообразно выполнить</b></li> <li>- УЗИ почек</li> <li>- ангиографию почечных сосудов</li> <li>- ретроградную пиелографию</li> <li>- биопсию почек</li> <li><b>3. Предполагаемый основной диагноз (стадия). Функция почек?</b></li> <li>- Первичный острый пиелонефрит (активная стадия). С сохраненной функцией почек</li> <li>- Вторичный острый пиелонефрит (активная стадия). С сохраненной функцией почек</li> <li>- Первичный острый пиелонефрит (активная стадия). С нарушенной функцией почек</li> <li>- Вторичный хронический пиелонефрит (латентная стадия). С нарушенной функцией почек</li> <li><b>4. Возбудителем острого пиелонефрита часто является</b></li> <li>- <i>Escherichia coli</i></li> <li>- <i>Staphylococcus saprophyticus</i></li> <li>- <i>Proteus mirabilis</i></li> <li>- <i>Klebsiella pneumoniae</i></li> <li><b>5. Объем выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять мл/сутки</b></li> <li>- 2000-2500</li> <li>- 100-150</li> <li>- 1000-2000</li> <li>- 2500-3000</li> <li><b>6. До получения результатов бактериологического посева мочи всем пациентам с острым пиелонефритом рекомендуется</b></li> <li>- Проведение эмпирической антибактериальной терапии</li> <li>- Применение уросептиков</li> <li>- Назначение антикоагулянтов</li> <li>- Применение витаминных препаратов</li> <li><b>7. Всем пациентам для лечения острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показаны</b></li> <li>- фторхинолоны перорально</li> <li>- аминогликозиды</li> <li>- пенициллины внутривенно</li> <li>- макролиды перорально</li> <li><b>8. Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при неосложненном пиелонефрите нетяжелого течения должна составлять дней</b></li> <li>- 7-10</li> <li>- 10-14</li> </ul>		<p>ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.3; ИД ПК-1.4</p>
--	--	---	--	---

		<p>- 14-17 - 3-5</p> <p><b>9. Выполнение нефрэктомии рекомендуется при</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы</li> <li>- одностороннем нефросклерозе с умеренным снижением функции</li> <li>- наличием гнойного разрушения менее 1/3 почечной паренхимы</li> <li>- пузырно-мочеточниковом рефлюксе в пораженной почке</li> </ul> <p><b>10. После купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи показана</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами</li> <li>- соблюдение диеты с ограничением соли, белка, продуктов, обогащенных калием, физиотерапия, ограничение физических нагрузок</li> <li>- соблюдение диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, физиотерапия курсами 1 раз в месяц в течение 6-ти месяцев</li> <li>- прием низких доз антибиотиков от 3 до 6 месяцев, ограничение физических нагрузок</li> </ul> <p><b>11. Пациентам с вторичным (обструктивным) острым пиелонефритом антибактериальная терапия должна начинаться</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки</li> </ul> <p><b>внутривенно в курсовых дозах</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет</li> <li>- незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет</li> <li>- через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах</li> </ul> <p><b>12. При наличии у пациентов почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин) рекомендуется терапия (антибактериальная)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- цефтриаксоном</li> <li>- пенициллином</li> <li>- амикацином</li> <li>- имипенемом</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>Общий анализ крови</b></p> <table data-bbox="584 1206 1205 1409"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>4,5x10<sup>12</sup>/л</td> </tr> <tr> <td>Гемоглобин</td> <td>140 г/л</td> </tr> <tr> <td>Цвет показатель</td> <td>0,87</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>11,5x10<sup>9</sup>/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы</td> <td>72,5</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Эритроциты	4,5x10 <sup>12</sup> /л	Гемоглобин	140 г/л	Цвет показатель	0,87	Лейкоциты	11,5x10 <sup>9</sup> /л	Нейтрофилы	72,5		
Показатель	Значение															
Эритроциты	4,5x10 <sup>12</sup> /л															
Гемоглобин	140 г/л															
Цвет показатель	0,87															
Лейкоциты	11,5x10 <sup>9</sup> /л															
Нейтрофилы	72,5															

			<p>Лимфоциты 19%</p> <p>Моноциты 2%</p> <p>СОЭ 21 мм/ч</p> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p> <table> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>66,4г/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин</td> <td>10,1 мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>5,0 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>6,73 ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>110 мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>АЛТ</td> <td>5,5 Е/л</td> </tr> <tr> <td>АСТ</td> <td>16,1 Е/л</td> </tr> <tr> <td>СРБ</td> <td>3 мг/л</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Общий анализ мочи</b></p> <table> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цвет</td> <td>Соломенно-желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Мутный</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Сл. щелочная</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>0,25 г/л</td> </tr> <tr> <td>Сахар</td> <td>Отрицательно</td> </tr> <tr> <td>Удельный вес</td> <td>1008</td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Ед. в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>Сплошь в п.з.</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>Отрицательно</td> </tr> <tr> <td>Кристаллы</td> <td>Оксалатов небольшое количество</td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Сплошь в п.з.</td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>Лейкоцитарные</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Плюс</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Бактериологическое исследование мочи</b></p> <p>Рост E.Coli 106 КОЕ/мл, чувствительна к амоксициллину, ципрофлоксацину, левофлоксацину</p> <p><b>УЗИ почек</b></p> <p>Правая почка: с четким ровным контуром, размером 12 на 5,5 см. Чашечно-лоханочная система не дилатирована. Толщина паренхимы 1,8 см. В проекции синуса определяется жидкостное образование</p>	Показатель	Значение	Общий белок	66,4г/л	Билирубин	10,1 мкмоль/л	Глюкоза	5,0 ммоль/л	Мочевина	6,73 ммоль/л	Креатинин	110 мкмоль/л	АЛТ	5,5 Е/л	АСТ	16,1 Е/л	СРБ	3 мг/л	Показатель	Значение	Цвет	Соломенно-желтый	Прозрачность	Мутный	Реакция	Сл. щелочная	Белок	0,25 г/л	Сахар	Отрицательно	Удельный вес	1008	Эпителий	Ед. в поле зрения	Лейкоциты	Сплошь в п.з.	Эритроциты	Отрицательно	Кристаллы	Оксалатов небольшое количество	Бактерии	Сплошь в п.з.	Цилиндры	Лейкоцитарные	Слизь	Плюс		
Показатель	Значение																																																		
Общий белок	66,4г/л																																																		
Билирубин	10,1 мкмоль/л																																																		
Глюкоза	5,0 ммоль/л																																																		
Мочевина	6,73 ммоль/л																																																		
Креатинин	110 мкмоль/л																																																		
АЛТ	5,5 Е/л																																																		
АСТ	16,1 Е/л																																																		
СРБ	3 мг/л																																																		
Показатель	Значение																																																		
Цвет	Соломенно-желтый																																																		
Прозрачность	Мутный																																																		
Реакция	Сл. щелочная																																																		
Белок	0,25 г/л																																																		
Сахар	Отрицательно																																																		
Удельный вес	1008																																																		
Эпителий	Ед. в поле зрения																																																		
Лейкоциты	Сплошь в п.з.																																																		
Эритроциты	Отрицательно																																																		
Кристаллы	Оксалатов небольшое количество																																																		
Бактерии	Сплошь в п.з.																																																		
Цилиндры	Лейкоцитарные																																																		
Слизь	Плюс																																																		

			<p>размером до 1,5 см. Подвижность почки в пределах норма.          Левая почка: с четким ровным контуром, размером 11,5 на 5,5 см. Чашечно-лоханочная система не дилатирована. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы. Мочевой пузырь: с четким ровным контуром, патологических образований нет.</p>		
			<p>СЗ 16. Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.  <b>Жалобы.</b>          Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.  <b>Анамнез заболевания.</b>          2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться. В связи с чем обратился к терапевту.  <b>Анамнез жизни.</b>          В детстве частые респираторные инфекции (4 – 5 в год).          В 14 лет аппендэктомия, без осложнений.          Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.          1 – 2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.          При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось.          Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.          Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.          Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно.          Спортom не занимается.  <b>Объективный статус.</b>          Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77 – 78 кг). Кожные покровы бледные, чисты. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки. Слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p>	<p>УК-1;          ОПК-1;          ОПК-4;          ОПК-5,          ОПК-6,          ОПК-7,          ОПК-8,          ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1;          ИД УК-1.2;          ИД ОПК-1.1;          ИД ОПК-1.2;          ИД ОПК-4.1;          ИД ОПК-4.2;          ИД ОПК-5.1;          ИД ОПК-5.2;          ИД ОПК-6.1;          ИД ОПК-6.2;          ИД ОПК-7.1;          ИД ОПК-7.2;          ИД ОПК-8.1;          ИД ОПК-8.2;          ИД ПК-1.1;          ИД ПК-1.2;          ИД ПК-1.3;          ИД ПК-1.4</p>

		<p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Назовите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Общий анализ мочи</b></li> <li>- <b>Биохимический анализ крови</b></li> <li>- Анализ мочи по Зимницкому</li> <li>- Бактериологический посев мочи</li> <li>- Трехстаканная проба</li> <li>- Определение уровня альдостерона, активности ренина плазмы крови</li> </ul> <p><b>2. Назовите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ультразвуковое исследование почек</b></li> <li>- Экскреторная урография</li> <li>- Цистоскопия</li> <li>- Динамическая нефросцинтиграфия</li> </ul> <p><b>3. Наиболее вероятной причиной отеков у данного пациента является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Нефротический синдром</b></li> <li>- Остонефритический синдром</li> <li>- Застойная сердечная недостаточность</li> <li>- Венозная недостаточность</li> </ul> <p><b>4. Наиболее вероятным нозологическим диагнозом у данного больного является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Хронический гломерулонефрит</b></li> <li>- Поликистозная болезнь почек</li> <li>- Амилоидоз почек</li> <li>- Миеломная нефропатия</li> </ul> <p><b>5. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ХБП-С1</b></li> <li>- ХБП-С2</li> <li>- ХБП-С3а</li> <li>- ХБП-С3б</li> </ul> <p><b>7. Оптимальной тактикой ведения данного пациента является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>госпитализация в нефрологический стационар</b></li> <li>- госпитализация в общетерапевтический стационар</li> <li>- амбулаторное ведение терапевтом</li> <li>- санаторно-курортное лечение</li> </ul> <p><b>8. Диета для данного больного должна предусматривать</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой</b></li> <li>- повышенное потребление белка - более 1 г/кг веса/сут</li> <li>- ограничение потребления белка до 0,6 г/кг веса/сут</li> <li>- строгое ограничение потребления белка до 0,4 г/кг веса/сут</li> </ul> <p><b>9. Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают</b></p>		
--	--	--	--	--

		<p>- контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут</p> <p>- свободное потребление жидкости, свободное потребление соли</p> <p>- контроль суточного диуреза, ограничение потребления жидкости, повышенное потребление соли до 10 г/сут</p> <p>- свободное потребление жидкости, строгая бессолевая диета</p> <p><b>9. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются</b></p> <p>- стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина</p> <p>- иммуностимуляторы, нестероидные противовоспалительные препараты</p> <p>- плазмаферез</p> <p>- плазмообмен</p> <p><b>10. При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводится пациентам с</b></p> <p>- гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками</p> <p>- умеренной гипоальбуминемией, отсутствием признаков гиповолемии</p> <p>- умеренной гипоальбуминемией и признаками гиперволемии</p> <p>- развившимся после назначения преднизолона выраженным диурезом (т.н. "стероидным диурезом")</p> <p><b>11. Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является</b></p> <p>- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии</p> <p>- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей</p> <p>- реносцинтиграфия</p> <p>- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии</p> <p><b>12. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием</b></p> <p>- инфекций, тромбозов</p> <p>- гиперурикемии, мочекислой блокады</p> <p>- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии</p> <p>- повышенной кровоточивости, образованием гематом</p> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <table data-bbox="584 1114 1272 1415"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 1114 1032 1139">ОАМ</th> <th data-bbox="1032 1114 1272 1139">Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="584 1139 1032 1171">Параметры</td> <td data-bbox="1032 1139 1272 1171"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1171 1032 1203">Количество</td> <td data-bbox="1032 1171 1272 1203">150 мл</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1203 1032 1235">Цвет</td> <td data-bbox="1032 1203 1272 1235">Соломенно-желтый</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1235 1032 1267">Прозрачность</td> <td data-bbox="1032 1235 1272 1267">Прозрачная</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1267 1032 1299">Реакция</td> <td data-bbox="1032 1267 1272 1299">Кислая</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1299 1032 1331">Удельная плотность</td> <td data-bbox="1032 1299 1272 1331">1021</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1331 1032 1362">Белок</td> <td data-bbox="1032 1331 1272 1362">4,0 г/л</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1362 1032 1415">Уробилин</td> <td data-bbox="1032 1362 1272 1415">Отсутствует</td> </tr> </tbody> </table>	ОАМ	Значение	Параметры		Количество	150 мл	Цвет	Соломенно-желтый	Прозрачность	Прозрачная	Реакция	Кислая	Удельная плотность	1021	Белок	4,0 г/л	Уробилин	Отсутствует		
ОАМ	Значение																					
Параметры																						
Количество	150 мл																					
Цвет	Соломенно-желтый																					
Прозрачность	Прозрачная																					
Реакция	Кислая																					
Удельная плотность	1021																					
Белок	4,0 г/л																					
Уробилин	Отсутствует																					

		<p>Лейкоциты 1 – 2 в поле зрения  Эритроциты 0 – 1 в поле зрения  Цилиндры Гиалиновые  Эпителий Отсутствует  Бактерии Отсутствуют  Слизь Немного  Соли Отсутствуют</p> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Наименование</th> <th>Значение</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>40</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Альбумин</td> <td>18</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевина</td> <td>5,0</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>75</td> <td>Мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>6,5</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>2,2</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин общий</td> <td>10,1</td> <td>Мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Билирубин прямой</td> <td>1,6</td> <td>Мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>АЛТ</td> <td>17</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>АСТ</td> <td>22</td> <td>Ед/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевая кислота</td> <td>195</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Глюкоза</td> <td>4,1</td> <td>Ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>рСКФ (по CRD-TPI)</td> <td>126</td> <td>Мл/мин</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Ультразвуковое исследование почек.</b>  Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121x61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.  Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118x62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.</p>	Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	40	г/л	Альбумин	18	г/л	Мочевина	5,0	Ммоль/л	Креатинин	75	Мкмоль/л	Холестерин общий	6,5	Ммоль/л	Триглицериды	2,2	Ммоль/л	Билирубин общий	10,1	Мкмоль/л	Билирубин прямой	1,6	Мкмоль/л	АЛТ	17	Ед/л	АСТ	22	Ед/л	Мочевая кислота	195	Ммоль/л	Глюкоза	4,1	Ммоль/л	рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин		
Наименование	Значение	Единицы измерения																																												
Общий белок	40	г/л																																												
Альбумин	18	г/л																																												
Мочевина	5,0	Ммоль/л																																												
Креатинин	75	Мкмоль/л																																												
Холестерин общий	6,5	Ммоль/л																																												
Триглицериды	2,2	Ммоль/л																																												
Билирубин общий	10,1	Мкмоль/л																																												
Билирубин прямой	1,6	Мкмоль/л																																												
АЛТ	17	Ед/л																																												
АСТ	22	Ед/л																																												
Мочевая кислота	195	Ммоль/л																																												
Глюкоза	4,1	Ммоль/л																																												
рСКФ (по CRD-TPI)	126	Мл/мин																																												
		<p><b>Тема 7.</b>  <b>Алгоритмы диагностики и лечения в</b></p>	<p>СЗ 17. Больная 65 лет, учитель на пенсии, обратилась в поликлинику.  <b>Жалобы</b>  На повышенную утомляемость, полиурию, полидипсию, головокружения и головные боли при подъемах АД.</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1;</p>																																									

		<p><b>эндокринологии.</b></p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  С 45 лет – менопауза, избыточная масса тела, артериальная гипертония (подъемы АД до 150/100 мм рт ст), постоянно принимает фозиноприл 10 мг в сутки с эффектом. В 49 лет выявлен нарушение толерантности к глюкозе, в 52 года – диагностирован СД 2 типа (гипергликемия до 8,2 ммоль/л), назначен глюкофаж (метформин) 1500 мг в сутки (гликированный гемоглобин 7,2-7,4%), в связи с гиперхолестеринемией – торвакард 20 мг. После выхода на пенсию живет на даче, анализы сдает не регулярно. Два года назад в связи с ухудшением зрения обследовалась у окулиста, диагностирована пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, выполнена лазерокоагуляция сетчатки. В ОАМ в тот период – белок не выявлялся, альбуминурию не исследовала, креатинин сыворотки 100 мкмоль/л. Ухудшение состояния в течение последнего месяца – АГ стала хуже поддаваться коррекции, беспокоят слабость, головокружения, более выраженные, чем ранее, жажда и полиурия. Обратилась к участковому терапевту.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Перенесенные заболевания. Операции: в течение 20 лет – избыточная масса тела  Наследственность отягощена по материнской линии: ожирение, АГ, желчно-каменная болезнь.  Вредные привычки: нет.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 162 см. Температура тела 36,60С. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в минуту. АД 140/75 мм рт ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, болезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.</p> <p><b>Вопросы.</b>  <b>1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (4)</b>  - общий анализ мочи  - биохимический анализ крови  - общий анализ крови  - исследование альбуминурии  - проба Зимницкого  - определение титра анти-стрептококковых антител  <b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b>  - УЗИ почек  - мультиспиральная компьютерная томография почек с контрастированием  - динамическая нефросцинтиграфия  - цистоскопия  <b>3. О развитии диабетической нефропатии у данной больной могут свидетельствовать</b>  - повышенная альбуминурия, снижение СКФ, длительность течения СД, наличие других микрососудистых осложнений (диабетической ретинопатии)  - остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, недлительное течение сахарного диабета, отсутствие других его сосудистых осложнений  - развитие протеинурии при длительности СД менее 5 лет</p>	ПК-1	ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;
--	--	--	------	---

		<p>- быстрое формирование нефротического синдрома, сочетание его с гематурией</p> <p><b>4. Скрининг на диабетическую нефропатию, а именно оценка альбуминурии (соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи) и расчет СКФ пациенту с СД2 типа должен выполняться</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ежегодно</li> <li>- 1 раз в 2 года</li> <li>- 2 раза в год</li> <li>- при появлении отеков</li> </ul> <p><b>5. У данной пациентки хроническая болезнь почек по уровню фильтрации соответствует следующей стадии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ХБП-С3а</li> <li>- ХБП-С1</li> <li>- ХБП-С3б</li> <li>- ХБП-С5</li> </ul> <p><b>6. При лечении сахарного диабета выбор целевого уровня гликированного гемоглобина зависит от</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возраста пациента, ожидаемой продолжительности его жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии</li> <li>- индекса массы тела, уровня АД, выраженности гипергликемии, наличия сердечно-сосудистых осложнений</li> <li>- социального статуса, психического состояния</li> <li>- тяжести гипергликемии, выраженности гиперлипидемии</li> </ul> <p><b>7. Регулярная физическая активность при сахарном диабете 2 типа способствует</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- уменьшению инсулинорезистентности</li> <li>- стимуляции секреции инсулина</li> <li>- снижению альбуминурии</li> <li>- снижению уровня креатинина сыворотки крови</li> </ul> <p><b>8. Общие принципы ведения данной пациентки с диабетической нефропатией включают</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коррекцию веса, физическую активность, соблюдение диеты, достижение индивидуальных значений HbA1c, прием и-АПФ или БРА; коррекцию АГ и дислипидемии</li> <li>- активные физические нагрузки, соблюдение диеты с повышенным содержанием белка и калорий, расширенный питьевой режим, достижение целевого уровня HbA1c менее 6%</li> <li>- общий режим, соблюдение диеты без ограничения белка, соли, противопоказан прием и-АПФ или БРА</li> <li>- ограничение физических нагрузок, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки</li> </ul> <p><b>9. Показаниями к проведению биопсии почки при СД являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, развитие большой протеинурии и нефротического синдрома при длительности СД менее 5 лет, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия</li> <li>- почечная недостаточность неясной этиологии у пациентов с уменьшенными размерами почек</li> <li>- постепенное развитие протеинурии без эритроцитурии, формирование нефротического синдрома у пациента с длительно текущим СД с уже развившимися микрососудистыми осложнениями</li> <li>- нефротический синдром у больного СД с единственной почкой</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p><b>10. Применение метформина при СД допустимо на стадиях хронической болезни почек</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- С1-3а</li> <li>- С1-2</li> <li>- С1-4</li> <li>- С1-5</li> </ul> <p><b>11. К немодифицируемым факторам риска развития диабетической нефропатии относятся</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- длительность СД, генетические особенности</li> <li>- гипергликемия, АГ, дислипидемия</li> <li>- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия</li> <li>- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия</li> </ul> <p><b>12. Оптимальными методами заместительной почечной терапии при терминальной ХПН у больных СД являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки, сочетанная трансплантация почки и поджелудочной железы</li> <li>- плазмаферез, гемосорбция, изолированная трансплантация поджелудочной железы, трансплантация стволовых клеток</li> <li>- плазмаферез, трансплантация стволовых клеток</li> <li>- кишечный диализ, плазмаферез</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Общий анализ мочи</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Цвет</td> <td>Желтый</td> </tr> <tr> <td>Прозрачность</td> <td>Полная</td> </tr> <tr> <td>Реакция</td> <td>Кисла</td> </tr> <tr> <td>Белок</td> <td>следы</td> </tr> <tr> <td>Сахар</td> <td>Отрицательно</td> </tr> <tr> <td>Удельный вес</td> <td>1017</td> </tr> <tr> <td>Уробилин</td> <td>Нет</td> </tr> <tr> <td>Эпителий</td> <td>Нет</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>1-2 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>0-1 в поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Кристаллы</td> <td>Оксалатов небольшое количество</td> </tr> <tr> <td>Бактерии</td> <td>Нет</td> </tr> <tr> <td>Цилиндры</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Соли</td> <td>Нет</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Немного</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p>	Показатель	Значение	Цвет	Желтый	Прозрачность	Полная	Реакция	Кисла	Белок	следы	Сахар	Отрицательно	Удельный вес	1017	Уробилин	Нет	Эпителий	Нет	Лейкоциты	1-2 в поле зрения	Эритроциты	0-1 в поле зрения	Кристаллы	Оксалатов небольшое количество	Бактерии	Нет	Цилиндры	-	Соли	Нет	Слизь	Немного		
Показатель	Значение																																			
Цвет	Желтый																																			
Прозрачность	Полная																																			
Реакция	Кисла																																			
Белок	следы																																			
Сахар	Отрицательно																																			
Удельный вес	1017																																			
Уробилин	Нет																																			
Эпителий	Нет																																			
Лейкоциты	1-2 в поле зрения																																			
Эритроциты	0-1 в поле зрения																																			
Кристаллы	Оксалатов небольшое количество																																			
Бактерии	Нет																																			
Цилиндры	-																																			
Соли	Нет																																			
Слизь	Немного																																			

Наименование	Значение	Единицы измерения
Общий белок	69,8	г/л
Альбумин	40	г/л
Мочевина	5,0	Ммоль/л
Креатинин	90	Мкмоль/л
Холестерин общий	6,0	Ммоль/л
Триглицериды	1,53	Ммоль/л
Билирубин общий	7,2	Мкмоль/л
Билирубин прямой	1,2	Мкмоль/л
АЛТ	22	Ед/л
АСТ	12	Ед/л
Щелочная фосфатаза	64,0	МЕ/л
Мочевая кислота	420	Ммоль/л
Глюкоза	7,0	Ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	7,2	%
рСКФ (по CRD-TPI)	59	Мл/мин
<b>Общий анализ крови</b>		
Показатель	Значение	
Гемоглобин	130	
Гематокрит	41,7	
Лейкоциты	7,5	
Эритроциты	5,37	
Тромбоциты	210,0	
Средний объем эритроцита	93,2	
Среднее содержание гемоглобина	31,2	
Средняя концентрация гемоглобина	320	
Инд. распр. эритроцитов – коэф вар.	12,30	
Лимфоциты абс.	1,66	
Моноциты абс.	0,32	
Нейтрофилы абс.	3,29	
Эозинофилы абс.	0,22	
Базофилы абс.	0,02	
Лимфоциты	46,1	
Моноциты	8,8	
Гранулоциты		

			<p>Нейтрофилы 55,9  Эозинофилы 4,1  Базофилы 0,6  СОЭ по Панченкову 28</p> <p><b>Исследование альбуминурии</b>  Альбумин мочи – 50 мг/г Сг мочи (нома менее 30)</p> <p><b>Ультразвуковое исследование почек.</b>  Почки обычно расположены, контуры ровные, несколько увеличены размеры: левая почка 116x67x52 мм, толщина паренхимы 20 мм, правая 118x65x52 мм, толщина паренхимы 20 мм, кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Подвижность почек при дыхании обычная. При ЦДК кровоток не изменен, прослеживается до периферических отделов. Область надпочечников не изменена.</p>		
			<p>СЗ 18. На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 27 лет.</p> <p><b>Жалобы</b>  На похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон; сердцебиение, потливость, ломкость ногтей, слезотечение, покраснение глаз</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  В течение 3 месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение, повышение аппетита, ломкость ногтей, снижение веса, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздраженной, появилось слезотечение и инъекция склер, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи.  В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Росла и развивалась нормально. Работает учителем. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Беременности – 1, роды – 1.  Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин около 10 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит.</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 168 см, масса тела – 59 кг, индекс массы тела – 21 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 37,0<sup>0</sup>С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. АД – 130/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, деформирует ее, при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Трemor рук. ОУ отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века – 1 мм, положительный симптом Грефе.</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;

		<p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св Т4), свободный трийодтиронин (св Т3) сыворотки крови</li> <li>- антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови</li> <li>- анализ суточной мочи на метанефрин и норметанефрин</li> <li>- пролактин в сыворотке крови</li> <li>- кальцитонин сыворотки крови</li> <li>- тиреоглобулин сыворотки крови</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ультразвуковое исследование щитовидной железы</li> <li>- электрокардиография</li> <li>- рентгенография турецкого седла</li> <li>- МРТ надпочечников</li> <li>- эхокардиография</li> </ul> <p><b>3. Какой предполагаемый основной диагноз?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Диффузный токсический зоб 2 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.</li> <li>- Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.</li> <li>- Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.</li> <li>- Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.</li> </ul> <p><b>4. Перед назначением лечения пациенту необходимо исследовать</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический и биохимический анализы крови</li> <li>- иммунограмму и цитокиновый профиль</li> <li>- кальцитонин и тиреоглобулин</li> <li>- тиреолиберин и паратиреоидный гормоны</li> </ul> <p><b>5. Пациентке необходимо назначить</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- тиамазол 30 мг, метопролол 100 мг в сутки</li> <li>- преднизолон 20 мг, бисопролол 10 мг в сутки</li> <li>- индометацин 75 мг, анаприлин 40 мг в сутки</li> <li>- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии</li> </ul> <p><b>6. Для решения вопроса о снижении дозы тиреостатических препаратов необходимо провести</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исследование св. Т4 в сыворотке крови</li> <li>- исследование АТ к ТПО и АТ к ТГ</li> <li>- УЗИ щитовидной железы</li> <li>- скintiграфию щитовидной железы</li> </ul> <p><b>7. Определение уровня св. Т4 необходимо провести через _____ недель от начала лечения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-4</li> <li>- 12-14</li> <li>- 1-2</li> <li>- 16-18</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p><b>8. Лечение тимазолом необходимо продолжать ____ месяцев</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12-18</li> <li>- 8-10</li> <li>- 4-6</li> <li>- 24-36</li> </ul> <p><b>9. Пациентке рекомендована консультация</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- офтальмолога</li> <li>- невролога</li> <li>- дерматолога</li> <li>- психиатра</li> </ul> <p><b>10. Назовите глазные симптомы при тиреотоксикозе</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Грефе</li> <li>- экзофтальм</li> <li>- Хвостека</li> <li>- светобоязнь</li> </ul> <p><b>11. В случае неэффективности консервативной терапии пациентке может быть рекомендовано</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- смена тиреостатика, переход на терапию пропилтиоурацилом</li> <li>- хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии</li> <li>- терапия радиоактивным йодом</li> <li>- пульс-терапия преднизолоном с последующей повторной терапией тиамозолом в низких дозах</li> </ul> <p><b>12. Для исключения эндокринной офтальмопатии необходимо дообследование</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- МРТ мягких тканей орбит</li> <li>- ангиография сетчатки</li> <li>- осмотр глазного дна с использованием щелевой лампы</li> <li>- УЗИ глаза</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св Т4), свободный трийодтиронин (св Т3) сыворотки крови</b></p> <p>ТТГ – 0,01 мЕд/мл (норма 0,4-4,0)</p> <p>Св. Т4 – 29,6 пмоль/л (норма 10,8-22,0)</p> <p>Св. Т3 – 7,1 пмоль/л (норма 2,6 – 5,7)</p> <p><b>Антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови</b></p> <p>АТ к рТТГ– 21 Ед/л (норма менее 1 Ед/л)</p> <p><b>Ультразвуковое исследование щитовидной железы</b></p> <p>Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли – 18 мл, объем левой доли – 16 мл, паренхима пониженной эхогенности. Узлы не визуализируются. Кровоток усилен. Региональные лимфоузлы не изменены.</p> <p><b>Электрокардиография.</b></p> <p>Синусовая тахикардия с ЧСС 112 в минуту. Вертикальное положение ЭОС</p>		
--	--	--	--	--

<p><b>Б1.Б. 7.3</b></p>	<p><b>Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике</b></p>	<p><b>Тема 8. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических больных в амбулаторной практике.</b></p>	<p>СЗ 19. Женщина 70 лет на приеме у врача общей практики.</p> <p><b>Жалобы</b> На боли в коленных суставах, больше справа, высокой интенсивности, пронизывающие, появляющиеся при ходьбе, проходящие в покое; ограничение движений в правом коленном суставе из-за боли.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Считает больной в течение 16 лет, с тех пор как упала на колени с высоты собственного роста. После травмы появились боль и отечность правого коленного сустава. Лечилась амбулаторно у травматолога поликлиники, принимала ибупрофен, кеторолак, глюкозами с временным эффектом. В течение последнего года боли в коленных суставах усилились, из-за выраженного болевого синдрома стало невозможно опереться на правую ногу. Последний месяц использует трость.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Перенесенные заболевания: холецистэктомия в возрасте 43 лет и редкие острые вирусные инфекции (1-2 раза в год). Артериальная гипертензия с 20 лет, отмечает периодические подъемы АД, гипотензивные препараты не принимает. Гепатит, туберкулез, СД отрицает. Переливаний крови не было. Семейный анамнез: у матери – гипертоническая болезнь. В настоящее время на пенсии, ранее работала продавцом. Беременностей – 7, роды – 2, выкидыши – 1, аборт – 4. Менопауза с 48 лет. Вредные привычки – отрицает.</p> <p><b>Объективный статус</b> Состояние средней тяжести из-за болевого синдрома. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Рост – 165 см, вес – 85 кг, ИМТ – 31,2 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 86 см. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: коленные суставы незначительно увеличены в объеме, больше справа, движения в них несколько ограничены, при пальпации болезненные. При пассивных и активных движениях определяется крепитация в коленных суставах. В легких перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание жестковатое, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Границы относительной сердечной тупости расширены на 1.5 см влево от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД=154/80 мм рт ст, ЧСС 92 удара в минуту. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Стул и диурез не нарушены. Отеки до нижней трети голеней, симметричные с обеих сторон. Пульсация периферических сосудов сохранена.</p> <p><b>Вопросы</b> <b>1. Необходимым инструментальным методом обследования для проведения диагностики в данном случае является</b> - рентгенография коленных суставов - рентгенография стоп - рентгенография органов грудной клетки - рентгенография поясничного отдела позвоночника <b>2. Лабораторными методами обследования, необходимыми для проведения диагностики, в данном случае являются (2)</b></p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2</p>
-------------------------	---	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>общий анализ крови</b></li> <li>- <b>биохимический анализ крови</b></li> <li>- коагулограмма</li> <li>- кровь на иммуноглобулины</li> <li>- протеинограмма</li> <li>- антинуклеарный фактор</li> </ul> <p><b>3. Среди критериев метаболического синдрома у пациентки имеется (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>абдоминальное ожирение</b></li> <li>- <b>артериальная гипертензия</b></li> <li>- снижение скорости клубочковой фильтрации</li> <li>- гиперурикемия</li> <li>- сахарный диабет</li> <li>- подагра</li> </ul> <p><b>4. Для выявления нарушений углеводного обмена применяется определение глюкозы крови натощак и через _____ часа после перорального приема _____ г глюкозы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2; 75</b></li> <li>- 4; 75</li> <li>- 2; 125</li> <li>- 4; 125</li> </ul> <p><b>5. Диагнозом пациентки является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>двусторонний гонартроз, метаболический синдром</b></li> <li>- остеоартроз генерализованный, ожирение</li> <li>- реактивный артрит, метаболический синдром</li> <li>- ревматоидный артрит, вторичный остеоартроз</li> </ul> <p><b>6. Индекс массы тела пациентки равен 33,02 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ожирению 1 степени</b></li> <li>- избыточному весу</li> <li>- нормальному весу</li> <li>- ожирению 2 степени</li> </ul> <p><b>7. Для уменьшения болей в суставах используют</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>нестероидные противовоспалительные препараты</b></li> <li>- цитостатики</li> <li>- генно-инженерные биологические препараты</li> <li>- спазмолитики</li> </ul> <p><b>8. Данной пациентке в рамках антигипертензивной терапии в первую очередь рекомендовано назначение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ингибиторов РААС</b></li> <li>- недигидропиридинового блокатора кальциевых каналов</li> <li>- вазодилататора</li> <li>- бета-блокатора</li> </ul> <p><b>9. Структурно-модифицирующее действие хондропротекторов проявляется при длительности приема</b></p>		
--	--	--	--	--

		<p>не менее</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 лет</li> <li>- 12 недель</li> <li>- 6 мес</li> <li>- 1 года</li> </ul> <p><b>10. При отсутствии эффекта от вышеуказанной терапии данной пациентке рекомендуется</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хирургическое лечение</li> <li>- пульс-терапия глюкокортикостероидами</li> <li>- длительная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами</li> <li>- введение генно-инженерных биологических препаратов</li> </ul> <p><b>11. Основными факторами риска развития гонартроза у пациентки были</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ожирение и травма</li> <li>- гипермобильность сустава</li> <li>- избыточная физическая нагрузка</li> <li>- неправильная ось сустава</li> </ul> <p><b>12. Пациентка относится к ___ группе состояния здоровья</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ша</li> <li>- I</li> <li>- II</li> <li>- Шб</li> </ul> <p><b>Результаты инструментального метода обследования</b></p> <p><b>Рентгенография коленных суставов</b></p> <p>На рентгенограммах коленных суставов определяется значительное сужение рентгеновской суставной щели, главным образом во внутреннем отделе обоих суставов. В правом коленном суставе суставная щель практически не прослеживается. Замыкающая пластинка эпифизов неравномерно расширена. Имеется субхондральный склероз и регионарный остеопороз. Вокруг внутренних мыщелков бедренной кости и большеберцовой кости – крупные костные краевые разрастания (остеофиты). Небольшие костные краевые разрастания отмечаются и в наружном отделе суставов.</p> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p> <table border="1" data-bbox="584 1145 1612 1417"> <thead> <tr> <th>Наименование</th> <th>Значение</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Общий белок</td> <td>79,2</td> <td>г/л</td> </tr> <tr> <td>Мочевая кислота</td> <td>380</td> <td>мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Креатинин</td> <td>68</td> <td>мкмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Холестерин общий</td> <td>7,06</td> <td>ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>Триглицериды</td> <td>1,8</td> <td>ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛПНП</td> <td>4,9</td> <td>ммоль/л</td> </tr> <tr> <td>ЛПВП</td> <td>1,87</td> <td>ммоль/л</td> </tr> </tbody> </table>	Наименование	Значение	Единицы измерения	Общий белок	79,2	г/л	Мочевая кислота	380	мкмоль/л	Креатинин	68	мкмоль/л	Холестерин общий	7,06	ммоль/л	Триглицериды	1,8	ммоль/л	ЛПНП	4,9	ммоль/л	ЛПВП	1,87	ммоль/л		
Наименование	Значение	Единицы измерения																										
Общий белок	79,2	г/л																										
Мочевая кислота	380	мкмоль/л																										
Креатинин	68	мкмоль/л																										
Холестерин общий	7,06	ммоль/л																										
Триглицериды	1,8	ммоль/л																										
ЛПНП	4,9	ммоль/л																										
ЛПВП	1,87	ммоль/л																										

			Билирубин общий 10,3 мкмоль/л АЛТ 18 Ед/л АСТ 17 Ед/л Щелочная фосфатаза 64,0 МЕ/л Глюкоза 5,9 ммоль/л  <b>Общий анализ крови</b> Показатель Значение Гемоглобин 135 Лейкоциты 5,5 Эритроциты 4,56 Тромбоциты 208,0 Лимфоциты 31% Моноциты 9% Гранулоциты Нейтрофилы 60% СОЭ по Панченкову 15 мм/час		
Б1.Б.7.4	Акушерство и гинекология в общей врачебной практике	Тема 9. Соматическая патология беременных в работе врача общей практики.	СЗ 20. Беременная 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому <b>Жалобы</b> На боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приема пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приема пищи, отрыжку кислым, тошноту, запоры (двух-трехдневная задержка стула) <b>Анамнез заболевания</b> Срок беременности – 10 недель. Вышеописанные симптомы беспокоят в течение 2 недель, для уменьшения болей принимала соду. Обратилась в районную поликлинику. <b>Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально. Работает бухгалтером. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12 перстной кишки с 16 лет с сезонными обострениями, последнее обострение – год назад, ранний гестоз (тошнота, рвота) Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: отрицает. <b>Объективный статус</b> Состояние средней тяжести. Рост – 172 см, масса тела – 72 кг, температура тела – 36,80С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот участвует в акте дыхания, округлой формы. При пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезенки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.7

		<p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- кал на скрытую кровь</li> <li>- коагулограмма</li> <li>- бактериологическое исследование крови на стерильность</li> <li>- бактериологическое исследование мочи</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эзофагогастродуоденоскопия</li> <li>- трансабдоминальное ультразвуковое исследование</li> <li>- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря</li> <li>- рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки</li> </ul> <p><b>3. Альтернативным методом инструментальной диагностики у данной пациентки является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ультразвуковое исследование желудка и 12 перстной кишки</li> <li>- КТ желудка и 12 перстной кишки</li> <li>- рентгеноскопия желудка и 12 перстной кишки</li> <li>- сцинтиграфия желудка и 12 перстной кишки</li> </ul> <p><b>4. Какой основной диагноз?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Язвенная болезнь с локализацией язвы средних размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы 12 перстной кишки, рецидивирующее течение, обострение. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки.</li> <li>- Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы 12 перстной кишки, хроническое течение. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки.</li> <li>- Язвенная болезнь 12 перстной кишки, непрерывно рецидивирующее течение. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки по типу «песочных часов».</li> <li>- Язвенная болезнь с локализацией язвы больших размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы 12 перстной кишки, рецидивирующее течение, рубцевание. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки.</li> </ul> <p><b>5. В данной ситуации лечение следует начать с</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- невсасывающихся антацидов</li> <li>- H2-блокаторов</li> <li>- ингибиторов протонной помпы</li> <li>- амоксицилина</li> </ul> <p><b>6. Для купирования болевого синдрома целесообразно назначение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- спазмолитиков</li> <li>- нестероидных противовоспалительных препаратов</li> <li>- анальгетиков-антипиретиков</li> <li>- препаратов висмута</li> </ul> <p><b>7. В период лечения показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1</li> <li>- 7</li> </ul>		
--	--	---	--	--

- 9  
 - 10  
**8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данной пациентки составляют \_\_\_\_\_ дней**  
 - 25  
 - 7  
 - 10  
 - 15  
**9. Пациентка относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья**  
 - Шб  
 - I  
 - II  
 - Ша  
**10. Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет \_\_\_\_\_ раз/раза в год**  
 - 1  
 - 2  
 - 3  
 - 4  
**11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет \_\_\_\_\_ раз/раза в год**  
 - 1  
 - 2  
 - 3  
 - 4  
**12. Длительность диспансерного наблюдения с момента последнего обострения основного заболевания составляет \_\_\_\_\_ года/лет**  
 - 5  
 - 1  
 - 2  
 - 3

**Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования**  
**Общий анализ крови**

Показатель	Значение
Гемоглобин	134
Гематокрит	36
ЦП	0,83
Лейкоциты	7,6
Эритроциты	4,6
Тромбоциты	210,0

			<p>Средний объем эритроцита 84</p> <p>Среднее содержание гемоглобина 28</p> <p>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците 36,2</p> <p>Ретикулоциты 10</p> <p>Лимфоциты 34</p> <p>Моноциты 2</p> <p>Гранулоциты</p> <p>Нейтрофилы палочкоядерные 4</p> <p>Нейтрофилы сегментоядерные 58</p> <p>Эозинофилы 2</p> <p>Базофилы 0</p> <p>СОЭ по Панченкову 25</p> <p><b>Кал на скрытую кровь</b> Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная.</p> <p><b>Результаты инструментального метода обследования.</b> <b>Эзофагогастродуоденоскопия</b> Пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натошак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой желудка обычной формы. Луковица 12 перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.</p>		
<b>Б1.Б. 7.5</b>	<b>Неврология и психиатрия в общей врачебной практике</b>	<b>Тема 10. Алгоритмы диагностики и лечения неврологического больного в амбулаторной практике.</b>	<p>СЗ 21. Врач терапевт был вызван на дом в связи с обращением родственников мужчины 80 лет, не способного самостоятельно прийти в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы</b> Со слов дочери пациента он испытывает выраженную общую слабость в течение последних двух месяцев, приводящую к затруднениям при перемещении по дому и самостоятельном выполнении гигиенических процедур, во время приема пищи.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Около 15 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой прием винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит контрольный осмотр 2 раза в год.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Работал до 65 лет. После прекращения трудовой деятельности вел малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 67 до 60 кг, снижение аппетита, сокращение физической активности, замедление темпа и сторбленность при ходьбе, периодически – падения, утрату интереса к происходящему.</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2

		<p><b>Объективный статус</b>  Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена. Рост 168 см, масса тела 59,6 кг, ИМТ = 21 кг/м<sup>2</sup>. Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в минуту. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 140 и 80 мм рт ст, ЧСС 67 в минуту. Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациента синдром старческой</b>  - астении  - гипертонии  - дистонии  - дистрофии</p> <p><b>2. Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типов, с использованием опросника</b>  - «Возраст не помеха»  - Бартела  - Катца  -SF-36</p> <p><b>3. Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является</b>  - падения  - недержание мочи  - повышенная утомляемость  - депрессия</p> <p><b>4. Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является</b>  - снижение веса  - саркопения  - остеопения  - утрата интереса к происходящему</p> <p><b>5. Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется</b>  - комплексной гериатрической оценкой  - комплексной оценкой функционирования  - комплексной оценкой социального статуса  - оценкой выраженности особых проблем</p> <p><b>6. При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции</b></p>		
--	--	--	--	--

		<p>рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общего белка и альбумина</li> <li>- общего холестерина</li> <li>- общего билирубина</li> <li>- креатинина</li> </ul> <p><b>7. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Бартела</li> <li>- Апгар</li> <li>- Векслера</li> <li>- Лаутона</li> </ul> <p><b>8. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STOP/START</li> <li>- ШОКС</li> <li>- шкалы Глазго</li> <li>- качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>9. Пациентам с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития с целью улучшения или поддержания физического, функционального и когнитивного статуса рекомендована</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- регулярная физическая активность</li> <li>- гипохолестериновая диета</li> <li>- терапия ноотропными средствами</li> <li>- коррекция тревожно-депрессивных нарушений</li> </ul> <p><b>10. При проведении диспансеризации граждан 75 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациента по шкале «Возраст не помеха» с целью выявления</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гериатрических синдромов</li> <li>- функциональной полноценности</li> <li>- психоэмоциональных нарушений</li> <li>- синдрома лекарственной зависимости</li> </ul> <p><b>11. Диспансерное наблюдение пациента с синдромом старческой астении в соответствии с индивидуальным планом осуществляет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- врач-гериатр</li> <li>- врач-терапевт</li> <li>- врач-невролог</li> <li>- врач общей практики</li> </ul> <p><b>12. Всем пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом для профилактики переломов рекомендовано назначение комбинации</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- витамина D и препарата кальция</li> <li>- витамин С и препарата калия</li> <li>- витаминов группы В и препарата магния</li> </ul>		
--	--	---	--	--

			- витамина А и препарата калия		
<b>Б1.Б. 7.6</b>	<b>Болезни внутренних органов у детей в ОВП</b>	<b>Тема 11. Болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения у детей.</b>	<p>СЗ 22. Вызов на дом к ребенку 2-х лет</p> <p><b>Жалобы</b> На повышение температуры в течение 5-ти дней, кашель, насморк, вялость, недомогание, светобоязнь, слезоточивость.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Болен 6-е сутки. Заболел остро, отмечался подъем температуры до 38,00С, на 3-и сутки до 38,60С, вялость, слабость, головная боль, снижение аппетита, умеренная боль в горле, сухое покашливание. С первых суток заболевания отмечалась обильная ринорея серозного характера, на 2-й день появилось умеренная светобоязнь, слезоточивость, «ощущение песка» в глазах. Лечился в домашних условиях, получал симптоматическую терапию без эффекта.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> ОРВИ каждый месяц, дважды обструктивный бронхит, отит, гастроэнтерит неясной этиологии. Аллергоанамнез: пищевая аллергия на рыбу, молоко. Наследственность неотягощена. Эпидемиологический анамнез: посещает детский сад, карантина нет, но в группе есть дети с кашлем и насморком, в семье все здоровы.</p> <p><b>Объективный статус</b> Температура тела 38,70С. На высоте температуры была однократная рвота. Ребенок контактен, кожные покровы бледные. Конечности холодные на ощупь. Кашель короткий влажный, нечастый. Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное слизисто-серозное отделяемое. Отмечается пастозность лица, отечность век. Конъюнктивы обоих глаз гиперемированы, отечны, отмечается зернистость, вследствие воспаленных фолликулов, нежные беловато-серые пленчатые наложения, не распространяющиеся за пределы конъюнктивы. Кровоизлияние в склеру левого глаза. Увеличены подчелюстные и переднешейные лимфоузлы до 1,5 см, безболезненные, подвижные. Умеренная гиперемия, отек и зернистость задней стенки глотки. Миндалины гипертрофированы 2 ст, гиперемированы, налетов нет. Язык умеренно обложен. ЧД – 30 в 1 минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы. ЧСС – 122 уд. в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Диурез без особенностей.</p> <p><b>Вопросы.</b> <b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (3)</b> - полимеразная цепная реакция к возбудителям респираторных инфекций в мазке из зева - клинический анализ крови - серологическое исследование крови для определения антител к возбудителям респираторных инфекций - клинический анализ мочи - биохимический анализ крови - иммунологический анализ крови (IgA, IgG, IgM) - посев из ротоглотки на флору</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1

		<p><b>2. Какое инструментальное обследование необходимо провести для уточнения диагноза</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рентгенографию органов грудной клетки</li> <li>- рентгенография придаточных пазух носа</li> <li>- КТ грудной клетки</li> <li>- ЭКГ</li> </ul> <p><b>3. Сформулируйте основной диагноз.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Острая респираторная вирусная инфекция (ринофарингоконъюнктивит, бронхит) средней степени тяжести, аденовирусной этиологии. Осложнения: кровоизлияния в склере левого глаза.</b></li> <li>- Энтеровирусная инфекция (фарингоконъюнктивит), средней степени тяжести.</li> <li>- Инфекционный мононуклеоз, типичный, средней степени тяжести</li> <li>- Острая респираторная вирусная инфекция (ринофарингоконъюнктивит, бронхит) легкой степени тяжести</li> </ul> <p><b>4. Какие изменения в гемограмме характерны для данной инфекции</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лейкоцитоз или лейкопения, лимфоцитоз, нормальная или умеренно повышенная СОЭ</li> <li>- лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, пониженная СОЭ</li> <li>- лейкоцитоз, моноцитоз, нейтрофилез, значительное повышение СОЭ</li> <li>- лейкопения, атипичные мононуклеары более 20%, эозинофилия</li> </ul> <p><b>5. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- другими респираторными вирусными инфекциями</li> <li>- корью в катаральном периоде</li> <li>- дифтерией глаз</li> <li>- лептоспирозом</li> <li>- ВИЧ инфекцией</li> <li>- краснухой</li> <li>- паракокклюшем</li> </ul> <p><b>6. Этиотропная терапия в данном случае</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не проводится</li> <li>- проводится антибактериальными препаратами</li> <li>- проводится препаратами интерферона</li> <li>- проводится препаратами индукторами интерферона</li> </ul> <p><b>7. Тактика ведения данного больного включает</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ведение пациента в амбулаторных условиях</li> <li>- госпитализацию на инфекционное отделение, в бокс</li> <li>- госпитализацию в соматическое отделение</li> <li>- ведение пациента в дневном стационаре</li> </ul> <p><b>8. К жаропонижающим препаратам, которые можно использовать у данного пациента, относят</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ибупрофен и Парацетамол</li> <li>- Ибупрофен и Ацетилсалициловую кислоту</li> <li>- Метамизол натрия и Парацетамол</li> <li>- Метамизол натрия и Ацетилсалициловую кислоту</li> </ul> <p><b>9. Осложнениями данной инфекции могут быть</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вирусно-бактериальная пневмония, отит, синусит, евстахиит</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p>- менингит, энцефалит, пиелонефрит. Стоматит  - стоматит. Артрит, миокардит, болезнь Крона  - гиперкинез, паротит, гломерулонефрит</p> <p><b>10. Симптоматическая терапия включает</b>  - промывание носа физраствором, отсасывание слизи, деконгестанты на 2-3 дня, жаропонижающие – при необходимости, мукоактивные препараты  - противокашлевые средства, спазмолитики, деконгестанты  - бронхолитики, антибиотики, ингаляции с нафтизином, деконгестанты  - энтеросорбенты, противокашлевые средства, антигистаминные препараты</p> <p><b>11. В терапии вирусного конъюнктивита используют</b>  - противовирусные капли в глаза (офтальмоферон), 0,25% оксолиновую мазь, флореналиевую мазь  - левомицетиновые глазные капли, тетрациклиновую мазь  - тетрациклиновую глазную мазь, сульфацил –натрия 20%  - эритромициновую глазную мазь, зовиракс мазь</p> <p><b>12. Профилактические мероприятия в очаге</b>  - Ранняя диагностика и изоляция больных. В дошкольных учреждениях в отношении контактных: ежедневная термометрия, осмотр слизистых носоглотки. В помещениях влажная уборка, проветривание, кварцевание. Текущая и заключительная дезинфекция. Специфической профилактики нет.  - Текущая (влажная уборка) и заключительная дезинфекция. Специфическая профилактика  - Ранняя диагностика. В дошкольных учреждениях в отношении контактных: ежедневная термометрия. Осмотр слизистых носоглотки, не запрещается прием новых детей и перевод из одной группы в другую. Назначение контактным антибиотикотерапии. Заключительная дезинфекция. Специфической профилактики нет.  - Изоляция больных в дневной стационар. В дошкольных учреждениях: ежедневная термометрия, осмотр слизистых носоглотки. В помещениях кварцевание. Специфическая профилактика.</p> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b>  <b>Результаты ПЦР к возбудителям респираторных инфекций в мазке из зева.</b> В мазке из зева выявлено ДНК аденовируса.</p> <p><b>Клинический анализ крови</b></p> <table border="1" data-bbox="584 1114 1317 1422"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин</td> <td>129</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>4,1</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты</td> <td>250,0</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Гранулоциты</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Гемоглобин	129	Лейкоциты	11	Эритроциты	4,1	Тромбоциты	250,0	Лимфоциты	69	Моноциты	5	Гранулоциты		Нейтрофилы палочкоядерные	1		
Показатель	Значение																					
Гемоглобин	129																					
Лейкоциты	11																					
Эритроциты	4,1																					
Тромбоциты	250,0																					
Лимфоциты	69																					
Моноциты	5																					
Гранулоциты																						
Нейтрофилы палочкоядерные	1																					

		<p>Нейтрофилы сегментоядерные 21</p> <p>Эозинофилы 4</p> <p>Базофилы 0</p> <p>СОЭ по Панченкову 8</p> <p><b>Серологическое исследование крови</b></p> <p>Показатель Результат</p> <p>Мус. Pneumonia IgM отрицательный</p> <p>Мус. Pneumonia IgG 20</p> <p>Chlamidia pneumonia IgM отрицательный</p> <p>Chlamidia pneumonia IgG отрицательный</p> <p>Цитомегаловирус IgM (качеств) отрицательный</p> <p>Цитомегаловирус IgG (качеств) отрицательный</p> <p>Антитела класса IgG к вирусу кори 6</p> <p>Титр антител к аденовирусу I срок 1:40</p> <p>Титр антител к аденовирусу II срок 1:160</p> <p>Антитела класса IgA к аденовирусу 32</p> <p><b>Рентгенография органов грудной клетки</b></p> <p>При рентгенографии органов грудной клетки легочные поля без очагово-инфильтративных теней.</p>		
		<p>СЗ 23. Мама с дочкой 14 лет на приеме у врача.</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>На боли в эпигастрии, голодные боли, боли в животе ночью.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Впервые 2 месяца назад девочка стала жаловаться на эпизодические боли в эпигастрии и пилородуоденальной области, возникающие натощак или через 2,5-3 часа после еды. В последние 3-4 недели присоединились ночные боли и изжога. К врачу ранее не обращалась. Терапию не получала. Последний эпизод болей в животе был 3 часа назад, после еды боли купировались.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Девочка от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 срочных родов путем кесарева сечения. Масса при рождении 4150 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась согласно возрасту.</p> <p>Грудное вскармливание до 1 года, прикормы введены в 4 мес. С 1,5 лет питание с общего стола, в течение</p>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2;</p>

		<p>последнего года питание нерегулярное, с большими промежутками между приемами пищи, перекусы фастфудом.</p> <p>Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесла ветряную оспу, краснуху. Наблюдается дерматологом по поводу себореи волосистой части головы (в настоящее время ремиссия).</p> <p>Семейный анамнез: мать – 55 лет, эндемический зоб щитовидной железы; отец – 53 года, практически здоров; сестра – 17 лет, практически здорова. У дедушки по линии отца – язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие хорошее. Рост 176 см, вес 71 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки влажные, чистые. Подкожно-жировой слой выражен достаточно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца, ясные, звонкие, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. Язык обложен густо белым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательны. Со слов ребенка стул ежедневный, оформленный коричневого цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <p><b>1. Какой диагноз можно предположить у ребенка в данном клиническом случае, на основании жалоб, клинического течения заболевания, учитывая факторы риска анамнеза жизни?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Язвенная болезнь</li> <li>- Хронический гастрит</li> <li>- Функциональная диспепсия</li> <li>- Язвенный колит</li> </ul> <p><b>2. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии (2)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ФГДС</li> <li>- УЗИ органов брюшной полости</li> <li>- УЗИ почек и мочевого пузыря</li> <li>- эхокардиография</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- обзорный рентгеновский снимок брюшной полости</li> </ul> <p><b>3. Какие лабораторные методы обследования рекомендуются для определения инфицированности <i>Helicobacter pylori</i> при язвенной болезни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализ кала на антиген <i>Helicobacter pylori</i></li> <li>- уреазный дыхательный тест с C13-меченным атомом углерода</li> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- выявление anti-<i>H.pylori</i> IgA в сыворотке крови методом ИФА</li> <li>- биохимический анализ крови</li> <li>- микробиологическое исследование кала на <i>Helicobacter pylori</i></li> </ul>		<p>ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1</p>
--	--	---	--	--

		<p><b>4. На основании проведенных обследований можно поставить основной клинический диагноз</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, впервые выявленная, Н.р позитивная, фаза обострения, неосложненная</b></li> <li>- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, Н.р позитивная, фаза обострения, осложненная хроническим дуоденитом</li> <li>- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, Н.р негативная, фаза обострения, осложненная функциональной диспепсией</li> <li>- Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, Н.р позитивная, фаза обострения, неосложненная</li> </ul> <p><b>5. Осложнениями данного заболевания являются</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>кровотечение, стеноз, перфорация, пенетрация</b></li> <li>- железодефицитная анемия, хронический панкреатит</li> <li>- острый билиарный панкреатит, синдром мальабсорбции</li> <li>- острый живот, ферментативная недостаточность</li> </ul> <p><b>6. Терапия первой линии при язвенной болезни включает препараты</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин</b></li> <li>- ингибитор протонной помпы + висмута субцитрат + метронидазол</li> <li>- висмута субцитрат + амоксициллин + кларитромицин</li> <li>- висмута субцитрат + ингибитор протонной помпы + кларитромицин</li> </ul> <p><b>7. В схему квадротерапии язвенной болезни у детей рекомендовано включить</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>висмута трикалия дицитрат</b></li> <li>- нифурател</li> <li>- фамотидин</li> <li>- метронидазол</li> </ul> <p><b>8. Продолжительность стандартной эрадикационной терапии составляет _____ дней</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>14</b></li> <li>- 7</li> <li>- 5</li> <li>- 10</li> </ul> <p><b>9. Срок диспансерного наблюдения при данном заболевании составляет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 лет</b></li> <li>- 3 года</li> <li>- 2 года</li> <li>- 10 лет</li> </ul> <p><b>10. С целью профилактики рецидивов данного заболевания в период ремиссии необходимо</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>соблюдать диету</b></li> <li>- нормализовать массу тела</li> <li>- нормализовать питьевой режим</li> <li>- исключить гистаминолибераторы</li> </ul> <p><b>11. Наиболее частым осложнением эрадикационной терапии является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>диарея</b></li> <li>- запор</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p>- глоссит - колит</p> <p><b>12. Для повышения эффективности и безопасности, антихеликобактерную терапию рекомендовано проводить на фоне</b></p> <p><b>- пробиотиков</b> - спазмолитиков - антацидов - ферментов</p> <p><b>Результаты инструментальных методов обследования</b> <b>Фиброзофагогастроуденоскопия</b> Пищевод свободно проходим. Слизистая оболочка пищевода розовая. «Зубчатая линия» прослеживается равномерно. Кардия смыкается полностью. В желудке много мутного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка розовые в теле и в антральном отделе. Привратник розетковидной формы, сомкнут, перистальтика активная. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые оболочки очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. По передней и задней стенкам в средней трети определяются два активных язвенных дефекта до 0,5 см в диаметре, с неровными контурами, частично фрагментированы, с перифокальной реакцией, с конвергенцией складок. Б/д переход проходим свободно. Постлуковичный отдел – складки обычного калибра, концентрично расположены, слизистая оболочка гиперемированная, рыхлая Фатеров сосок по медиальной стенке, уплощен. Желчь на проведении ФЭГДС выделялась дробно. Заключение: Бульбит. Дуоденит. Множественные язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, 1 стадия.</p> <p><b>УЗИ органов брюшной полости</b> Печень: топография не изменена, контуры четкие, ровные, размеры: правая доля 143 мм, левая доля 68 мм. Структура однородная, эхогенность не изменена, сосудистый рисунок незначительно усилен. Желчный пузырь: 88x23 мм, стенка утолщена, форма не изменена, отмечается лабильный перегиб в теле, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа: контуры четкие, ровные, сохранены. Размеры: головка 17 мм, тело 16 мм, хвост 123 мм (N 17/13/18). Эхогенность паренхимы не изменена, структура однородная. Заключение: Патологии не выявлено.</p> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b> <b>Анализ кала на антиген H.pylori</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Значение</td> </tr> <tr> <td>H.pylori, качественное определение антигенов в кале</td> <td>Обнаружено</td> </tr> </table> <p><b>Уреазный дыхательный тест с C13-меченным атомом углерода</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Показатель</td> <td>Значение</td> </tr> <tr> <td>ДОВ</td> <td>20,0%</td> </tr> </table>	Показатель	Значение	H.pylori, качественное определение антигенов в кале	Обнаружено	Показатель	Значение	ДОВ	20,0%		
Показатель	Значение											
H.pylori, качественное определение антигенов в кале	Обнаружено											
Показатель	Значение											
ДОВ	20,0%											

		<p>СЗ 24. Амбулаторный прием, девочка 14 лет</p> <p><b>Жалобы</b> Приступы учащенного сердцебиения с частотой примерно 220 минуту, длительностью 3 минуты, проходит самостоятельно</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Приступы тахикардии отмечаются в течение последних двух лет около двух раз в год. Приступы возникают внезапно на фоне спокойного состояния, причину возникновения приступов девочка назвать не может. Болей в сердце, головокружения и синкопов не отмечает.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Заболеваний сердечно-сосудистой системы у родителей нет. Случаи внезапной смерти в молодом возрасте в семье и у родственников отрицает. Вредных привычек нет.</p> <p><b>Объективный статус</b> Состояние при осмотре удовлетворительное. Температура тела 36,60С. Щитовидная железа не увеличена. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимы слизистые обычной окраски. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – III ребро; правая – по правому краю грудины; левая – по левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок в V межреберье. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу, тоны сердца ясные. ЧСС 78 ударов в минуту. АД (справа) 110/70 мм рт ст, АД (слева) 110/68 мм рт ст, АД на ногах: 126/74 мм рт.ст. Пульсация на бедренных артериях отчетливая. Шумы на сонных артериях, на брюшной аорте – не выслушиваются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Мочевыделение не нарушено, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общий анализ крови</li> <li>- биохимический анализ крови</li> <li>- гормоны щитовидной железы (тиреотропный гормон, Т4 свободный, антитела к тиреопероксидазе)</li> <li>- клинический анализ мочи</li> <li>- иммунологический анализ крови (IgA, IgG, IgM)</li> <li>- коагулограмма</li> </ul> <p><b>2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эхокардиография</li> <li>- ЭКГ</li> <li>- холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ</li> <li>- ультразвуковое исследование органов брюшной полости</li> <li>- суточное мониторирование АД</li> <li>- ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей (УЗДС сосудов нижних конечностей)</li> </ul> <p><b>3. Основной диагноз можно сформулировать как</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия</li> <li>- Расстройство вегетативной нервной системы по симпатикотоническому типу</li> </ul>	<p>УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1</p>
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Хроническая суправентрикулярная тахикардия</li> <li>- Пролапс митрального клапана 1 степени</li> <li><b>4. Возможным осложнением пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии является</b></li> <li>- <b>острая недостаточность кровообращения</b></li> <li>- хроническая сердечная недостаточность</li> <li>- острая почечная недостаточность</li> <li>- легочная гипертензия</li> <li><b>5. Механизмом возникновения суправентрикулярной тахикардии является</b></li> <li>- <b>аномальный автоматизм, ри-ентри</b></li> <li>- аневризматическое расширение аорты и ее уплотнение</li> <li>- нарушение липидного обмена с уменьшением липопротеидов высокой плотности</li> <li>- неполная блокада правой ножки пучка Гиса</li> <li><b>6. Неотложная терапия пароксизма суправентрикулярной тахикардии при стабильном состоянии пациента</b></li> <li>- <b>начинается с вагусных проб</b></li> <li>- начинается с введения кордарона в дозе 5 мг/кг</li> <li>- не проводится</li> <li>- начинается с дефибриляции 2 Дж/кг</li> <li><b>7. Препарат, с которого начинается медикаментозное лечение пароксизма суправентрикулярной тахикардии у ребенка в стабильном состоянии</b></li> <li>- <b>трифосаденин</b></li> <li>- кордарон</li> <li>- новокаинамид</li> <li>- адреналин</li> <li><b>8. Контроль эффективности лечения приступа суправентрикулярной тахикардии осуществляется на основании</b></li> <li>- <b>изменения клинического течения и объективной регистрации выраженность аритмии с помощью суточного мониторирования ЭКГ</b></li> <li>- только данных ЭКГ</li> <li>- данных суточного мониторирования ЭКГ</li> <li>- субъективных ощущений ребенка</li> <li><b>9. Побочными эффектами большинства классических антиаритмических препаратов являются развитие</b></li> <li>- <b>брадикардии, артериальной гипотонии, нарушение внутрижелудочковой проводимости</b></li> <li>- боли в животе, кровотечения, рвоты</li> <li>- тахикардии, артериальной гипертензии</li> <li>- гипокалиемии, гиперурикемии, гиперлипидемии, гипергликемии, нарушение потенции</li> <li><b>10. Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должно регистрироваться</b></li> <li>- <b>не реже 1 раза в 3 месяца</b></li> <li>- не реже 1 раза в 6 месяцев</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p>- ежегодно - ежемесячно</p> <p><b>11. Количество отведений на ЭКГ, которые необходимо регистрировать у ребенка с пароксизмальной тахикардией</b></p> <p>- 12 - 6 - 3 - 15</p> <p><b>12. Возможное осложнение при суправентрикулярной непароксизмальной тахикардии</b></p> <p>- аритмогенная кардиомиопатия - инфаркт миокарда - острая почечная недостаточность - язвенная болезнь желудка</p> <p><b>Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>Клинический анализ крови</b></p> <table> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>Гематокрит</td> <td>38,7</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>6,3</td> </tr> <tr> <td>Эритроциты</td> <td>5,1</td> </tr> <tr> <td>Тромбоциты</td> <td>210,0</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Гранулоциты</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы палочкоядерные</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы сегментоядерные</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Базофилы</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>СОЭ по Панченкову</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Биохимический анализ крови</b></p> <table> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>К, ммоль/л</td> <td>3,7</td> </tr> <tr> <td>Na, ммоль/л</td> <td>142</td> </tr> <tr> <td>Тропонин, мкг/л</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>КФК, Е/л</td> <td>58</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Гемоглобин	135	Гематокрит	38,7	Лейкоциты	6,3	Эритроциты	5,1	Тромбоциты	210,0	Лимфоциты	38	Моноциты	6	Гранулоциты		Нейтрофилы палочкоядерные	0	Нейтрофилы сегментоядерные	56	Эозинофилы	0	Базофилы	0	СОЭ по Панченкову	2	Показатель	Значение	К, ммоль/л	3,7	Na, ммоль/л	142	Тропонин, мкг/л	0	КФК, Е/л	58		
Показатель	Значение																																									
Гемоглобин	135																																									
Гематокрит	38,7																																									
Лейкоциты	6,3																																									
Эритроциты	5,1																																									
Тромбоциты	210,0																																									
Лимфоциты	38																																									
Моноциты	6																																									
Гранулоциты																																										
Нейтрофилы палочкоядерные	0																																									
Нейтрофилы сегментоядерные	56																																									
Эозинофилы	0																																									
Базофилы	0																																									
СОЭ по Панченкову	2																																									
Показатель	Значение																																									
К, ммоль/л	3,7																																									
Na, ммоль/л	142																																									
Тропонин, мкг/л	0																																									
КФК, Е/л	58																																									

		<p><b>Гормоны щитовидной железы (тиреотропный гормон, Т4 свободный, антитела к тиреопероксидазе)</b>  ТТГ – 3,7 мЕд/мл (норма 0,4-4,0)  Св. Т4 – 83 нмоль/л (норма 64-141)  Антитела к ТПО, МЕ/мл – 0 (норма 0-35)  КФК, Е/л – 58 (норма 24-190)  ЛДГ-1, е/л 275 (норма 225-450)</p> <p><b>Эхокардиография</b>  Конечный диастолический размер левого желудочка 4,4 см (норма 4,0-4,8 см). Конечный систолический размер левого желудочка 2,8 см (норма 2,2-2,8). Правый желудочек – 1,9 (норма 1,4-2,0) см, межжелудочковая перегородка – 0,9 (норма 0,61-0,97) см. Левое предсердие 3,3 см (норма 2,25-3,31). Правое предсердие – 3,8 см (норма 3,1-4,2). Фракция выброса – 64% (норма более 60%). Митральный клапан пролабирует в полость левого желудочка на 2 мм. Митральная регургитация – нет.</p> <p><b>ЭКГ</b>  Суправентрикулярная тахикардия с частотой сокращений 192 в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. QRS = 48 мс (норма 45-85), QT = 221 мс (норма 260-380), QT(c)=452 мс (норма не более 460)</p> <p><b>Холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ</b>  За период наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 49 до 159 (средняя 73) уд/мин. В 13:32 зарегистрирован эпизод суправентрикулярной тахикардии длительностью 128 сек. Сегмент ST без достоверно патологических смещений. Циркадный индекс ЧСС в норме. Вариабельность сердечного ритма сохранена.</p>		
	<p><b>Тема 12. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей. Болезни почек, заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания</b></p>	<p>СЗ 25. В приемное отделение обратилась мама с мальчиком 3 лет 4 месяцев.</p> <p><b>Жалобы</b>  На болезненность при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, резкий запах мочи, повышение температуры тела.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Заболел 3 дня назад после посещения аквапарка, где длительное время находился в воде и замерз. На следующий день появились жалобы на болезненность при мочеиспускании, частые позывы к микции. Вчера моча приобрела резкий запах, повысилась температура тела до 39,10С. Вечером мама самостоятельно начала давать фуразидин 25 мг 2 раза в день. Сегодня утром температура тела 38,00С.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  Ребенок от 2-й беременности. На фоне беременности мать перенесла острый пиелонефрит. Роды 2-е, в срок, путем кесарева сечения. Масса тела при рождении: 3540 гр, длина 53 см. Привит БЦЖ, гепатит В в роддоме, далее – отказ родителей.  Туб. анамнез: неотягощен.  Аллергологический анамнез: аллергологическая крапивница на имбирь.  Травмы: перелом 1 пальца правой кисти в возрасте 2 лет.  Операции: нет.</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,  ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД</p>

		<p><b>у детей.</b></p> <p>Гемотрансфузии не проводились.</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ -3-4 раза в год, ветряная оспа в возрасте 3 лет. На Д-учете узких специалистов: у оториноларинголога – гипертрофия аденоидов.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Т – 38,0<sup>0</sup>С, ЧСС – 110 ударов в минуту. ЧДД – 26 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Длина тела: 100 см. Масса тела: 16 кг. Ребенок вялый, плаксивый. Appetit снижен. Кожные покровы: бледные, чистые от инфекционной и аллергической сыпи, умеренной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Отеков, пастозности нет. Видимые слизистые: чистые, бледно-розовые, влажные, блестящие. Миндалины чистые от налетов, гипертрофированы до 1-2 степени. Периферические лимфатические узлы: пальпируются мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны громкие, ритмичные, тихий систолический шум на верхушке. Язык слегка обложен беловатым налетом. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в левой и правой боковых областях. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул вчера, оформленный, без патологических примесей. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, учащенное, малыми порциями. Моча желтого цвета, с резким запахом. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <p><b>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- клинический анализ мочи</li> <li>- биохимический анализ крови</li> <li>- ИФА крови на антитела к вирусу простого герпеса I и II типов, вирус Эпштейн-Барр, цитомегаловирус</li> <li>- ПЦР мочи на оппортунистические инфекции</li> <li>- анализ на антитела к тканевой трансглутаминазе</li> </ul> <p><b>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>УЗИ почек и мочевого пузыря</b></li> <li>- ректороманоскопия</li> <li>- УЗИ органов брюшной полости</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> </ul> <p><b>3. Сформулируйте предполагаемый диагноз</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Острый пиелонефрит, активная стадия. Функции почек сохранены</b></li> <li>- Острый цистит, активная стадия. Функции почек сохранены</li> <li>- Уретральный синдром неуточненный</li> <li>- Лихорадка неуточненная</li> </ul> <p><b>4. Наиболее вероятная этиология данного заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>бактериальная, преобладает грамотрицательная флора</b></li> <li>- бактериальная, преобладает грамположительная флора</li> <li>- вирусная</li> <li>- грибковая</li> </ul>	<p>ОПК-7.1; ИД ОПК-7.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1</p>
--	--	---	---

		<p><b>5. Путь распространения инфекции, который считается наиболее частым при данном заболевании</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- восходящий</li><li>- гематогенный</li><li>- лимфогенный</li><li>- интранатальный</li></ul> <p><b>6. Способ применения антибактериального препарата предпочтительный в данном случае</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- пероральный</li><li>- внутримышечный</li><li>- внутривенный</li><li>- внутрикостный</li></ul> <p><b>7. Данному пациенту показан антибактериальный препарат</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- амоксициллин + клавулановая кислота</li><li>- ципрофлоксацин</li><li>- цефтриаксон</li><li>- ампициллин</li></ul> <p><b>8. Продолжение приема фуразидина у данного ребенка</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- не показано, необходимо назначить другой антибактериальный препарат</li><li>- показано, следует продолжить прием фуразидина по 25 мгх3 раза в сутки</li><li>- показано, следует продолжить прием фуразидина по 75 мгх3 раза в сутки</li><li>- не показано, так как у ребенка отсутствуют данные за течение ИМВП</li></ul> <p><b>9. Антибактериальная терапия в данном случае</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- показана, длительность курса составляет 10-14 дней</li><li>- показана, длительность курса составляет 5-7 дней</li><li>- показана, длительность курса составляет 14-21 день</li><li>- не показана</li></ul> <p><b>10. С наибольшей вероятностью у данного ребенка при отсутствии лечения может развиваться такое осложнение как</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- уросепсис</li><li>- подострый энцефалит</li><li>- некротический энтероколит</li><li>- гнойный миозит</li></ul> <p><b>11. В данном случае повторное выполнение клинического анализа крови</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- показано не позднее 5 дня (120 часов) с момента начала антибактериальной терапии</li><li>- показано не ранее 7 дня (168 часов) с момента начала антибактериальной терапии</li><li>- показано не ранее 10 дня (240 часов) с момента начала антибактериальной терапии</li><li>- не показано</li></ul> <p><b>12. Клинический анализ мочи у ребенка, перенесшего острый пиелонефрит, в первые 3 месяца после выздоровления</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- следует повторять 1 раз в 10 дней</li><li>- следует повторять 1 раз в 7 дней</li><li>- следует повторять 1 раз в месяц</li></ul>		
--	--	---	--	--

- не следует повторять, т.к. нет показаний

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Клинический анализ крови**

Показатель	Значение
Гемоглобин	131
Лейкоциты	19,24
Эритроциты	4,8
Тромбоциты	231
Лимфоциты	3,58
Моноциты	0,41
Гранулоциты	
Нейтрофилы	13,47
Эозинофилы	0,1
Базофилы	0,03
Незрелые гранулоциты	0, 03
СОЭ по Панченкову	35

**Общий анализ мочи**

Показатель	Значение
Цвет	Желтый
Прозрачность	Мутная
Реакция	5,0
Белок	0,7
Кетон	Отрицательно
Сахар	Отрицательно
Удельный вес	1015
Уробилиноген	3,2
Билирубин	Отрицательно
Эпителий плоский	3,10 кл/мкл
Лейкоциты	145, 764 в поле зрения
Эритроциты	1,33 в поле зрения
Кристаллы	0,20
Бактерии	68,70 кл/мкл
Цилиндры	1,935 в поле зрения
Соли	Нет
Слизь	4,4

Дрожжевые клетки 0,1 в поле зрения

**Биохимический анализ крови**

Наименование	Значение	Единицы измерения
Общий белок	76,2	г/л
Альбумин	44	г/л
Мочевина	4,1	ммоль/л
Креатинин	38,4	мкмоль/л
Мочевая кислота	52,5	мкмоль/л
Холестерин общий	4,46	ммоль/л
Триглицериды	0,56	ммоль/л
ЛПНП	4,9	ммоль/л
ЛПВП	1,87	ммоль/л
Билирубин общий	8,8	мкмоль/л
АЛТ	11	ед/л
АСТ	4	ед/л
Фосфор	1,72	ммоль/л
Кальций общий	2,38	ммоль/л
Хлориды	104	ммоль/л
Калий	4,5	ммоль/л
Натрий	139	ммоль/л
Глюкоза	4,0	ммоль/л
С-реактивный белок	80,0	мг/л
Цистатин С	0,9	мг/л
АСЛ-О	19,4	ед/мл

**Результаты инструментальных методов обследования**

**УЗИ почек и мочевого пузыря**

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: V=100 мл. Форма: овальная. Стенки: тонкие. Полость: анэхогенная.

Мочеточники в предпузырном отделе: справа – не определяется; слева – 4 мм, перистальтирует до 0.

Почки в положении лежа визуализируются в типичном месте. Почка правая: 72x34 мм. Контур ровный, четкий. Лоханка 3,6 мм. Чашечки \_\_\_ Толщина паренхимы в среднем сегменте 10,5 мм.

Структура паренхимы: эхогенность не изменена. Кортико-медуллярная дифференцировка выражена хорошо.

Почка левая: 75x34 мм. Контур ровный, четкий. Лоханка 7,5 мм. Чашечки верхняя и нижняя группы от 6 до 9 мм. Толщина паренхимы в среднем сегменте 10,5 мм.

Структура паренхимы: эхогенность не изменена. Кортико-медуллярная дифференцировка выражена хорошо.

		<p>Мочеточники в прилоханочном отделе: не расширены.  Почечные синусы умеренно уплотнены.  В паранефральных пространствах объемных патологических образований не выявлено. При ЦДК интрапаренхиматозный кровоток симметричен, сохранен, прослеживается до капсулы.  Эхографические признаки: дилатации левого мочеточника в нижней трети, дилатации полостной с-мы левой почки.</p>		
		<p>СЗ 26. Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 4 лет.  <b>Жалобы</b>  Отек кистей рук, уртикарная сыпь, невыраженный зуд.  <b>Анамнез заболевания</b>  Начало заболевания острое. В гостях на детском дне рождения ребенок съел молочный коржик и выпил апельсиновый сок. В течение десяти минут на лице, туловище появились уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом. Мама дала антигистаминный препарат. Сыпь стала бледнеть. На утро сыпь сохранилась, однако новых элементов не появилось, зуд слабый. Вызван участковый педиатр.  <b>Анамнез жизни</b>  Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: острый гастроэнтерит в 3 года, ОРВИ 2 недели назад. Травмы и операции не было.  Аллергоанамнез: Пищевая аллергия на белок коровьего молока (молочные продукты не введены), атопический дерматит (со второго года жизни обострений не отмечалось) Вакцинирован согласно Национальному календарю. Наследственный анамнез: у матери поллиноз.  <b>Объективный статус</b>  Состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает незначительно из-за зуда. Не лихорадит. Кожа влажная, тургор сохранен. Уртикарная сыпь крупная на коже без четкой локализации около 20-25 элементов. Отек кистей рук.  Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту, АД 90/50 мм рт ст.  Грудная клетка правильной формы. Перкуторно звук ясный, легочный. Дыхание проводится по всем отделам, везикулярное хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Живот безболезненный при поверхностной пальпации, мягкий, печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.  <b>Вопросы</b>  <b>1. Диагностика данного заболевания основывается на данных</b>  - анамнеза и физикального осмотра  - лабораторного обследования  - инструментального обследования  - гистологического исследования  <b>2. Для уточнения этиологии заболевания необходимо</b>  - определение аллержоспецифических IgE-антител в сыворотке крови  - определение концентрации общего Ig E в сыворотке крови  - определение уровней антинуклеарных антител  - назначить анализ кала на яйца глист</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-6,  ОПК-7,  ОПК-8,  ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1;  ИД УК-1.2;  ИД ОПК-1.1;  ИД ОПК-1.2;  ИД ОПК-4.1;  ИД ОПК-4.2;  ИД ОПК-5.1;  ИД ОПК-5.2;  ИД ОПК-6.1;  ИД ОПК-6.2;  ИД ОПК-7.1;  ИД ОПК-7.2;  ИД ОПК-8.1;  ИД ОПК-8.2;  ИД ПК-2.1</p>

		<p><b>3. Пациент нуждается в консультации</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аллерголога-иммунолога</li> <li>- ревматолога</li> <li>- эндокринолога</li> <li>- гематолога</li> </ul> <p><b>4. Сформулируйте диагноз</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Острая аллергическая крапивница, 2 степень, пищевая аллергия</b></li> <li>- Инфекционный мононуклеоз, средне-тяжелое течение</li> <li>- Атопический дерматит, стадия обострения. Аллергический ринит</li> <li>- Парвовирусная инфекция, тяжелое течение</li> </ul> <p><b>5. Наиболее вероятной причиной заболевания в данном случае является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>пищевая аллергия на белок коровьего молока</b></li> <li>- укусы насекомых</li> <li>- физическая нагрузка</li> <li>- вирусная инфекция</li> </ul> <p><b>6. При хроническом течении заболевания симптомы сохраняются более ____ недель</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>6</b></li> <li>- 8</li> <li>- 10</li> <li>- 12</li> </ul> <p><b>7. Пациенту необходимо назначить</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>H1-антигистаминные препараты II поколения</b></li> <li>- H1-антигистаминные препараты I поколения</li> <li>- глюкокортикостероиды</li> <li>- M-холинолитики</li> </ul> <p><b>8. При неэффективности первой линии терапии необходимо назначить</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2-х кратную дозу H1-антигистаминные препараты II поколения</b></li> <li>- системные глюкокортикостероиды</li> <li>- биологическую терапию</li> <li>- цитостатики</li> </ul> <p><b>9. Суточная доза цетиризина у данного пациента должна составлять _____ мг</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5</b></li> <li>- 2,5</li> <li>- 10</li> <li>- 15</li> </ul> <p><b>10. Для определения степени тяжести данного заболевания прежде всего оценивают</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- количество высыпаний и интенсивность кожного зуда</li> <li>- размер и форму волдырей</li> <li>- выраженность интоксикационного синдрома</li> <li>- состояние суставов</li> </ul> <p><b>11. Доза преднизолона, назначаемая при тяжелом течении крапивницы должна составлять _____</b></p>		
--	--	---	--	--

			<p>мг/кг/сут</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2</li> <li>- 3-4</li> <li>- 5-7</li> <li>- 0,5-0,7</li> </ul> <p><b>12. Прогноз течения заболевания у данного пациента</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в целом благоприятный, при соблюдении элиминационной диеты</li> <li>- неблагоприятный, так как может перейти в хроническую форму с прогрессирующим течением</li> <li>- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений (падение АД, удушье)</li> <li>- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>Определение алергоспецифических IgE-антител в сыворотке крови</b></p> <p>Антиген – белок коровьего молока  Концентрация (ку/л) – более 100  Класс – 6 (очень высокий титр антител)</p>		
Б1.Б. 7.7	Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	Тема 13. Кишечные инфекции. Бактериозы. Паразитарные болезни.	<p>СЗ 27. Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>На повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастрии. Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15 раз. Температура тела поднялась до 38,70С. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Работает на хлебопекарном комбинате. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире.</p> <p>Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по 2 сырых перепелиных яйца.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Температура тела 38,3<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника.</p> <p>Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. АД – 100/60 мм рт ст, ЧСС – 92 удара в минуту. Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2; ИД ПК-1.4

		<p><b>Вопросы.</b></p> <p><b>1. Для постановки диагноза необходимыми методами обследования, учитывая 2-й день болезни, являются (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии</li> <li>- ПЦР-диагностика кала</li> <li>- анализ кислотно-щелочного состояния</li> <li>- кал на яйца гельминтов</li> <li>- реакция непрямого гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами</li> <li>- реакция непрямого гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом</li> </ul> <p><b>2. Какой диагноз можно предположить у данной больной?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант</li> <li>- Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант</li> <li>- Сальмонеллез, генерализованная форма, септикопиемический вариант</li> <li>- Иерсинеоз, абдоминальная форма, мезаденит</li> </ul> <p><b>3. У данной больной определяется _____ степень обезвоживания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- II</li> <li>- I</li> <li>- III</li> <li>- IV</li> </ul> <p><b>4. Дифференциальный диагноз сальмонеллеза следует проводить с</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом</li> <li>- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтероколитом</li> <li>- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом</li> <li>- ботулизмом, паратифом В, амебиазом</li> </ul> <p><b>5. Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженностью интоксикационного синдрома</li> <li>- выраженностью гепатоспленомегалии</li> <li>- развитием кишечного кровотечения</li> <li>- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома</li> </ul> <p><b>6. Тактика ведения данной больной включает</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- госпитализацию в инфекционное отделение</li> <li>- госпитализацию в мельцеровский бокс</li> <li>- ведение пациента в амбулаторных условиях</li> <li>- ведение пациента в дневном стационаре</li> </ul> <p><b>7. Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов</li> <li>- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов</li> <li>- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p>- специфической детоксикации, пробиотиков</p> <p><b>8. Для пероральной регидратации этой больной показано назначение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- глюкозо-электролитной смеси</li> <li>- физиологического раствора</li> <li>- глюкозо-полярнующей смеси</li> <li>- полиионного раствора</li> </ul> <p><b>9. Длительность первого этапа пероральной регидратации у данной пациентки должна продолжаться до _____ часов</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2</li> <li>- 12</li> <li>- 6</li> <li>- 24</li> </ul> <p><b>10. При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- фторхинолонов</li> <li>- цефалоспоринов I поколения</li> <li>- полусинтетических пенициллинов</li> <li>- макролидов</li> </ul> <p><b>11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- однократный отрицательный бактериальный посев кала</li> <li>- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала</li> <li>- отрицательный бактериологический посев желчи</li> <li>- отрицательный бактериологический посев крови</li> </ul> <p><b>12. Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту (работниками хлебопекарни) в очаге острой кишечной инфекции составляет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 неделю</li> <li>- 2 недели</li> <li>- 3 дня</li> <li>- 10 дней</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии</b> Выделена salmonella enterididis группы D.</p> <p><b>Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя</b> DNA salmonella spp. Положительно</p> <p><b>Кислотно-щелочное состояние</b> pH – 7,35, pCO<sub>2</sub> 82,2 мм рт.ст., pCO<sub>2</sub> 44 мм рт.ст., Na – 134,6 ммоль/л, Cl – 101,0 ммоль/л, Ca – 1,10 ммоль/л, K – 3,5 ммоль/л, BE - - 3 ммоль/л</p>		
	<b>Тема 14. Инфекции</b>	<b>СЗ 28. Вызов на дом к девочке 6 лет. Жалобы</b>	УК-1; ОПК-1;	ИД УК-1.1; ИД

		<p><b>дыхательных путей.</b> <b>Вирусные гепатиты.</b> <b>Вирусные инфекции.</b></p> <p>На приступообразный кашель.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Заболела 10 дней назад, когда появился редкий сухой кашель. В течение недели кашель постепенно участился, стал приступообразным, навязчивым. В последние 2 дня появились приступы кашля, которые сопровождались свистящим звучным вдохом. Иногда в конце приступа кашля возникает рвота, чаще рвота возникает вечером и ночью. Количество приступов кашля до 13 в течение последних суток.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> От 2 беременности, 2 преждевременных родов. Период новорожденности без особенностей. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наследственность: у отца бронхиальная астма, у матери – атопический дерматит. Семья благополучная, старший ребенок не привит (страдает бронхиальной астмой). Девочка посещает детское дошкольное учреждение.</p> <p><b>Объективный статус</b> Общее состояние ребенка средней тяжести. Сон нарушен из-за приступов кашля, беспокойная, аппетит снижен. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, видны несколько мелких кровоизлияний на коже лица. Отмечается одутловатость лица, веки отечные.</p> <p>Слизистая оболочка рта, губы сухие. Язык сухой, обложен белым налетом у корня. При осмотре зева неяркая гиперемия миндалин, дужек, язычка и мягкого неба. Небные миндалины увеличены до 1-2 степени, налетов нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы и единичные влажные крупнопузырчатые в паравертебральных областях. ЧДД 30 в минуту.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 105 в минуту, короткий систолический шум на верхушке сердца, без зоны проведения. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.</p> <p>Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p><b>Вопросы</b> <b>1. Выберите лабораторные методы обследования необходимые для постановки диагноза (3)</b> - клинический анализ крови - реакция непрямой иммунофлюоресценции для выявления антигенов возбудителя в мазке из ротоглотки - ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева - общий анализ мочи - серологическое исследование крови на корь - бактериологический посев мазка из зева на флору</p> <p><b>2. Какие дополнительные сведения из анамнеза необходимы для постановки диагноза (2)</b> - сроки и объем вакцинации АКДС - контакты с инфекционными больными - аллергологический анамнез - употребления в пищу немытых фруктов и овощей - сроки и объем вакцинации против кори</p> <p><b>3. Сформулируйте диагноз</b> - коклюш, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение</p>	<p>ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-2</p>	<p>УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ПК-2.1</p>
--	--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- коклюш, атипичная форма, легкой степени тяжести, негладкое течение</li> <li>- коклюш, типичная форма, тяжелое течение</li> <li>- острый обструктивный бронхит</li> <li><b>4. Возможными специфическими осложнениями данной патологии являются</b></li> <li>- апноэ, энцефалопатия, эмфизема, ателектаз, паховые грыжи, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки</li> <li>- бронхит, пневмония, отит, наслоение интеркуррентных заболеваний, обострение хронической патологии</li> <li>- менингит, пиелонефрит, этмоидит, сфеноидит, внутренние кровотечения</li> <li>- нарушение мозгового кровообращения, менингит, мастоидит, пневмония</li> <li><b>5. Дифференциальную диагностику данного заболевания в этой стадии следует проводить с</b></li> <li>- респираторным микоплазмозом, обструктивным бронхитом, пневмонией, инородным телом бронхов</li> <li>- корью, бронхоспазмом, пневмонией, туберкулезом</li> <li>- ателектазом легкого, саркоидозом. Инфекционным мононуклеозом, инородным телом трахеи</li> <li>- краснухой, обструктивным бронхитом</li> <li><b>6. Тактика ведения данного больного включает</b></li> <li>- госпитализацию в инфекционное отделение</li> <li>- госпитализацию в соматическое отделение</li> <li>- изоляция больного на дому</li> <li>- ведение пациента в дневном стационаре</li> <li><b>7. Показанием для госпитализации при данном заболевании являются</b></li> <li>- отягощенный преморбидный фон, тяжелое течение, наличие осложнений, по эпидемиологическим показаниям</li> <li>- среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, детский возраст</li> <li>- ранний детский возраст, отягощенный аллергологический анамнез</li> <li>- любой вариант течения заболевания в детском возрасте (до 18 лет)</li> <li><b>8. Лечебно-охранительный режим при данном заболевании предусматривает воздействие</b></li> <li>- свежего прохладного воздуха</li> <li>- умеренной физической нагрузки</li> <li>- дозированной физической нагрузки</li> <li>- паров отвара седативных трав</li> <li><b>9. Антибактериальную терапию данного заболевания предпочтительно проводить</b></li> <li>- макролидами</li> <li>- тетрациклинами</li> <li>- аминогликозидами</li> <li>- фторхинолонами</li> <li><b>10. Мероприятия в очаге данной инфекции включают</b></li> <li>- карантин на 14 дней и прием антибиотиков из группы макролидов в течение 7 дней всеми контактными</li> <li>- карантин на 21 день и активную иммунизацию непривитых контактных</li> <li>- карантин на 14 дней и активную иммунизацию непривитых контактных</li> <li>- карантин на 21 день и проведение заключительной дезинфекции</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p><b>11. Переболевшие допускаются в детский коллектив</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после клинического выздоровления, не ранее 25 дней от начала заболевания</li> <li>- после полного прекращения кашля, не ранее 30 дней от начала заболевания</li> <li>- после полного прекращения кашля, не ранее 50 дней от начала заболевания</li> <li>- после двукратного отрицательного бактериологического обследования, не ранее 35 дней</li> </ul> <p><b>12. Выраженное нарушение ритма дыхания является показанием для госпитализации в _____ отделение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- реанимационное</li> <li>- пульмонологическое</li> <li>- соматическое</li> <li>- инфекционное</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>ОАК.</b>  Гемоглобин 137 г/л (120-160 г/л), гематокрит 33% (31-44%), эритроциты 4,1 млн/мкл (4,1-4,3 млн/мкл), тромбоциты 283 тыс/мкл (156-408 тыс/мкл), лейкоциты 25 тыс/мкл (4,5-13 тыс/мкл), нейтрофилы 19% - п 1 (1-5), с 18 (45-60), лимфоциты 73% (25-40), моноциты 8% (0-13), базофилы 0% (0-1), эозинофилы 0% (0,5-5).</p> <p><b>Реакция непрямой иммунофлюоресценции для выявления антигенов возбудителя в мазке из ротоглотки</b> – обнаружен антиген B.pertussis в браш-биоптате с задней стенки глотки.</p> <p><b>ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева</b> – обнаружена ДНК B.pertussis.</p> <p><b>Дополнительные сведения из анамнеза.</b></p> <p><b>Сроки и объем вакцинации АКДС</b>  Проведена вакцинация в возрасте 1 года АДС-М</p> <p><b>Контакты с инфекционными больными</b>  2 недели назад в гостях был родственник с приступами кашля</p>		
		<p>СЗ 29. Пациентка Н. 19 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога.</p> <p><b>Жалобы</b>  На снижение аппетита,  - тошноту,  - повышение t тела до 37,20С,  - общую слабость,  - снижение работоспособности.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b>  Считает себя больной в течение 10 дней, когда отметила появление снижения аппетита, тошноты, общей слабости, снижения работоспособности. За медицинской помощью не обращалась, отметила изменение цвета мочи (цвет коричневый) и кала (посветление), нарастание общей слабости, отсутствие аппетита, соседка по комнате в студенческом общежитии обратила внимание на изменение цвета склер и кожи (желтушные). Сохранение жалоб послужило поводом обращения к врачу-гастроэнтерологу.</p> <p><b>Анамнез жизни</b>  - Хронические заболевания отрицает.</p>	<p>УК-1;  ОПК-1;  ОПК-4;  ОПК-5,  ОПК-8,  ПК-1,  ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1;</p>

		<p>- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.  - Студентка института.  - Не замужем.  - Питание регулярное, преимущественно рыба, овощи, фрукты.  - Аллергических реакций не было.  - Отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью.  - Месяц назад вернулась из туристической поездки в Индию (на момент пребывания там эндемическая вспышка не зафиксирована).</p> <p><b>Объективный статус</b>  Состояние относительно удовлетворительное. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Положение активное. Телосложение астеническое. Рост 174 см. Масса тела 62 кг. Кожные покровы желтушные, чистые. Склеры иктеричны. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Костно-мышечная система – без видимой патологии. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в 1 мин. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 90 в минуту. АД 105/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени +3см по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления сохранены.</p> <p><b>Вопросы</b>  <b>1. При подозрении на инфекционную природу желтухи, учитывая эпидемиологический анамнез данной пациентки, прежде всего, необходимо выполнить лабораторное исследование в сыворотке крови маркеров</b>  - Энтеральных гепатитов  - Синдрома холестаза  - Синдрома цитолиза  - Синтетической функции печени</p> <p><b>2. Эпидемиологическим критерием диагностики острой HEV – инфекции у пациентки Н. является</b>  - пребывание в очаге в период, соответствующий инкубационному периоду  - наличие эндемичной вспышки (водного или пищевого характера)  - контакт с родственником с диагностированной острой HEV - инфекцией  - употребление плохо прожаренного мяса</p> <p><b>3. Какой предполагаемый диагноз у данной пациентки?</b>  - Острый гепатит E, период разгара, легкая форма течения  - Острый гепатит E, период реконвалесценции  - Хронический аутоиммунный гепатит  - Синдром Жильбера</p> <p><b>4. Дифференциальный диагноз энтеральных гепатитов определяется</b>  - их клинической формой  - уровнем трансаминаз</p>	<p>ИД  ОПК-8.2;  ИД ПК-1.1; ИД ПК-1.2;  ИД ПК-1.4; ИД ПК-2.1</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженностью диспепсии</li> <li>- длительностью заболевания</li> </ul> <p><b>5. Учитывая степень тяжести состояния пациентки, результаты лабораторно-инструментального исследования, пациентке, прежде всего, показана</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дезинтоксикационная терапия</li> <li>- госпитализация в отделение терапии</li> <li>- этиотропная терапия</li> <li>- терапия преднизолоном</li> </ul> <p><b>6. Дезинтоксикационная терапия, учитывая легкую форму течения острой HEV – инфекции у данной пациентки, будет проводится в виде</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- перорального приема жидкости в объеме 2-3 литров в сутки</li> <li>- гормонотерапии в течение 2-3 суток</li> <li>- трехкратного введения энтеросорбентов</li> <li>- инфузии 800 – 1200 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно</li> </ul> <p><b>7. Этиотропная терапия у пациентов с острой HEV – инфекцией применяется</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после трансплантации, у ВИЧ-инфицированных или онкологических больных</li> <li>- всем пациентам с доказанной HEV - инфекцией</li> <li>- в случае средней или тяжелой степени тяжести заболевания</li> <li>- по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни</li> </ul> <p><b>8. Антихолестатическая терапия препаратами желчных кислот в сочетании с адеметионином показана при острой HEV - инфекции</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в случае продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза</li> <li>- всем пациентам</li> <li>- при сравнительно тяжелом течении заболевания</li> <li>- в случае неэффективности экстракорпоральной детоксикации</li> </ul> <p><b>9. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами острого гепатита E проводится в течение</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-3 месяцев</li> <li>- 6 месяцев</li> <li>- 1 года</li> <li>- 2 недель</li> </ul> <p><b>10. Риск хронизации патологического процесса в исходе острого вирусного гепатита E увеличивается при наличии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- иммуносупрессии (у реципиентов донорских органов, ВИЧ-инфицированных, онкологических пациентов)</li> <li>- спазмолитиков</li> <li>- антибиотиков</li> <li>- обезболивающих</li> </ul> <p><b>11. Стационарное лечение показано пациентам с подтвержденной HEV-инфекцией в случае</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- средней или тяжелой степени тяжести</li> <li>- легкого течения заболевания</li> <li>- появления паренхиматозной желтухи</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p>- бессимптомного течения при случайном выявлении анти-HEV класса IgM в сыворотке крови</p> <p><b>12. Основным методом профилактики вирусного гепатита E в России является</b></p> <p>- термическая обработка (не менее 70<sup>0</sup>C) мяса и воды</p> <p>- вакцинация против HEV-инфекции</p> <p>- употребления только бутилированной воды</p> <p>- запрет на купание в водоемах</p> <p><b>Результаты лабораторных методов исследования</b></p> <p>Энтеральные гепатиты</p> <p>Анти-HEV класса IgM «положительно»</p> <p>Анти-HAV класса IgM «отрицательно»</p>		
	<p><b>Тема 15.</b></p> <p><b>Алгоритмы диагностики и лечения во фтизиатрии.</b></p>	<p>СЗ 30. Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>На повышение температуры до 38<sup>0</sup>C, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3 недель</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2<sup>0</sup>C, с небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усилении кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.</p> <p>Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками крови.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Росла и развивалась нормально. В детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом. Состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3 месяцев.</p> <p>Перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось.</p> <p>В течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение состояния в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела.</p> <p>Неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита.</p> <p>Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.</p> <p>Проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес – 58 кг, рост – 165 см.</p> <p>При перкуссии грудной клетки – справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет.</p> <p>При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ОПК-1;</p> <p>ОПК-4;</p> <p>ОПК-5,</p> <p>ОПК-8,</p> <p>ПК-1,</p> <p>ПК-2</p>	<p>ИД УК-1.1;</p> <p>ИД УК-1.2;</p> <p>ИД ОПК-1.1;</p> <p>ИД ОПК-1.2;</p> <p>ИД ОПК-4.1;</p> <p>ИД ОПК-4.2;</p> <p>ИД ОПК-5.1;</p> <p>ИД ОПК-5.2;</p> <p>ИД ОПК-8.1;</p> <p>ИД ОПК-8.2;</p> <p>ИД ПК-1.1;</p> <p>ИД ПК-1.2;</p> <p>ИД ПК-1.4;</p> <p>ИД ПК-2.1</p>

		<p>Реакция Манту с 2 ТЕ ППД –Л – папула 21 мм.          Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест – папула 10 мм.</p> <p><b>1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)</li> <li>- исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПР в режиме реального времени</li> <li>- биохимический анализ крови</li> <li>- общий анализ мокроты</li> <li>- общий анализ мочи</li> </ul> <p><b>2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обзорная рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- компьютерная томография органов грудной клетки</li> <li>- исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)</li> <li>- ультразвуковое исследование плевральных полостей</li> </ul> <p><b>3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- положительную</li> <li>- гиперергическую</li> <li>- парадоксальную</li> <li>- сомнительную</li> </ul> <p><b>4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- инфильтративный туберкулез легких</li> <li>- полисегментарную пневмонию</li> <li>- милиарный туберкулез</li> <li>- эозинофильный инфильтрат</li> </ul> <p><b>5. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье</b></li> <li>- Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье</li> <li>- Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза рассасывания и уплотнения, МБТ +, кровохарканье</li> <li>- Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, плеврит справа</li> </ul> <p><b>6. Осложнением основного заболевания у больной является</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>кровохарканье</b></li> <li>- плевральный выпот</li> <li>- легочное кровотечение</li> <li>- туберкуле бронхов</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p><b>7. Основным рентгенологическим синдромом по данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- долевого затемнения</li> <li>- очагового затемнения</li> <li>- субтотального затемнения</li> <li>- биполярного тенеобразования</li> </ul> <p><b>8. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевого локализации характеризуется</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными хрипами</li> <li>- ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми хрипами</li> <li>- везикулярным дыханием, отсутствием хрипов</li> <li>- удлиненной фазой выдоха и наличием свистящих хрипов</li> </ul> <p><b>9. При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- первого ряда</li> <li>- третьего ряда</li> <li>- резервные препараты</li> <li>- второго ряда</li> </ul> <p><b>10. Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стационаре (противотуберкулезного учреждения)</li> <li>- стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)</li> <li>- дневном стационаре</li> <li>- амбулаторных условиях (на дому)</li> </ul> <p><b>11. Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада проводят с</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- неспецифической деструктивной пневмонией</li> <li>- эозинофильной пневмонией</li> <li>- центральным раком легкого</li> <li>- крупозной пневмонией</li> </ul> <p><b>12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу _____ степени</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I</li> <li>- II</li> <li>- III</li> <li>- IV</li> </ul> <p><b>Результаты лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>Клинический анализ крови</b></p> <table data-bbox="584 1299 1317 1396"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Значение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемоглобин</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>Гематокрит</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Значение	Гемоглобин	135	Гематокрит	36		
Показатель	Значение									
Гемоглобин	135									
Гематокрит	36									

			<p>ЦП 0,82</p> <p>Лейкоциты 10,4</p> <p>Эритроциты 4,27</p> <p>Среднее содержание гемоглобина в эритроците 29</p> <p>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците 34,6</p> <p>Тромбоциты 224</p> <p>Лимфоциты 14,1</p> <p>Моноциты 12</p> <p>Гранулоциты</p> <p>Нейтрофилы палочкоядерные 3</p> <p>Нейтрофилы сегментоядерные 48</p> <p>Эозинофилы 0</p> <p>Базофилы 0</p> <p>СОЭ по Панченкову 25</p> <p><b>Прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)</b>  Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)</p> <p><b>Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР в режиме реального времени</b>  Методом ПЦР обнаружена ДНК микобактерий туберкулезного комплекса, чувствительные к HRFg</p> <p><b>Результаты инструментальных методов обследования</b>  Обзорная рентгенография органов грудной клетки  В нижней доле определяется участок затемнения легочной ткани, неоднородной структуры с нечеткими контурами, с просветлением в центре инфильтрата. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне усиленного рисунка мелкие очаги с нечеткими контурами, видна «дорожка» к корню легкого. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена.</p>		
--	--	--	--	--	--

## Критерии и шкала оценки по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: 61 – 75% – Удовлетворительно (3) 76 – 90% – <b>Хорошо (4)</b> 91-100% – <b>Отлично (5)</b>	% <b>ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям – <b>Удовлетворительно (3)</b> – четырем критериям – <b>Хорошо (4)</b> – пяти критериям – <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Знание алгоритма решения 3. Уровень самостоятельного мышления 4. Аргументированность решения 5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям – <b>Удовлетворительно (3)</b> – четырем критериям – <b>Хорошо (4)</b> – пяти и/или шести критериям – <b>Отлично (5)</b>	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.)

**Пример итогового задания для зачета с оценкой по дисциплине «Подготовка к ПСА».** для ординаторов, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

№ п/п	Итоговое задание	Отрабатываемые компетенции	Индикаторы достижения
<b>Тестовые задания</b>			
1.	К наиболее характерному признаку ЭКГ для больных гипертонической болезнью относят а) <b>гипертрофию миокарда левого желудочка</b> б) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II в) блокаду правой ножки пучка Гиса г) <b>остроконечный зубец Р</b> в отведениях I, II	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
2.	Наиболее характерное изменение на ЭКГ для приступа стенокардии является а) <b>патологический зубец Q</b>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-

	<p><b>б) преходящая депрессии сегмента ST</b>  в) появление отрицательного зубца T  г) преходящая блокада ножек пучка Гиса</p>		1.1
3.	<p>Больным ишемической болезнью сердца с синдромом слабости синусового узла не следует назначать  а) нифедипин  <b>б) бета-адреноблокаторы</b>  в) нитраты  г) фуросемид</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
4.	<p>Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться  а) при первичном инфаркте миокарда  б) больным до 50 летнего возраста  в) при отсутствии сопутствующих заболеваний  <b>г) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ОПК-6; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-6.1; ИД ОПК-6.2; ИД ПК-1.2, ИД ПК-1.3
5.	<p>Абсолютным противопоказанием для применения пропранолола является  <b>а) бронхиальная астма</b>  б) глаукома  в) сердечная недостаточность  г) инфаркт миокарда</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
6.	<p>Для установления факта иммунного ответа на вакцинацию от COVID-19 проводится определение антител класса G (IgG) к _____ белку  а) мембранному (M)  <b>б) спайковому (S)</b>  в) нуклеокапсидному (N)  г) оболочечному (E)</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
7.	<p>Критерием эффективности антибактериальной терапии пневмонии является  а) нормализация температуры в утренние и дневные часы  б) полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани  <b>в) нормализация температуры через 48-72 часа</b>  г) нормализация всех лабораторных показателей</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
8.	<p>В лечении кандидозного эзофагита наиболее часто применяется  <b>а) флуконазол</b>  б) омепразол  в) алгедрат+магния гидроксид  г) висмута трикалия дицитрат</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
9.	<p>К наиболее часто встречающимся симптоматическим язвам относятся  а) стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.)  <b>б) лекарственные (применение НПВС, глюкокортикостероидов)</b>  в) ишемические  г) гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ОПК-8, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-1.1, ИД ПК-1.4
10.	<p>Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает  а) нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной  б) макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной  в) нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной  <b>г) микроцитарной, гипохромной, железорезистентной</b></p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
11.	<p>При серопозитивном ревматоидном артрите отмечается повышение  а) СРБ  <b>б) АЦЦП</b>  в) АНЦА  г) АНФ</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
12.	<p>Для купирования острой суставной атаки при подагре назначают  а) лозартан  б) аллопуринол  <b>в) НПВП или колхицин</b>  г) фенофибрат</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-5, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-1.2
13.	<p>Дифференциальную диагностику болезни Иценко -Кушинга следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме  <b>а) гипотиреоза</b>  б) глюкостеромы  в) эктопированного АКТГ-синдрома</p>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1

	г) ожирения с артериальной гипертензией		
14.	Ожирению I степени соответствует ИМТ а) <b>30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup></b> б) 35,0-39,9 кг/м <sup>2</sup> в) $\geq 40$ кг/м <sup>2</sup> г) 25,0-29,9 кг/м <sup>2</sup>	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
15.	Самая частая причина слоновости: а) травма б) <b>рожистое воспаление</b> в) пиодермия г) злокачественные новообразования	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
16.	При угрозе прерывания беременности диагностическое значение имеет определение а) содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты б) <b>хорионического гонадотропина</b> в) тестостерона г) 17-кетостероидов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
17.	Основным методом диагностики полинейропатии является а) <b>электронейромиография</b> б) ультразвуковое исследование нервов в) биохимический анализ цереброспинальной жидкости г) МРТ периферических нервов	УК-1; ОПК-1; ОПК-4, ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
18.	Препаратом выбора для купирования приступов легкой и средней тяжести при бронхиальной астме является а) <b>сальбутамол</b> б) омализумаб в) монтелукаст г) ипратропиум бромид	УК-1; ОПК-1; ОПК-5; ПК-2	ИД УК-1.1; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД УК-1.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ПК-2.1
19.	Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является раствор а) 1,0% хлорида натрия б) 5% глюкозы в) 10% хлорида натрия г) <b>Рингера</b>	УК-1 ОПК-1 ОПК-5 ПК-1	ИД УК-1.1 ИД УК-1.2 ИД ОПК-1.1 ИД ОПК-1.2 ИД ОПК-5.1 ИД ОПК-5.2 ИД ПК-1.2
20.	Основным методом диагностики туберкулеза мочеполовой системы является а) проведение рентгенографии органов брюшной полости б) <b>посев мочи на МБТ</b> в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости г) постановка туберкулиновой пробы	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ПК-1	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ПК-1.1
<b>Ситуационная задача</b>			
21.	Вызов на дом к девочке 6 лет. <b>Жалобы</b> На приступообразный кашель. <b>Анамнез заболевания</b> Заболела 10 дней назад, когда появился редкий сухой кашель. В течение недели кашель постепенно участился, стал приступообразным, навязчивым. В последние 2 дня появились приступы кашля, которые сопровождались свистящим звучным вдохом. Иногда в конце приступа кашля возникает рвота, чаще рвота возникает вечером и ночью. Количество приступов кашля до 13 в течение последних суток. <b>Анамнез жизни</b> От 2 беременности, 2 преждевременных родов. Период новорожденности без особенностей. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наследственность: у отца бронхиальная астма, у матери – атопический дерматит. Семья благополучная, старший ребенок не привит (страдает бронхиальной астмой). Девочка посещает детское дошкольное учреждение. <b>Объективный статус</b> Общее состояние ребенка средней тяжести. Сон нарушен из-за приступов кашля, беспокойная, аппетит снижен. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, видны несколько мелких кровоизлияний на коже лица. Отмечается одутловатость лица,	УК-1; ОПК-1; ОПК-4; ОПК-5, ОПК-8, ПК-2	ИД УК-1.1; ИД УК-1.2; ИД ОПК-1.1; ИД ОПК-1.2; ИД ОПК-4.1; ИД ОПК-4.2; ИД ОПК-5.1; ИД ОПК-5.2; ИД ОПК-8.1; ИД ОПК-8.2; ИД ПК-2.1

веки отечные.

Слизистая оболочка рта, губы сухие. Язык сухой, обложен белым налетом у корня. При осмотре зева неяркая гиперемия миндалин, дужек, язычка и мягкого неба. Небные миндалины увеличены до 1-2 степени, налетов нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы и единичные влажные крупнопузырчатые в паравертебральных областях. ЧДД 30 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 105 в минуту, короткий систолический шум на верхушке сердца, без зоны проведения. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

### **Вопросы**

#### **1. Выберите лабораторные методы обследования необходимые для постановки диагноза (3)**

- клинический анализ крови
- реакция непрямой иммунофлюоресценции для выявления антигенов возбудителя в мазке из ротоглотки
- ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева
- общий анализ мочи
- серологическое исследование крови на корь
- бактериологический посев мазка из зева на флору

#### **2. Какие дополнительные сведения из анамнеза необходимы для постановки диагноза (2)**

- сроки и объем вакцинации АКДС
- контакты с инфекционными больными
- аллергологический анамнез
- употребления в пищу немытых фруктов и овощей
- сроки и объем вакцинации против кори

#### **3. Сформулируйте диагноз**

- коклюш, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение

- коклюш, атипичная форма, легкой степени тяжести, негладкое течение

- коклюш, типичная форма, тяжелое течение

- острый обструктивный бронхит

#### **4. Возможными специфическими осложнениями данной патологии являются**

- апноэ, энцефалопатия, эмфизема, ателектаз, паховые грыжи, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки

- бронхит, пневмония, отит, наслоение интеркуррентных заболеваний, обострение хронической патологии

- менингит, пиелонефрит, этмоидит, сфеноидит, внутренние кровотечения

- нарушение мозгового кровообращения, менингит, мастоидит, пневмония

#### **5. Дифференциальную диагностику данного заболевания в этой стадии следует проводить с**

- респираторным микоплазмозом, обструктивным бронхитом, пневмонией, инородным телом бронхов

- корью, бронхоспазмом, пневмонией, туберкулезом

- ателектазом легкого, саркоидозом. Инфекционным мононуклеозом, инородным телом трахеи

- краснухой, обструктивным бронхитом

#### **6. Тактика ведения данного больного включает**

- госпитализацию в инфекционное отделение

- госпитализацию в соматическое отделение

- изоляция больного на дому

- ведение пациента в дневном стационаре
- 7. Показанием для госпитализации при данном заболевании являются**
- **отягощенный преморбидный фон, тяжелое течение, наличие осложнений, по эпидемиологическим показаниям**
- среднетяжелое и тяжелое течение заболевания, детский возраст
- ранний детский возраст, отягощенный аллергологический анамнез
- любой вариант течения заболевания в детском возрасте (до 18 лет)
- 8. Лечебно-охранительный режим при данном заболевании предусматривает воздействие**
- **свежего прохладного воздуха**
- умеренной физической нагрузки
- дозированной физической нагрузки
- паров отвара седативных трав
- 9. Антибактериальную терапию данного заболевания предпочтительно проводить**
- **макролидами**
- тетрациклинами
- аминогликозидами
- фторхинолонами
- 10. Мероприятия в очаге данной инфекции включают**
- **карантин на 14 дней и прием антибиотиков из группы макролидов в течение 7 дней всеми контактными**
- карантин на 21 день и активную иммунизацию непривитых контактных
- карантин на 14 день и активную иммунизацию непривитых контактных
- карантин на 21 день и проведение заключительной дезинфекции
- 11. Переболевшие допускаются в детский коллектив**
- **после клинического выздоровления, не ранее 25 дней от начала заболевания**
- после полного прекращения кашля, не ранее 30 дней от начала заболевания
- после полного прекращения кашля, не ранее 50 дней от начала заболевания
- после двукратного отрицательного бактериологического обследования, не ранее 35 дней
- 12. Выраженное нарушение ритма дыхания является показанием для госпитализации в \_\_\_\_\_ отделение**
- **реанимационное**
- пульмонологическое
- соматическое
- инфекционное

**Результаты лабораторных методов обследования**

**ОАК.**

Гемоглобин 137 г/л (120-160 г/л), гематокрит 33% (31-44%), эритроциты 4,1 млн/мкл (4,1-4,3 млн/мкл), тромбоциты 283 тыс/мкл (156-408 тыс/мкл), лейкоциты 25 тыс/мкл (4,5-13 тыс/мкл), нейтрофилы 19% - п 1 (1-5), с 18 (45-60), лимфоциты 73% (25-40), моноциты 8% (0-13), базофилы 0% (0-1), эозинофилы 0% (0,5-5).

**Реакция непрямо́й иммунофлюоресценции для выявления антигенов возбудителя в мазке из ротоглотки** – обнаружен антиген *B. pertussis* в браш-биоптате с задней стенки глотки.

**ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева** – обнаружена ДНК *B. pertussis*.

**Дополнительные сведения из анамнеза.**

**Сроки и объем вакцинации АКДС**

Проведена вакцинация в возрасте 1 года АДС-М Контакты с инфекционными больными 2 недели назад в гостях был родственник с приступами кашля		
---	--	--

**Критерии оценки промежуточной аттестации (зачет с оценкой) по дисциплине «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина):**

Оценка по 100-балльной системе	Оценка по системе «зачтено - не зачтено»	Оценка по 5-балльной системе		Оценка по ECTS
96-100	зачтено	5	отлично	A
91-95	зачтено			B
81-90	зачтено	4	хорошо	C
76-80	зачтено			D
61-75	зачтено	3	удовлетворительно	E
41-60	не зачтено	2	неудовлетворительно	Fx
0-40	не зачтено			F

## **12.2 Методические рекомендации к самостоятельной работе для ординаторов по дисциплине «Подготовка к ПСА»**

для ординаторов, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа**

**Формы контроля – рефераты**

ИНДЕКС	Раздел (модуль) дисциплины	Объем СР
Б1.Б.7.1	Раздел 1. НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ АККРЕДИТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ	6
Б1.Б.7.2	Раздел 2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	20
Б1.Б.7.3	Раздел 3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ОСНОВЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	4
Б1.Б.7.4	Раздел 4. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	4
Б1.Б.7.5	Раздел 5. НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	4
Б1.Б.7.6	Раздел 6. БОЛЕЗНИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ В ОВП.	8
Б1.Б.7.7	Раздел 7. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ТУБЕРКУЛЕЗ В ОВП	8

### **Перечень тем для подготовки рефератов в ходе самостоятельной работы.**

ИНДЕКС	Раздел (модуль) Дисциплины	Перечень тем рефератов
Б 1.Б.7.1	НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ	Сферы профессиональной деятельности врача ОВП.

	<b>АКТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ АККРЕДИТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ</b>	Квалификационные требования к ОВП.
Б 1.Б.7.2	<b>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	Национальные рекомендации по лечению дислипидемий. Постменопаузальный остеопороз. Миеломная болезнь. Синдром обструктивного апноэ сна Обследование пациента с ожирением Дифференциальная диагностика анемий Дефицит витамина Д Кардиомиопатии Миокардиты, перикардиты Инфекционный эндокардит Гиперурикемия COVID Интерстициальные заболевания легких. Внелегочные проявления ХОБЛ. Заболевания плевры. Диагностика (лабораторные и рентгенологические данные). ГЭРБ, осложнения. Функциональные расстройства желудка. Диагностика. Хронические гастриты. Диагностика. Постгастрорезекционные расстройства. Синдром мальабсорбции. Клиника, диагностика. Неалкогольная жировая болезнь печени. Гипогликемия, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе Гипергликемия, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе
Б 1.Б.7.3	<b>ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ОСНОВЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	Подготовка пациентов к плановой операции Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей Специфический и неспецифический лимфаденит Травматические повреждения органов грудной клетки Внутренние и наружные грыжи живота Обследование травматологического больного
Б 1.Б.7.4	<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	Влияние соматической патологии на течение беременности и роды Ведение беременности у женщин с заболеванием почек Патология щитовидной железы и беременность Язвенная болезнь и беременность Психоэмоциональные расстройства при беременности Особенности оказания неотложной помощи у беременных
Б 1.Б.7.5	<b>НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ</b>	Экстрапирамидные расстройства. Токсические нейропатии. Псевдобульбарные, бульбарные и альтернирующие синдромы Синдромы раздражения коры головного мозга Синдром повышения ВЧД. Гидроцефалии Методы исследования вегетативной нервной системы
Б 1.Б.7.6	<b>БОЛЕЗНИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ В ОВП.</b>	Специальные методы исследования при заболеваниях органов дыхания и их интерпретация. Болезни органов кровообращения. Возрастные анатомо-физиологические особенности органов кровообращения у детей. Методы исследования при заболеваниях органов кровообращения. Методы обследования детей с заболеваниями ЖКТ. Методы обследования больных с болезнями почек. Методы обследования больных с заболеваниями крови. Особенности оказания неотложной помощи у детей Синдром Морганьи-Адамса-Стокса, диагностика,

		неотложная помощь Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей, диагностика, неотложная помощь Инородные тела дыхательных путей у детей, неотложная помощь в разных возрастных группах Носовые кровотечения у детей, особенности оказания медицинской помощи Неотложная помощь новорожденным с врожденными пороками сердца
Б 1.Б.7.7	<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ТУБЕРКУЛЕЗ В ОВП</b>	Дизентерия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Дифтерия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Менингококковая инфекция. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Неотложная помощь при диарейном синдроме Грипп. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика Острый и хронический вирусный гепатит В. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика Острый и хронический вирусный гепатит С. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Клещевой энцефалит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Краснуха. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика

## Критерии и шкала оценки результатов самостоятельной работы

### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> – четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> – пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### 12.3 Методические рекомендации преподавателю по реализации дисциплины «Подготовка к ПСА»

ординаторам, обучающимся по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача общей практики (семейный врач) и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные

занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-эндокринолога.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-эндокринолога, так и для реализации возможности лично-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание факультативной дисциплины «Подготовка к ПСА» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

## 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  
по дисциплине «Подготовка к ПСА» основной профессиональной образовательной программы  
подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).  
на 202\_\_-202\_\_ 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  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /С.В. Недогода/