

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

И.Н.Шишиморов

«29 августа» 2022 г.

---

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Терапия**

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

**31.08.49 Терапия.**

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

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института НМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 годов поступления (актуализированная  
версия)

Лекции: 2 (з.е.) 72 часа

Семинары: 14 (з.е.) 504 часа

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

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

Всего: 26 (з.е.) 936 часов

Волгоград, 2022



Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	заведующий кафедрой	д.м.н./профессор	внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Е.В.	доцент	к.м.н.	внутренних болезней Института НМФО

Рабочая программа дисциплины «Терапия» относится к блоку Б1.

Актуализация рабочей программы обсуждена на заседании кафедры протокол №9 от 29 июня 2022 года

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ /С.В. Недогода/

Рецензент:  
заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н, профессор \_\_\_\_\_ /М.Е. Стаценко/

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией  
Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от 29 августа 2022 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ /О.В. Магницкая/

Начальник управления учебно-методического, правового сопровождения и производственной  
практики \_\_\_\_\_ /О.Ю.Афанасьева/

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института  
НМФО протокол №1 от 29 августа 2022 года

Секретарь Ученого совета \_\_\_\_\_ /Е.С.Александрина/

## Содержание

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

## **Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с ФГОС специальности 31.08.49 «Терапия», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от № 1092 от 25.08.2014 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.10.2014 N 34466), Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258), профессиональным стандартом "Врач-терапевт" (Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-терапевт" подготовлен Минтрудом России 31.01.2022)<sup>1</sup>.

### **1. Цель и задачи дисциплины «Терапия»**

Целью освоения дисциплины «Терапия» является подготовка квалифицированного врача–терапевта, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, в соответствии с ФГОС ВО, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности: 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 дисциплины «Терапия»:**

1. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

2. Подготовить врача-терапевта к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных

---

<sup>1</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента.

3. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

4. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи:

– **профилактическая деятельность:**

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

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

– **диагностическая деятельность:**

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

проведение медицинской экспертизы;

– **лечебная деятельность:**

оказание специализированной медицинской помощи;

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

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

– **реабилитационная деятельность:**

проведение медицинской реабилитации;

– **психолого-педагогическая деятельность:**

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

– **организационно-управленческая деятельность:**

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

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Результаты обучения**

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

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

### **профессиональные компетенции (ПК):**

#### профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

**Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-терапевта предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений:**

**Знания:**

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы,

- определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящиеся к терапии (ПК10);
- основы управления здравоохранения, страховой медицины (ПК10);
  - правовые основы деятельности врача -терапевта (ПК10);
  - общие вопросы организации терапевтической службы в стране, организацию работы терапевтического кабинета и стационара (ПК10);
  - общие вопросы организации работы терапевтического кабинета в поликлинике и консультативном центре; взаимодействие с другими лечебно-профилактическими учреждениями (УК1, ПК10);
  - общие вопросы организации работы терапевтического стационара (ПК10);
  - документацию терапевтического кабинета и стационара (ПК10);
  - эпидемиологию терапевтических заболеваний в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач (ПК1, ПК4);
  - основы медицинской этики и деонтологии в терапии (УК2);
  - основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ПК1);
  - теоретические основы терапии (ПК1);
  - этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных заболеваний внутренних органов (ПК1);
  - функциональные методы исследования при заболеваниях внутренних органов (ПК5);
  - дифференциальную диагностику различных заболеваний внутренних органов (УК1, ПК1, ПК5);
  - организацию и оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях у больных терапевтического профиля (ПК6);
  - принципы терапии заболеваний внутренних органов (ПК8);
  - основы рационального питания и диетотерапии у больных с заболеваниями внутренних органов (ПК6);
  - принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных терапевтического профиля (ПК8);
  - диспансерное наблюдение больных и профилактика основных заболеваний



внутренних органов (ПК2, ПК8);

- основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения больных терапевтического профиля (ПК8);
- формы и методы санитарно-просветительной работы (ПК9);

**Умения:**

- получать исчерпывающую информацию о заболевании (ПК1);
- выявлять возможные причины заболевания: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии (ПК1, ПК5);
- оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ПК1, ПК6);
- организовывать неотложную помощь в экстренных случаях (ПК6);
- определять показания к госпитализации и организовывать её (ПК6);
- выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования (ПК5, ПК6);
- интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования (ПК5);
- интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, лабораторные, рентгенологические и др.) (ПК5);
- проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного (ПК1, ПК5, ПК6);
- назначать необходимое лечение у данного больного (ПК6);
- назначать лечебное питание с учетом общих факторов, характера заболевания (ПК6);
- определять динамику течения болезни и ее прогноз, место и характер долечивания (ПК6);
- определять вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности), перевода на другую работу (ПК4);
- осуществлять меры по комплексной реабилитации больного (ПК8);
- организовывать и проводить образовательные программы для больных

социально-значимыми заболеваниями внутренних органов (ПК8);

- проводить санитарно-просветительную работу среди населения (ПК8);
- оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (лист временной нетрудоспособности) (ПК2, ПК10);

**Владения:**

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза (ПК1);
- методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) (ПК5);
- техникой проведения ЭКГ-исследования (ПК5);
- техникой проведения пикфлоуметрии (ПК5);
- методикой проведения пульсоксиметрии и оценкой полученных результатов (ПК5);
- техникой проведения ингаляций из различных систем доставки, применяемых в терапии БА, ХОБЛ (ПК6);
- оценкой данных лабораторных и инструментальных методов исследования при различных заболеваниях внутренних органов (ПК5)
- методами оказания неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях (ПК6);

## Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		Знать	Уметь	Владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1 - основные понятия, используемые в терапии;</p> <p>2 – структурно-функциональные особенности дыхательной, сердечно-сосудистой, выделительной, пищеварительной и других систем человека;</p> <p>3 - научные идеи и тенденции развития терапии</p>	<p>1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников);</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.</p>	<p>1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;</p> <p>2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</p> <p>3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников);</p> <p>4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.</p>
<p><b>ПК-1</b></p> <p>соответствует трудовой функции А/06.7 В/06.8 проф. стандарта «Врач-терапевт» 2022г Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения<sup>2</sup></p>	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>1.- эпидемиологию терапевтических заболеваний в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач</p> <p>2.- основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма</p> <p>3.- этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных заболеваний внутренних органов</p> <p>4.- теоретические основы терапии</p> <p>5.-дифференциальную диагностику различных заболеваний внутренних органов</p> <p>Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе</p>	<p>1.-получать исчерпывающую информацию о заболевании;</p> <p>2.- выявлять возможные причины заболевания: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии;</p> <p>3.- оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи</p> <p>4.- проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного</p> <p>Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)</p>	<p>1.- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза</p> <p>Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний</p>

<sup>2</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

		<p>программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p> <p>Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p>	<p>Определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту</p> <p>Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p>	<p>Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания</p> <p>Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний</p> <p>Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p>
<p><b>ПК-2</b> соответствует трудовой функции проф. стандарта «Врач-терапевт» 2022г. А/05.7 В/05.8 Проведение медицинских, профилактических медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по</p>	<p>готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<p>1 - диспансерное наблюдение больных и профилактика основных заболеваний внутренних органов</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов</p>	<p>1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия</p> <p>4.- оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (лист временной нетрудоспособности)</p> <p>Проводить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Проводить медицинское освидетельствование на наличие</p>	<p>1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий для первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов;</p> <p>2 - владеть методиками применения химиотерапевтических препаратов для предупреждения развития инфекционных и неинфекционных заболеваний</p> <p>Участие в проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда</p> <p>Участие в проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных</p>

<p>диспансерному наблюдению<sup>3</sup></p>		<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Диспансерное наблюдение за пациентами с неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами. Объемы и методы исследования, которые проводятся в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Порядки заполнения форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, а также правила заполнения учетных форм первичной медицинской документации</p> <p>Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям</p>	<p>медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов</p> <p>Проводить медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», основных факторов риска их развития</p> <p>Проводить и контролировать диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», в том числе социально значимых</p>	<p>веществ и их метаболитов, при наличии необходимой подготовки по вопросам проведения медицинского освидетельствования</p> <p>Участие в проведении медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)</p> <p>Организация, диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <p>Проведение и контроль профилактических медицинских осмотров населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами</p> <p>Проведение и контроль диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми</p> <p>Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p>
---	--	---	---	--

<sup>3</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

<p><b>ПК-4</b> соответствует трудовой функции проф.стандарта «Врач-терапевт» 2022г. А/07.7 В/07.8 Проведение анализа медико- статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала<sup>4</sup></p>	<p>готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	<p>1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.</p>	<p>1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.</p>	<p>1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.</p>
<p><b>ПК-5</b> соответствует трудовой функции проф.стандарта «Врач-терапевт» 2022г. А/01.7 В/01.8 Диагностика заболеваний по профилю «терапия»  А/08.7 В/08.8 Оказание пациентам медицинской помощи в экстренной и неотложной форме<sup>5</sup></p>	<p>готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>1.-функциональные методы исследования при заболеваниях внутренних органов; 2.-дифференциальную диагностику различных заболеваний внутренних органов</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия» Клинические рекомендации, стандарты по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>Анатомо-физиологические и возрастнополовые особенности внутренних органов организма человека</p> <p>Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма человека в норме и при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»</p> <p>Методика сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по</p>	<p>1.-выявлять возможные причины заболевания: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии. 2.- вырабатывать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования 3.-интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования 4.- интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, лабораторные, рентгенологические и др.) 5.- проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного</p>	<p>1.-методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); 2.- техникой проведения ЭКГ-исследования; 3.- техникой проведения пикфлоуметрии; 4.- методикой проведения пульсоксиметрии и оценкой полученных результатов; 5.- оценкой данных лабораторных и инструментальных методов исследования при различных заболеваниях внутренних органов</p> <p>Сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Анализ информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Проведение физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия,</p>

<sup>4</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

<sup>5</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.



		<p>профилю «терапия» (или его законного представителя)  Методика физикального обследования пациента  Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», показания и противопоказания к их использованию  Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин  Клиническая картина, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных состояний у взрослого населения  Теория и методология диагноза, структуры, основных принципов построения клинического диагноза: симптоматического, синдромального, нозологического, метода дифференциального диагноза  Установка диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснование  Особенности ведения беременных женщин, имеющих экстрагенитальную патологию  Особенности ведения лиц пожилого и старческого возраста  Медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам  Организация консультаций врачей-специалистов или консилиумов при наличии</p>	<p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя)  Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя)  Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты  Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»  Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты:  - измерение артериального давления на периферических артериях;  - исследование уровня глюкозы в крови  - суточное мониторирование артериального давления (СМАД)  - пульсоксиметрию  - чтение спирограмм  - определение лодыжечно-плечевого индекса  - проведение ортостатической пробы  - пневмотахометрию  - снятие и расшифровка электрокардиограммы  Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов  Обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом</p>	<p>аускультация и другие методы)  Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»  Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»  Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований  Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» на лабораторные и инструментальные обследования при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи  Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи  Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ)  Установка диагноза с учетом МКБ  Определение медицинских показаний для направления пациента при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в</p>
--	--	---	---	---

		<p>медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Признаки профессиональных заболеваний и определение показания к направлению к профпатологу</p> <p>Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи</p> <p>Медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Организация первичных противозидемиологических мероприятий в очаге инфекционных заболеваний</p> <p>Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания</p>	<p>стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов</p> <p>Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю «терапия»</p> <p>Устанавливать диагноз с учетом МКБ пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ</p> <p>Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи</p> <p>Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p> <p>Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме</p>	<p>амбулаторных условиях для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара</p> <p>Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</p> <p>Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме</p> <p>Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме</p>
--	--	---	--	---

<p style="text-align: center;"><b>ПК-6</b> (соответствует трудовой функции проф.стандарта «Врач-терапевт» 2022г. А/02.7 В/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль его эффективности и безопасности) А/08.7 В/08.8 Оказание пациентам медицинской помощи в экстренной и неотложной форме<sup>6</sup></p>	<p>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи</p>	<p>организацию и оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях у больных терапевтического профиля основы рационального питания и диетотерапии у больных с заболеваниями внутренних органов</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия» Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников</p> <p>Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения</p> <p>Особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин Перечень нозологических форм по системам у взрослого населения в том числе профзаболеваний</p> <p>Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи;</li> <li>2.-организовывать неотложную помощь в экстренных случаях;</li> <li>3.-определять показания к госпитализации и организовывать её;</li> <li>4.-вырабатывать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования</li> <li>5.- обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного;</li> <li>6.-назначать необходимое лечение у данного больного;</li> <li>7.- назначать лечебное питание с учетом общих факторов, характера заболевания);</li> <li>8.-определять динамику течения болезни и ее прогноз, место и характер долечивания</li> </ol> <p>Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и</p>	<p>Разработка плана лечения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития</p> <p>Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами</p> <p>Направление пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,</p>
---	--	--	---	--

<sup>6</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

		<p>нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p> <p>Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>(или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состоянии по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий</p> <p>Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))</p> <p>Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в</p>	<p>клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</p> <p>Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи</p> <p>Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))</p> <p>Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме</p>
--	--	---	---	--

			экстренной и неотложной форме  Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации	
<p><b>ПК-8 А/03.7 В/03.8</b> <b>(соответствует трудовой функции проф.стандарта «Врач-терапевт» 2022г Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов<sup>7</sup></b></p>	<p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p>1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации</p> <p>Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p> <p>Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>Основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных заболеваниях внутренних органов</p> <p>Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p> <p>Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p>	<p>1 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных заболеваниях внутренних органов</p> <p>Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>Составление плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых</p> <p>Участие в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида</p> <p>Оценка эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации</p>

<sup>7</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

			<p>Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения</p>	<p>пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации</p>
<p><b>ПК-9</b> соответствует трудоустройству А/06.7 В/06.8 проф. стандарта «Врач-терапевт» 2022г Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения<sup>8</sup></p>	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>патогенез и исходы основных заболеваний внутренних органов человека механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на состояние здоровья принципы ведения здорового образа жизни</p> <p>Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p> <p>Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p>	<p>1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике заболеваний внутренних органов</p> <p>Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)</p> <p>Определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту</p> <p>Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p>	<p>1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни</p> <p>Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни</p> <p>Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний</p> <p>Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания</p> <p>Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага</p>

<sup>8</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.



				<p>инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний</p> <p>Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p>
<p><b>ПК-10</b> соответствует трудовой функции А/07.7 В/07.8 проф.стандарта «Врач-терапевт» 2022г Проведение анализа медико- статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала<sup>9</sup></p>	<p>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-терапевта.</p> <p>Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p> <p>Требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p>	<p>Организовать работу врача терапевта в условиях поликлиники и стационара</p> <p>Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну</p> <p>Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения</p> <p>Использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы и информационно-</p>	<p>Навыками организации работы врача терапевта в условиях поликлиники и стационара с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ</p> <p>Составление плана работы и отчета о своей работе</p> <p>Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Оформление паспорта врачебного участка граждан в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению</p> <p>Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>Организация деятельности терапевтического кабинета в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»</p> <p>Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении</p>

<sup>9</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, №9 от 29.06.2022.

			<p>телекоммуникационную сеть «Интернет»</p> <p>Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности</p> <p>Осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>медицинского персонала</p> <p>Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в сфере здравоохранения</p> <p>Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p> <p>Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p> <p>Организация взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»</p>
--	--	--	--	---

**3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы**

Дисциплина «Терапия» относится к блоку № 1 базовой части ОПОП.

**4. Общая трудоемкость дисциплины** составляет 26 зачетных единиц, 936 академических часов (900 академических часов аудиторной, самостоятельной работы и 36 часов экзамен), в том числе 576 аудиторных часов.

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

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

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

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Экзамен	Итого часов	Формируемые компетенции по ФГОС													Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы контроля			
		лекц ии	семи нар					УК			ПК														
								1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	12	
<b>Б 1</b>	<b>Дисциплины</b>	<b>100</b>	<b>860</b>	<b>960</b>	<b>516</b>	<b>36</b>	<b>1512</b>																		
<i>Б 1.Б.6</i>	<i>Терапия</i>	<i>72</i>	<i>504</i>	<i>576</i>	<i>324</i>	<i>36</i>	<i>936</i>	+			+	+		+	+	+		+	+	+					
<b>Б 1.Б.6.1</b>	<b>Раздел 1 «Болезни сердечно-сосудистой системы»</b>	<b>26</b>	<b>90</b>	<b>116</b>	<b>84</b>		<b>200</b>	+			+	+		+	+	+		+	+	+					Л, РД, С, РКС
<b>Б 1.Б.6.1.1</b>	1.1 Атеросклероз. Этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы).	2	6	8	1		9																		Л, РД, С
<b>Б 1.Б.6.1.2</b>	1.2 Кардиоваскулярная профилактика: стратегия, оценка факторов сердечно-сосудистого		6	6	1		7	+			+	+		+	+	+		+	+	+					Л, РД, С









<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>12</b></p>	<p>1.12 Острый коронарный синдром. ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST. Классификация нестабильной стенокардии, клинические проявления, диагностика (ЭКГ, биохимические маркеры). Оценка степени риска. Стратегия лечения больных с ОКС (медикаментозное, хирургическое). Ведение больных после выписки из стационара. кризе.</p>				10		10	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР
	<p><b>Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.</b></p>						+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>13</b></p>	<p>1.13 Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз, клиническая картина, диагностика.</p>	2	6	8		8	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	

<b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>14</b>	1.14 Симптоматические артериальные гипертензии этиология, патогенез, классификация, особенности клинической картины, диагностика, принципы лечения.	2	6	8		8	+			+	+		+	+	+		+	+	+			<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>15</b>	1.15 Злокачественная артериальная гипертензия.			6		6	+			+	+		+	+	+		+	+	+			<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>16</b>	1.16 Тактика ведения больных с синдромом артериальной гипертензии с позиций доказательной медицины. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных.			6		6	+			+	+		+	+	+		+	+	+			<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>17</b>	1.17 Неотложные состояния при артериальной гипертензии. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе.			6		6	+			+	+		+	+	+		+	+	+			<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>

	<b>Болезни миокарда.</b>							+			+	+		+	+	+					<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б 1.Б.6.1. 18</b>	1.18 Миокардиты. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Осложнения, исходы миокардитов. Реабилитация после перенесенного миокардита, МСЭ.	2	6	8			8				+	+	+		+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б 1.Б.6.1. 19</b>	1.19 Миокардиодистроф ии. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. <sup>10</sup>				6		6				+	+	+		+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>
<b>Б 1.Б.6.1. 20</b>	1.20 Кардиомиопатии: дилатационная кардиомиопатия. Морфология, патофизиология. Клинические проявления. Диагностика (ЭКГ, эхокардиография, радионуклидные методы, биопсия миокарда), дифференциальная диагностика,	2	6	8			8				+	+	+		+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ПР</b>

<sup>10</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г.



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>23</b></p>	<p>1.23 Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, факторы риска, клинические проявления, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.</p>	2	6	8			8	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>24</b></p>	<p>1.24 Перикардиты. Этиология, патогенез, клинические проявления, варианты течения, осложнения. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.</p>	2	6	8		8	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	
	<p><b>Врожденные пороки сердца.</b></p>						+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>25</b></p>	<p>1.25 Врожденные пороки сердца. Патогенез. Классификация. Открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.</p>		6	6			6																	Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>26</b></p>	<p>1.26 Врожденные пороки сердца. Патогенез. Классификация. Стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению.</p>			6		6																	Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>28</b></p>	<p>1.28 Приобретенные пороки сердца. Патогенез. Классификация. Недостаточность митрального клапана. Стеноз митрального клапана. Недостаточность аортального клапана. Стеноз аортального клапана. Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика возникновения приобретенных пороков сердца. Реабилитация.</p>				6		6																Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР
	<p><b>Нарушения сердечного ритма и проводимости сердца.</b></p>							+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>29</b></p>	<p>1.29 Нарушения функции автоматизма и возбудимости миокарда: синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма. Экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии, трепетание и мерцание предсердий и желудочков. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика лечения.</p>	2	6	8			8	+			+	+		+	+	+		+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.1.</b> <b>30</b></p>	<p>1.30 Нарушения проводимости. Синоаурикулярная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая блокады. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Медикаментозные возможности лечения. Показания к временной и постоянной ЭКС. Профилактика нарушений ритма и</p>	2	6	8		8	+			+	+		+	+	+		+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ПР	



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>1</b></p>	<p>2.1 Общие вопросы ревматических болезней. Международная классификация. Эпидемиология. Типы наследования. Патоморфология. Методы обследования больных ревматическими болезнями.</p>	2		2	6		8	+				+	+	+			+	+	+			Л, РД, С	С, КР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>2</b></p>	<p>2.2 Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматической лихорадкой, реабилитация, диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.</p>	2	6	8			8	+				+	+	+			+	+	+			Л, РД, С	С, КР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>3</b></p>	<p>2.3 ХРБС. Ревматические пороки сердца. Клиника, диагностика, лечение.</p>	2		2	6		8	+				+	+	+			+	+	+			Л, РД, С	С, КР

	Заболевания суставов.							+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>4</b>	2.4 Заболевания суставов. Классификация, методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика, дифференциальная диагностика.	2		2	6		8															Л, РД, С	С, КР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>5</b>	2.5 Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.		6	6	4		10															Л, РД, С, РКС	С, КР, ЗС
<b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>6</b>	2.6 Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.		6	6																		Л, РД, С, РКС	С, КР, ЗС

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>7</b></p>	<p>2.7 Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6			6	+			+	+		+	+	+						Л, РД, С, РКС	С, КР, ЗС
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>8</b></p>	<p>2.8 Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальная диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6		6	+			+	+		+	+	+						Л, РД, С	С, КР	
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>9</b></p>	<p>2.9 Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6	4	10	+			+	+		+	+	+						Л, РД, С, РКС	С, КР	
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.2.</b> <b>10</b></p>	<p>2.10 Первичный остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики.</p>		6	6	6	12	+			+	+		+	+	+						Л, РД, С, РКС	С, КР, ЗС	







<b>Б</b> <b>1.Б.6.3</b>	<b>Раздел 3. Болезни органов дыхания</b>	6	36	42	50		92	+			+	+		+	+	+		+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>
<b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>1</b>	3.1 Бронхит острый. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика.				6		6	+			+	+		+	+	+		+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>
<b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>2</b>	3.2 Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Определение понятия, нозологические формы, относящиеся к ХОБЛ. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.	2	6	8	6		14	+			+	+		+	+	+		+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>3</b></p>	<p>3.3 Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6	6		12	+				+	+	+			+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>4</b></p>	<p><b>3.4 Пневмония.</b> Этиология, патогенез, классификация. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая . Особенности течения пневмонии в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p>	2	6	8	6		14	+				+	+	+			+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>8</b></p>	<p>3.8 Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.</p>			6	6	+			+	+	+	+	+	+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>9</b></p>	<p><b>3.9 Болезни плевры (плевриты).</b> Этиология, патогенез, классификация. Диагностика (лабораторные и рентгенологические данные). Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.</p>	3	3		3	+			+	+	+	+	+	+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.3.</b> <b>10</b></p>	<p><b>3.10 Дыхательная недостаточность.</b> Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника,</p>			8	8	+			+	+	+	+	+	+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР











<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>10</b>	4.10 Хронические гепатиты. Неалкогольная жировая болезнь печени. <sup>13</sup> Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	6	8		8	+			+	+			+	+	+					Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>11</b>	4.11 Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	6	8		8	+			+	+			+	+	+					Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>12</b>	4.12 Наследственные и метаболические заболевания печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.	2		2	4	6	+			+	+			+	+	+					Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>13</b>	4.13 Алкогольная болезнь печени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.		6	6		6	+			+	+			+	+	+					Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>14</b>	4.14 Желчекаменная болезнь. ПХЭС. Этиология, патогенез, клиника,		6	6		6	+			+	+			+	+	+					Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР

<sup>13</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г.



<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>19</b>	4.19 Энтеральное и парентеральное питание. Современные основы лечебного питания. Экстракорпоральные методы лечения.				4		4	+			+	+										Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.4.</b> <b>20</b>	4.20 Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения.				4		4	+			+	+										Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.5</b>	<b>Раздел 5. Болезни почек</b>	6	24	30	18		48	+			+	+										Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.5.</b> <b>1</b>	5.1 Гломерулонефриты . Гистопатология. Клиническая и морфологическая классификация. Этиология, патогенез. Клинические особенности отдельных морфологических форма гломерулонефрита. Лечение, принципы лечения отдельных клинко-морфологических форм	2	6	8			8	+			+	+										Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР





<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>1</b></p>	<p>6.1 Гемобластозы. Классификация. Острые лимфобластные лейкозы. Этиология, патобиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз.</p>	2	6	8			8	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>2</b></p>	<p>6.2 Хронический миелолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные, цитогенетические исследования. Лечение. Прогноз.</p>		6	6		6	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>3</b></p>	<p>6.3 Хронический лимфолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные</p>		6	6		6	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	





<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>7</b></p>	<p>6.7 Геморрагические диатезы. Семиотика и лабораторная диагностика геморрагических диатезов, обусловленных нарушением в системе гемостаза. Вазопатии. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Наследственные тромбоцитопатии. Приобретенные тромбоцитопатии.</p>		6	6	4		10	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>8</b></p>	<p>6.8 Нарушения плазменного звена гемостаза (коагулопатии). Врожденные коагулопатии. Приобретенные коагулопатии.</p>		6	6	4		10	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>9</b></p>	<p>6.9 Миелодиспластиче ские синдромы. Классификация. Этиология, патобиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз.</p>		6		4		10	+			+	+		+	+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>10</b></p>	<p>6.10 Лимфомы. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика и стадирование лимфом. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз.</p>			4		4	+			+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.6.</b> <b>11</b></p>	<p>6.11 Гемоконпонентная и инфузионно-трансфузионная терапия. Основы трансфузионной медицины. Общие положения трансфузионной иммунологии. Антигены эритроцитов. Антигены тромбоцитов. Антигены лейкоцитов. Антигены плазменных белков.</p>			4		4	+		+	+		+	+	+		Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.7.</b> <b>3</b></p>	<p>7.3 Болезни щитовидной железы. Диффузный токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии, диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6			6	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.7.</b> <b>4</b></p>	<p>7.4 Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии, диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>		6	6		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+								Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.7.</b> <b>5</b></p>	<p>7.5 Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p>		6	6		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+								Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР

	<b>Болезни системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники.</b>							+			+	+			+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>	
<b>Б 1.Б.6.7. 6</b>	7.6 Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.		6	6			6				+	+	+			+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>
<b>Б 1.Б.6.7. 7</b>	7.7 Акромегалия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.				6		6				+	+	+			+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>
<b>Б 1.Б.6.7. 8</b>	7.8 Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.	1	6	7			7				+	+	+			+	+	+				<b>Л, РД, С, РКС</b>	<b>Т, С, ЗС, ПР</b>

<b>Б</b> <b>1.Б.6.7.</b> <b>9</b>	7.9 Гипофункция надпочечников. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.	1	6	7		7	+			+	+	+	+	+	+	+	Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.7.</b> <b>10</b>	7.10 Климактерий и связанные с ним болезни. Вегетативно-дисгормональная миокардиодистрофия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение медикаментозных и функциональных проб. Лечение, профилактика, МСЭ.		6	6			+			+	+	+	+	+	+	+	Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.8</b>	<b>Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b>		78	78	8	86	+			+	+	+	+	+	+	+	Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
	<b>Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии.</b>						+			+	+	+	+	+	+	+	Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>1</b></p>	<p>8.1 Острая сердечная недостаточность. Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности. Основные принципы интенсивной терапии. Отек легких. Кардиогенный шок. Клиника, диагностика, лечение.</p>		6	6	8		14	+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>2</b></p>	<p>8.2 Синкопальные состояния. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.</p>		6	6			6	+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
	<p><b>Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии.</b></p>							+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>3</b></p>	<p>8.3 Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.</p>		6	6			6	+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР



<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>4</b></p>	<p>8.4 Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.</p>		6	6			6	+			+	+		+	+	+							Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>5</b></p>	<p>8.5 Легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация.</p>		6	6		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+								Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.8.</b> <b>6</b></p>	<p>8.6 Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.</p>		6	6		6	+	+	+	+	+	+	+	+	+							Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	









<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.1</b></p>	<p>10.1 Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению территориального врачебного участка. Общие вопросы организации медико-социальной экспертизы. Частные вопросы МСЭ.</p>		6	6			6	+														Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.2</b></p>	<p>10.2 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний кровообращения. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний</p>		6	6	6	18	+	+	+											Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР		
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.3</b></p>	<p>10.3 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика ревматических болезней. Диспансеризация взрослого населения, профилактические медицинские осмотры</p>			6		6	+		+	+										Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР		

<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.4</b></p>	<p>10.4 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов дыхания. Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями по профилю «терапия»</p>		6	6			6	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.5</b></p>	<p>10.5 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов пищеварения. Реабилитация пациентов с заболеваниями по профилю «терапия».</p>		6	6	6	18	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	
<p><b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.6</b></p>	<p>10.6 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней почек. Экспертиза нетрудоспособност и</p>		6	6	6	18	+															Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР	

<b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.7</b>	10.7 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов кроветворения.																				Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.8</b>	10.8 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика эндокринных заболеваний.																				Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР
<b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b> <b>.9</b>	10.9 Внебольничная диагностика, симптоматическая терапия, профилактика онкологических заболеваний.																				Л, РД, С, РКС	Т, С, ЗС, ПР

**Список сокращений:**

**Образовательные технологии, способы и методы обучения:**

- Л - традиционная лекция,
- Р - подготовка и защита рефератов,
- С –семинар

**Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:**

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



## 7. Содержание дисциплины «Терапия»

№\№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<p><b>Раздел 1</b> Болезни сердечно-сосудистой системы</p> <p>1.1 Атеросклероз. Этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы).</p> <p>1.2 Кардиоваскулярная профилактика: стратегия, оценка факторов сердечно – сосудистого риска, принципы коррекции поведенческих факторов (курение, питание, избыточная масса тела, физическая активность). Важность коррекции факторов сердечно – сосудистого риска (частоты сердечных сокращений, артериальной гипертензии, липидов плазмы крови, метаболического синдрома, психосоциальных факторов, и т.д.).</p> <p><b>Ишемическая болезнь сердца (ИБС).</b></p> <p>1.3 <b>Ишемическая болезнь сердца (ИБС).</b> Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ</p>	26	90	84	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<p>(медико – социальная экспертиза).</p> <p>1.4 Стенокардия: этиология, патогенез классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое). Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации.</p> <p>1.5 Инфаркт миокарда: этиология, патогенез классификация, клиническая картина (типичные и атипичные формы), диагностика, дифференциальная диагностика. Методы реваскуляризации.</p> <p>1.6 Инфаркт миокарда: Лабораторные и инструментальные методы диагностики инфаркта миокарда: изменений ЭКГ, активность кардиоспецифичных ферментов. Коронарографическое исследование, эхокардиография, радионуклидные методы.</p> <p>1.7 Инфаркт миокарда: лечение неосложненного инфаркта миокарда. Тактика ведения больного на догоспитальном и госпитальном этапах. Реабилитация, диспансеризация больных перенесших инфаркт миокарда, МСЭ (медико – социальная экспертиза).</p> <p>1.8 Инфаркт миокарда: осложнения инфаркта миокарда. Диагностика и лечение осложнений</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>инфаркта миокарда.</p> <p>1.9 Постинфарктный кардиосклероз, варианты клиники и течения.</p> <p>1.10 Безболевая и аритмическая формы ИБС.</p> <p>1.11 Внезапная смерть при ИБС. Факторы риска. Профилактика.</p> <p>1.12 Острый коронарный синдром. ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST. Классификация нестабильной стенокардии, клинические проявления, диагностика (ЭКГ, биохимические маркеры). Оценка степени риска. Стратегия лечения больных с ОКС (медикаментозное, хирургическое). Ведение больных после выписки из стационара.</p> <p><b>Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.</b></p> <p>1.13 Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз, клиническая картина, диагностика.</p> <p>1.14 Симптоматические артериальные гипертензии этиология, патогенез, классификация, особенности клинической картины, диагностика, принципы лечения.</p> <p>1.15 Злокачественная артериальная гипертензия.</p> <p>1.16 Тактика ведения больных с синдромом</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>артериальной гипертензии с позиций доказательной медицины. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных.</p> <p>1.17 Неотложные состояния при артериальной гипертензии. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе.</p> <p><b>Болезни миокарда.</b></p> <p>1.18 Миокардиты. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Осложнения, исходы миокардитов. Реабилитация после перенесенного миокардита, МСЭ.</p> <p><del>1.19</del> <del>Миокардиодистрофии.</del> <del>Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика лечения.</del><sup>15</sup></p> <p>1.20 Кардиомиопатии: дилатационная кардиомиопатия. Морфология, патофизиология. Клинические проявления. Диагностика (ЭКГ, эхокардиография, радионуклидные методы, биопсия миокарда), дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.</p> <p>1.21 Кардиомиопатии: гипертрофическая кардиомиопатия. Морфология, патофизиология.</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>15</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г

<p>Клинические проявления.          Диагностика,          дифференциальная,          лечение, прогноз, МСЭ.</p> <p>1.22 Кардиомиопатии:          рестриктивная          кардиомиопатия          (эндокардиальный          фиброз, эндокардит          Леффлера),          патоморфология,          клиника, лечение.</p> <p>1.23 Инфекционный          эндокардит. Этиология,          патогенез, факторы риска,          клинические проявления,          варианты течения,          осложнения. Особенности          течения у лиц пожилого          возраста. Диагностика,          лечение          (медикаментозное,          хирургическое,          сорбционные методы).          Прогноз, профилактика,          реабилитация, МСЭ.</p> <p>1.24 Перикардиты.          Этиология, патогенез,          клинические проявления,          варианты течения,          осложнения. Диагностика,          лечение          (медикаментозное,          хирургическое). Прогноз,          профилактика,          реабилитация, МСЭ.</p> <p><b>Врожденные пороки          сердца.</b></p> <p>1.25 Врожденные пороки          сердца. Патогенез.          Классификация.          Открытый артериальный          проток, дефект          межжелудочковой          перегородки, дефект          межпредсердной          перегородки.          Клинические проявления.          Диагностика.          Инструментальные          методы диагностики.          Особенности лечения.</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.</p> <p>1.26 Врожденные пороки сердца. Патогенез. Классификация. Стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения.</p> <p>Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.</p> <p>1.27 Врожденные пороки сердца. Проплап митрального клапана. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения.</p> <p>Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.</p> <p>1.28 Приобретенные пороки сердца. Патогенез. Классификация. Недостаточность митрального клапана. Стеноз митрального клапана. Недостаточность аортального клапана. Стеноз аортального клапана. Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Клинические проявления. Диагностика. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения.</p> <p>Показания к хирургическому лечению. Профилактика возникновения приобретенных пороков сердца. Реабилитация.</p> <p><b>Нарушения сердечного ритма и проводимости</b></p>					
--	--	--	--	--	--

<p><b>сердца.</b>  1.29 Нарушения функции автоматизма и возбудимости миокарда: синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма. Экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии, трепетание и мерцание предсердий и желудочков. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика лечения.</p> <p>1.30 Нарушения проводимости. Синоаурикулярная, атривентрикулярная, внутрижелудочковая блокады. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Медикаментозные возможности лечения. Показания к временной и постоянной ЭКС. Профилактика нарушений ритма и проводимости. Реабилитация. МСЭ.</p> <p><b>Недостаточность кровообращения (сердечная недостаточность).</b></p> <p>1.31 Сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Современные методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная. Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Профилактика. Реабилитация. МСЭ.					
2.	<p><b>Раздел 2</b></p> <p><b>Ревматические болезни</b></p> <p>2.1 Общие вопросы ревматических болезней. Международная классификация. Эпидемиология. Типы наследования. Патоморфология. Методы обследования больных ревматическими болезнями.</p> <p>2.2 Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматической лихорадкой, реабилитация, диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.</p> <p>2.3 ХРБС. Ревматические пороки сердца. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p><b>Заболевания суставов.</b></p> <p>2.4 Заболевания суставов. Классификация, методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>2.5 Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы современной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.</p> <p>2.6 Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология,</p>	10	72	44	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9



<p>патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>2.7 Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>2.8 Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальная диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>2.9 Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>2.10 Первичный остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики. Дифференциальная диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>2.11 Подагра. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение подагры, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>Диффузные заболевания соединительной ткани.</p> <p>2.12 Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагноз и диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений, диспансеризация, МСЭ. 2.13 Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии болезни. Дифференциальная диагноз и диагноз. Принципы лечения. Прогноз, диспансеризация, МСЭ. 2.14 Дерматомиозит. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ. 2.15 Узелковый периартериит. Этиология, патогенез. Основные клинические синдромы. Дифференциальная диагноз и диагноз. Принципы лечения. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.</p>					
3.	<p><b>Раздел 3</b> <b>Болезни органов дыхания</b> 3.1 Бронхит острый. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика. 3.2 Хронические обструктивные болезни</p>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<p>легких (ХОБЛ).  Определение понятия, нозологические формы, относящиеся к ХОБЛ. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте.  Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p><b>3.3 Бронхиальная астма.</b>  Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения.  Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p><b>3.4 Пневмония.</b>  Этиология, патогенез, классификация. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Особенности течения пневмонии в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения.  Дифференциальная диагностика. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p><b>3.5 Абсцесс легкого.</b>  Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиника острого абсцесса.  Дифференциальная диагностика, лечение.  Показания к хирургическому лечению.</p>					
--	--	--	--	--	--

<p><b>3.6 Бронхоэктатическая болезнь.</b> Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Осложнения. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, показания к хирургическому лечению, прогноз, диспансеризация, МСЭ.</p> <p><b>Интерстициальные заболевания легких.</b></p> <p>3.7 Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология, клиника, диагностика, лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p>3.8 Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.</p> <p><b>3.9 Болезни плевры (плевриты).</b> Этиология, патогенез, классификация. Диагностика (лабораторные и рентгенологические данные). Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.</p> <p><b>3.10 Дыхательная недостаточность.</b> Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение,</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>прогноз, МСЭ.</p> <p><b>3.11 Легочное сердце.</b>  Этиология, патогенез, классификация. Острое легочное сердце, хроническое легочное сердце. Лечение хронического легочного сердца, особенности лечения в поликлинике. Профилактика легочного сердца, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p><b>3.12 Новая</b>  коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, клинические формы, классификация по степени тяжести. Вопросы амбулаторного и стационарного лечения. Показания для госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Реабилитация.<sup>16</sup>  Вопросы организации вакцинопрофилактики новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.<sup>17</sup></p>					
4.	<p><b>Раздел 4</b>  <b>Болезни органов пищеварения</b>  <b>Болезни пищевода.</b>  4.1 Ахалазия кардии. ГПОД. ГЭРБ.  Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p>	<b>12</b>	<b>60</b>	<b>48</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<sup>16</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г

<sup>17</sup> Протокол изменений и дополнений к рабочей программе дисциплины Б1.Б6 «Терапия» по специальности 31.08.49 «Терапия» на 2021-2022 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №6 от 25.06.2021 г.

<p><b>Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.</b></p> <p>4.2 Функциональные расстройства желудка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.3 Хронические гастриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.4 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.5 Постгастрорезекционные расстройства. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p><b>Заболевания тонкого и толстого кишечника.</b></p> <p>4.6 Воспалительные заболевания кишечника (НЯК, болезнь Крона). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.<sup>18</sup></p> <p>4.7 Синдром мальабсорбции. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Синдром раздраженного кишечника. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>4.8 Псевдомембранозный колит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.9 Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика,</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>18</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г

<p>лечение.</p> <p><b>Заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей.</b></p> <p>4.10 <del>Хронические гепатиты.</del> Неалкогольная жировая болезнь печени<sup>19</sup>. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.11 Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.12 Наследственные и метаболические заболевания печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.13 Алкогольная болезнь печени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.14 Желчекаменная болезнь. ПХЭС. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.15 Склерозирующие холангиты. ДЖВП. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p><b>Заболевания поджелудочной железы.</b></p> <p>4.16 Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.17 Муковисцидоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4.18 Кистозные заболевания поджелудочной железы.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>19</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г

	<p>Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p><b>Современные методы диагностики и лечения.</b></p> <p>4.19 Энтеральное и парентеральное питание. Современные основы лечебного питания. Экстракорпоральные методы лечения.</p> <p>4.20 Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения.</p>					
5.	<p><b>Раздел 5</b></p> <p><b>Болезни почек</b></p> <p>5.1 Гломерулонефриты. Гистопатология. Клиническая и морфологическая классификация. Этиология, патогенез. Клинические особенности отдельных морфологических форм гломерулонефрита. Лечение, принципы лечения отдельных клинико-морфологических форм гломерулонефрита.</p> <p>5.2 Пиелонефриты. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов и повторной инфекции.</p> <p>5.3 Амилоидоз почек. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Патоморфология.</p>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9



	<p>Классификация. Клиническая картина, характеристика основных типов амилоидоза. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. 5.4 Поражение почек при сахарном диабете. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. 5.5 Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Прогноз. 5.6 Хроническая болезнь почек. Понятие, эпидемиология, факторы риска, классификация, лечение, прогноз.</p>					
<b>6.</b>	<p><b>Раздел 6</b> <b>Болезни органов кроветворения</b> 6.1 Гемобластозы. Классификация. Острые лимфобластные лейкозы. Этиология, патобиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз. 6.2 Хронический миелолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные, цитогенетические исследования. Лечение. Прогноз. 6.3 Хронический лимфолейкоз. Эпидемиология. Этиология и патогенез.</p>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<p>Клиническая картина.          Диагностика и дифференциальная диагностика.          Лабораторные данные, цитогенетические исследования. Лечение.          Прогноз.          6.4          Парпротеинемические гемобласты.          Множественная миелома.          Макроглобулинемия Вальденстрема. Болезни тяжелых цепей.          6.5 Анемии.          Постгеморрагические анемии. Анемии, обусловленные нарушением продукции эритроцитов.          Апластические анемии.          Железодефицитные анемии. Анемии, обусловленные хроническими воспалительными заболеваниями.          6.6 Сидеробластные анемии. Талассемии.          Мегалобластные анемии.          Гемолитические анемии.          6.7 Геморрагические диатезы. Семиотика и лабораторная диагностика геморрагических диатезов, обусловленных нарушением в системе гемостаза. Вазопатии.          Тромбоцитопении.          Тромбоцитопатии.          Наследственные тромбоцитопатии.          Приобретенные тромбоцитопатии.          6.8 Нарушения плазменного звена гемостаза (коагулопатии).          Врожденные коагулопатии.          Приобретенные коагулопатии.</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>6.9 Миелодиспластические синдромы. Классификация. Этиология, патобиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз.</p> <p>6.10 Лимфомы. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика и стадирование лимфом. Лабораторные данные. Лечение. Прогноз.</p> <p>6.11 Гемокомпонентная и инфузионно-трансфузионная терапия. Основы трансфузионной медицины. Общие положения трансфузионной иммунологии. Антигены эритроцитов. Антигены тромбоцитов. Антигены лейкоцитов. Антигены плазменных белков.</p> <p>6.12 Методы и средства гемокомпонентной терапии. Получение и клиническое использование эритроцитарной массы, плазмы крови, концентрата тромбоцитов, концентрата лейкоцитов. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Современные кровезаменители.</p>					
7.	<p><b>Раздел 7</b> <b>Эндокринные заболевания</b> 7.1 Сахарный диабет. Этиология, патогенез,</p>	8	54	12		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<p>классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>7.2 Острые осложнения сахарного диабета. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>7.3 Болезни щитовидной железы. Диффузный токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии, диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>7.4 Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии, диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>7.5 Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p><b>Болезни системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники.</b></p> <p>7.6 Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p>7.7 Акромегалия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение,</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p>7.8 Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p>7.9 Гипофункция надпочечников. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.</p> <p>7.10 Климактерий и связанные с ним болезни. Вегетативно-дисгормональная миокардиодистрофия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение медикаментозных и функциональных проб. Лечение, профилактика, МСЭ.</p>					
8.	<p><b>Раздел 8</b></p> <p><b>Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b></p> <p><b>Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии.</b></p> <p>8.1 Острая сердечная недостаточность. Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности. Основные принципы интенсивной терапии. Отек легких.</p>		78	8		УК-1, ПК-5 ПК-6

<p>Кардиогенный шок. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>8.2 Синкопальные состояния. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.</p> <p><b>Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии.</b></p> <p>8.3 Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.</p> <p>8.4 Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.</p> <p>8.5 Легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация.</p> <p>8.6 Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.</p> <p><b>Интенсивная терапия и</b></p>					
---	--	--	--	--	--

<p><b>реанимация в гастроэнтерологии.</b></p> <p>8.7 Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Тромбоэмболия мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.</p> <p>8.8 Острый холецистит. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.</p> <p>8.9 Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.</p> <p><b>Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии.</b></p> <p>8.10 Гипертиреозидный криз. Гипотиреозидная кома. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.</p> <p>8.11 Гипокортикоидный криз. Феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии.</p> <p><b>Интенсивная терапия и реанимация в гематологии.</b></p> <p>8.12 Синдром диссеминированного</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>внутрисосудистого свертывания (ДВС).  Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга.  Интенсивная терапия.  <b>Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии.</b>  8.13 Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.  Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.</p>					
9.	<p><b>Раздел 9</b>  <b>Геронтология и гериатрия</b>  9.1 Геронтологические аспекты внутренней патологии (особенности внебольничной диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов у больных пожилого и старческого возраста).  9.2 Особенности клиники и диагностики ишемической болезни сердца в гериатрической практике.  9.3 Особенности клиники и диагностики заболеваний дыхательной системы в гериатрической практике.  9.4 Особенности клиники и диагностики заболеваний органов пищеварения в гериатрической практике.</p>		18			УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
10.	<p><b>Раздел 10</b>  <b>Поликлиническая терапия</b></p>		30	24		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5



<p>10.1 Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению территориального врачебного участка. Общие вопросы организации медико-социальной экспертизы. Частные вопросы МСЭ.</p> <p>10.2 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний кровообращения.</p> <p>10.3 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика ревматических болезней.</p> <p>10.4 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов дыхания.</p> <p>10.5 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов пищеварения.</p> <p>10.6 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней почек.</p> <p>10.7 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов кроветворения.</p> <p>10.8 Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация,</p>							<p>ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>
--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------

профилактика эндокринных заболеваний. 10.9 Внебольничная диагностика, симптоматическая терапия, профилактика онкологических заболеваний. 10.2.Профилактика хронических неинфекционных заболеваний 10.3.Диспансеризация взрослого населения, профилактические медицинские осмотры 10.4.Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями по профилю «терапия» 10.5.Реабилитация пациентов с заболеваниями по профилю «терапия». 10.6.Экспертиза нетрудоспособности <sup>20</sup>					
---	--	--	--	--	--

## 8. Образовательные технологии

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

- Лекции проводятся с использованием дополнительного оборудования в виде мультимедийной системы для обеспечения наглядности учебного материала. Расписание лекций формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.
- Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и

<sup>20</sup> Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2022-2023 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО №9 от 29.06.2022г

навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

- В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области терапии.
- Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

## **9. Оценка качества освоения программы**

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

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

### **Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:**

**ЗС** – решение ситуационных задач,

**КР** – контрольная работа,

**С** – собеседование по контрольным вопросам,

**Т** – тестирование,

**Р** – реферат.

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

### Перечень оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
<i>Б</i> <i>1.Б.6.1</i>	Болезни сердечно-сосудистой системы	Зачет	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.2</i>	Ревматические болезни	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.3</i>	Болезни органов дыхания	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.4</i>	Болезни органов пищеварения	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.5</i>	Болезни почек	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.6</i>	Болезни органов кроветворения	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.7</i>	Эндокринные заболевания	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<i>Б</i> <i>1.Б.6.8</i>	Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.	Зачет		УК-1; ПК-5; ПК-6
<i>Б</i> <i>1.Б.6.9</i>	Геронтология и гериатрия	Зачет		УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9

<b>Б</b> <b>1.Б.6.10</b>	<b>Поликлиническая терапия</b>	Зачет	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9, ПК-10
-----------------------------	------------------------------------	-------	---

Прием зачетов проводится на последнем занятии раздела дисциплины, в котором предусмотрена данная форма контроля успеваемости. Сроки зачетов устанавливаются расписанием. Зачеты принимают преподаватели, руководившие практикой, семинарами или читающие лекции по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Зачеты по дисциплинам и практикам являются недифференцированными и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Результаты сдачи зачетов заносятся в зачетную ведомость.

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

1. Тестирование (100 вопросов);
2. Собеседование по экзаменационному билету, включающему 3 вопроса из разных разделов дисциплины и ситуационную клиническую задачу.

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

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

<b>Перечень компетенций</b>	<b>Критерии их сформированности</b>	<b>Оценка по 5-ти бальной шкале</b>	<b>Аттестация</b>
-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10 -	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10 -	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10 -	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10 -	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

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

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### а) Основная литература:

1. **Маколкин В. И.** Внутренние болезни: учебник [Электронный ресурс] / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013. – 768с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
2. **Внутренние болезни** [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. **Внутренние болезни:** руководство к практ. занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / [Абрамова А.А. и др.] ; под ред. В.И. Подзолкова. - М., 2010. - 640 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
4. **Внутренние болезни:** руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / [Ананченко В.Г. и др.] ; под ред. Л.И. Дворецкого. - 2010. - 456 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
5. **Стрюк Р. И.** Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Стрюк Р.И., Маев И.В.; Минобрнауки РФ . - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. **Стрюк Р. И.** Внутренние болезни [Текст] : учебник / Стрюк Р.И., Маев И.В.; Минобрнауки РФ . - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 542, [2]с.: ил.
7. **Руководство по скорой медицинской помощи** [Электронный ресурс] / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутии. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 816 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
8. **Кобалава Ж. Д.** Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.

9. **Ройтберг Г. Е.** Внутренние болезни: лабораторная и инструментальная диагностика [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. образования врачей по спец. "Терапия" / Ройтберг Г. Е., Струтынский А.В. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 799с.: ил.
10. **Орлов В. Н.** Руководство по электрокардиографии [Текст] / Орлов В.Н. - 8-е изд., испр. - М.: МИА, 2014. - 560с.: ил.
11. **Клиническая лабораторная диагностика** [Текст] : нац. рук. : [учеб. пособие] : в 2 т. Т. 1 / гл. ред.: В. В. Долгов, В. В. Меньшиков ; АСМОК - Ассоциация мед. обществ по качеству ; Науч. о-во специалистов лаб. медицины. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 926 с. : ил. - (Национальные руководства).
12. **Клиническая лабораторная диагностика** [Текст] : нац. рук. : [учеб. пособие] : в 2 т. Т. 2 / АСМОК - Ассоциация мед. обществ по качеству ; Гл. ред.: В. В. Долгов, В. В. Меньшиков ; Науч. о-во специалистов лаб. медицины. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 806 с. : ил. - (Национальные руководства).
13. **Машковский М. Д.** Лекарственные средства [Текст] : пособие для врачей / Машковский М.Д. - 16-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: Новая Волна, 2012. - 1216с.

#### **б) Дополнительная литература:**

1. **Гринхальх Т.** Основы доказательной медицины [Текст] : пер. с англ. / Гринхальх Т., Денисов И.Н., Сайткулов К.И.; под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова. - 3-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 282с. : ил.
2. **Клиническая фармакология и фармакотерапия** [Текст] : учебник / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева ; Минобрнауки РФ. - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 831 с. : ил. + 1CD-ROM
3. **Клинические рекомендации. Эндокринология** [Текст] / Галстян Г.Р., Зилов А.В., Лесникова С.В. и др.; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко ; Рос. ассоциация эндокринологов. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 360с.: ил.
4. **Чарная М. А.** Тромбозы в клинической практике [Электронный ресурс] / М. А. Чарная, Ю. А. Морозов. - М., 2009. - 224 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. **Гиляров М. Ю.** Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, лечение и профилактика [Электронный ресурс] / М. Ю. Гиляров, Д. А. Андреев. - М., 2010. - 80 с. - (Библиотека врача-специалиста). - Режим



доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.

6. **Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний** [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Е. И. Чазова, Ю. А. Карпова. - М. : Литтерра, 2014. - 1056 с. - (Рациональная фармакотерапия). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
7. **Ивашкин В. Т.** Пропедевтика внутренних болезней. Нефрология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 184с.: ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
8. **Чучалин А. Г.** Энциклопедия редких болезней [Электронный ресурс] / А. Г. Чучалин. - М. : Литтерра, 2014. - 672 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
9. **Внутренние болезни: 333 тестовые задачи и комментарии к ним** [Электронный ресурс] : учебное пособие / Дворецкий Л.И., Михайлов А.А., Стрижова Н.В., Чистова В.С. 2-е изд., перераб. и доп. М. :ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 160 с.: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
10. **Фармакотерапия в нефрологии** [Электронный ресурс] / Козловская Л.В., Кутырина И.М., Мухин Н.А. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
11. **Ревматология** [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Е. Л. Насоновой, В. А. Насоновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
12. **Гастроэнтерология** [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 480с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
13. **Шихнебиев Д. А.** Пропедевтика внутренних болезней с основами общего ухода за больными [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов, врачей, ординаторов, интернов / Шихнебиев Д. А.; Минобрнауки РФ, Даг. мед. стоматол. ин-т. – Махачкала, 2015. – 250 с.
14. **Кишкун А. А.** Клиническая лабораторная диагностика [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Кишкун А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 976с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
15. **Кардиология** [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

16. **Киякбаев Г.К.** Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Г.К. Киякбаев. - М., 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
17. **Военно-полевая терапия** [Текст] : нац. рук. : [учеб. пособие для системы ППО врачей] / И. Ю. Быков [и др.] ; гл. ред.: И. Ю. Быков, А. Л. Раков, А. Е. Сосюкин ; Гл. воен.-мед. управление МО РФ, Ассоциация мед. о-в по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 414 с. - (Национальные руководства).
18. **Кеннеди Л.** Диагностика и лечение в эндокринологии: проблемный подход [Текст] : рук. / Кеннеди Л., Басу А.; пер. с англ. под ред. В.В. Фадеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 293с.: ил.
19. **Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов:** новые аспекты [Текст] : рук. для врачей / Ребров А.П., Никитина Н.М., Пономарева Е.Ю. и др. ; под общ. ред. А. П. Реброва. - Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2012. – 178с.
20. **Маколкин В. И.** Внутренние болезни: тесты и ситуационные задачи [Текст] : учеб. пособие для обучающихся по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Внутрен. болезни, общая физиотерапия, военно-полевая терапия" / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 295с.
21. **Внутренние болезни по Дэвидсону.** Нефрология. Ревматология [Текст] : [учеб. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Внутр. болезни", для системы последиплом. подготовки в интернатуре, аспирантуре и клин. ординатуре по дисциплинам "Внутр. болезни", "Нефрология", "Ревматология"] / Бун Н.А., Колледж Н.Р., Уолкер Б.Р., Хантер Дж.А.А.; ред.: Н.А. Бун и др. - М.: Рид Элсивер, 2010. - 235с.: ил.
22. **Боткин С. П.** Внутренние болезни [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1 : Курс клиники внутренних болезней / С. П. Боткин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
23. **Боткин С. П.** Внутренние болезни [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2 : Клинические лекции / С. П. Боткин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
24. **Черкасова Н. А.** Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке [Электронный ресурс] / Черкасова Н.А., Сергеева Е.В. ; под ред. Л.И. Дворецкого. – М., 2009. – 48 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
25. **Геморрагические лихорадки** [Электронный ресурс] / Ю.Я. Венгеров,

- Д.А. Валишин, Н.Д. Ющук, А.В. Сундуков, М.М. Гаджикулиева. - М., 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
26. **Ребров А. П.** Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний внутренних органов [Текст] : рук. для врачей / Ребров А.П., Кароли Н.А., Кашкина Е.И. и др. ; под общ. ред. А.П. Реброва. - Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2012. - 190с.
  27. **Мюллер З.** Неотложная помощь [Текст] : справ. практ. врача / Мюллер З. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 527с.
  28. **Сумин С. А.** Анестезиология и реаниматология [Текст] : учеб. пособие : в 2 т. Т. 2 / Сумин С.А., Руденко М.В., Бородинов И.М. - М.: МИА, 2010. - 869с. : ил.
  29. **Томилов А. Ф.** Атлас клинической медицины: внешние признаки болезней [Электронный ресурс] : руководство / А. Ф. Томилов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
  30. **Белоусов Ю. Б.** Клиническая фармакология и фармакотерапия [Текст] : [руководство] / Белоусов Ю.Б. - Изд. 3-е, испр. и доп. - М.: МИА , 2010 . - 866с.: ил., цв. ил.
  31. **Доказательная эндокринология** [Текст] : [руководство] / Камачо П., Гариба Х., Майзмора Г.; под ред. П. Камачо, Х. Гариба, Г. Майзмора. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 632с.
  32. **Эндокринология** [Текст] : нац. рук. / под ред. И. И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1064с. : ил. - (Национальные руководства).
  33. **Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний** [Электронный ресурс] / Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. ; под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. – М., 2010. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
  34. **Циммерман Я. С.** Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Циммерман Я.С. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с.: ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.
  35. **Мурашко В. В.** Электрокардиография [Текст] : учеб. пособие / Мурашко В.В., Струтынский А.В. - 10-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 313с. : ил.
  36. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235.

<https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>

37. 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).

38. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова. Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.<sup>21</sup>

#### в) клинические рекомендации

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

[https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii\\_rko\\_odobrennye\\_nauchnoprakticheskim\\_sovetom\\_minzdrava\\_rf/](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. Клинические рекомендации Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и общероссийской общественной некоммерческой организации «Ассоциации колопроктологов России» по диагностике, лечению и профилактике clostridium difficile-ассоциированной диареи.

[http://www.gnck.ru/rec/recommendation\\_clostridium\\_difficile.pdf](http://www.gnck.ru/rec/recommendation_clostridium_difficile.pdf)

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

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

---

<sup>21</sup> Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2022-2023 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО №9 от 29.06.2022г

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. «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов» 2019, одобрены Научно-практическим Советом Минздрава РФ <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/970>
9. «Хронический пиелонефрит у взрослых» Российское общество урологов, 2016. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/55>
10. «Хроническая обструктивная болезнь легких» Российское респираторное общество, 2018 <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/908>
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)<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г.

17. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» (2020 г)<sup>23</sup>

[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 «Брадиаритмии 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)

---

<sup>23</sup> Протокол изменений и дополнений к рабочей программе дисциплины Б1.Б6 «Терапия» по специальности 31.08.49 «Терапия» на 2021-2022 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №6 от 25.06.2021 г.

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. Временные методические рекомендации МЗ РФ. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» версия 11 от 07.05.2021.
28. Клинические рекомендации РКО и МЗ РФ «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств» (2021)<sup>24</sup>  
[https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/KP\\_Inf\\_Endokardit-unlocked.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/KP_Inf_Endokardit-unlocked.pdf)
29. Клинические рекомендации МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021)  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669_1)
30. Клинические рекомендации МЗ РФ «В12-дефицитная анемия» (2021)  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/536_2)
31. Клинические рекомендации МЗ РФ «Фолиеводефицитная анемия» (2021)  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/540_2)
32. 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)
33. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая болезнь почек» (2021)  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469_2)
34. «Временные методические рекомендации МЗ РФ. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» версия 16 от 18.08.2022.

---

<sup>24</sup> Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2022-2023 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО №9 от 29.06.2022г

## **г). Российские согласительные документы**

1. Особенности диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста

[http://rgnkc.ru/images/metod\\_materials/HSN\\_konsensus.pdf](http://rgnkc.ru/images/metod_materials/HSN_konsensus.pdf)

2. Антитромботическая терапия в пожилом и старческом возрасте: согласованное мнение экспертов (18.04.2017 г.)

[http://rgnkc.ru/images/metod\\_materials/ATT\\_konsensus.pdf](http://rgnkc.ru/images/metod_materials/ATT_konsensus.pdf)

3. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией (15.01.2017 г.)

[http://rgnkc.ru/images/metod\\_materials/arterialnaya\\_gipertoniya.pdf](http://rgnkc.ru/images/metod_materials/arterialnaya_gipertoniya.pdf)

4. Депрескрайбинг антипсихотических лекарственных средств, применяемых при лечении поведенческих и психотических симптомов деменции и инсомнии у пациентов 60 лет и старше (проект протокола, версия 2.0. от 1 октября 2019 г.)

[http://rgnkc.ru/images/pdf\\_documets/Depreskraibing/Depreskraibing\\_antipsihiotiki.pdf](http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Depreskraibing_antipsihiotiki.pdf)

5. 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)<sup>25</sup>

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

1. Клиническая лабораторная диагностика.
2. Клиническая медицина.
3. Российский медицинский журнал.
4. Терапевтический архив.

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

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

---

<sup>25</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г.



Ссылка на информационный ресурс	Доступность
<a href="http://www.consilium-medicum.com/media/consilium">http://www.consilium-medicum.com/media/consilium</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm">http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html">http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.consilium-medicum.com/media/refer">http://www.consilium-medicum.com/media/refer</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.pharmateca.ru">http://www.pharmateca.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.scopus.com">http://www.scopus.com</a> <sup>26</sup>	Свободный доступ
<a href="https://www.thelancet.com">https://www.thelancet.com</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.scsml.rssi.ru">http://www.scsml.rssi.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://cr.rosminzdrav.ru/">http://cr.rosminzdrav.ru/</a>	Свободный доступ
<a href="https://www.rnmot.ru/">https://www.rnmot.ru/</a> - Российское научно-медицинское общество терапевтов	Свободный доступ
<a href="http://www.scardio.ru">http://www.scardio.ru</a> – Российское кардиологическое общество	Свободный доступ
<a href="http://www.spulmo.ru">http://www.spulmo.ru</a> - Российское респираторное общество	Свободный доступ
<a href="http://www.gastro.ru">http://www.gastro.ru</a> - Научное общество гастроэнтерологов России (НОГР)	Свободный доступ
<a href="http://www.rheumatolog.ru">http://www.rheumatolog.ru</a> – Ассоциация ревматологов России	Свободный доступ

<sup>26</sup> Протокол дополнений и изменений к ОПОП ВО 31.08.49 Терапия на 2018-2019 учебный год, утвержден на заседании кафедры внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, № 10 от 15.05.2018.

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
<a href="http://www.endocrincentr.ru/society/rus_asoc">http://www.endocrincentr.ru/society/rus_asoc</a> - Российская Ассоциация Эндокринологов	Свободный доступ
<a href="http://nomr.ru">http://nomr.ru</a> – Научное общество нефрологов России	Свободный доступ

## 11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

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

Перечень материально-технических средств для:

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

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

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

## 2. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> <b>Болезни сердечно-сосудистой системы</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии.</li><li>2.Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС.Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.</li><li>3.Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.</li><li>4.ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС.</li><li>5.Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния.</li><li>6.Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.</li><li>7.Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.</li><li>8.Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация степеней тяжести ХСН (NYHA). Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.</li><li>9.Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации.</li><li>10.Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям ВНОК. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.</li><li>11.Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.</li><li>12. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ.</li><li>13.Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.</li><li>14.Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</li><li>15.Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.</li><li>16.Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.</li><li>17. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы</li></ol>
--	---

	<p>лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.</p> <p>18. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардиальной полости: показания, техника, осложнения.</p> <p>20. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).</p> <p>21. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.</p> <p>22. Лечение фибрилляции предсердий: кардиоверсия (фармакологическая, электрическая), поддержание синусового ритма (общие принципы, выбор антиаритмических препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов), нефармакологические методы лечения, контроль частоты желудочковых сокращений и обоснование выбора препаратов, профилактика тромбозов и обострений.</p> <p>23. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, НЦД).</p> <p>24. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных нарушений ритма.</p> <p>25. Дифференциальная диагностика кардиоমেгалий (пороки сердца, миокардиты, ИБС, кардиомиопатии).</p> <p>26. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> <b>Ревматические</b> <b>болезни</b></p>	<p>27. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</p> <p>28. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана, ВСД.</p> <p>29. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</p> <p>30. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</p> <p>31. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.</p> <p>32. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</p> <p>33. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.</p> <p>34. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики.</p> <p>35. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</p> <p>36. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.</p> <p>37. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.</p> <p>38. Псориазический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.</p> <p>39. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</p> <p>40. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</p> <p>39. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиций доказательной медицины.</p> <p>40. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.</p> <p>41. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. 42. Показания для назначения иммунодепрессантов.</p> <p>43. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.3</b> <b>Болезни органов</b> <b>дыхания</b></p>	<p>44. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Европейского общества пульмонологов. Критерии диагноза пневмонии.</p> <p>45. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.</p> <p>46. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.</p> <p>47. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика.</p> <p>48. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.</p> <p>49. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия<sup>27</sup></p> <p>50. Острый бронхит. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</p> <p>51. Хронический бронхит (обструктивный и необструктивный). Этиология, патогенез. Классификация, критерии диагностики, необходимый минимум диагностических обследований. Лечение хронического бронхита. Критерии эффективного контроля заболевания. Диспансеризация больных. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности.</p> <p>52. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Патогенетические основы терапии.</p> <p>53. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.</p> <p>54. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.</p> <p>55. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания.</p> <p>56. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.</p> <p>57. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы.</p> <p>58. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>59. Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Клиника, диагностика. Неотложная терапия астматического статуса.</p> <p>60. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>61. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</p> <p>62. Вакцинопрофилактики новой коронавирусной инфекции: показания, противопоказания, вакцинные препараты, порядок вакцинации, ревакцинации, вакцинация особых групп пациентов.<sup>28</sup></p>

<sup>27</sup> Протокол изменений и дополнений к РП дисциплины «Терапия» ОПОП ВО 31.08.49 «Терапия» на 2020-2021 уч.год. утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №5 от 26.06.2020 г

<sup>28</sup> Протокол изменений и дополнений к рабочей программе дисциплины Б1.Б6 «Терапия» по специальности 31.08.49 «Терапия» на 2021-2022 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, №6 от 25.06.2021 г.

<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.4</b> <b>Болезни органов</b> <b>пищеварения</b></p>	<p>62.Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно трудовой экспертизы.</p> <p>63.ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>64.Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</p> <p>65.Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение геликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Принципы диспансеризации. Врачебно – трудовая экспертиза.</p> <p>66.Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.</p> <p>67.Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Хронический колит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от локализации процесса. Лечение.</p> <p>68.Дисбактериоз кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>69. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.</p> <p>70.Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.</p> <p>71.Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины.</p> <p>72.Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>73. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Морфологические критерии активности. Клиника, варианты течения, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>74.Цирроз печени: лечение, профилактика и лечение осложнений. Показания к госпитализации больных циррозом печени. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>75.ЖКБ: современные представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>76.Хронический холецистит: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>77.Хронический панкреатит: этиология, патогенез, патоморфология. Клиника. Хронический панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.5</b> <b>Болезни почек</b></p>	<p>78.Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений.</p> <p>79.Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>80.Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых. Лечение.</p> <p>81.Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>82.Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.6</b> <b>Болезни органов</b> <b>кроветворения</b></p>	<p>83.Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>84.В<sub>12</sub> – фолиеводефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>85.Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.</p> <p>86.Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>87.Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>88.Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз.</p>

	<p>Терапия в свете доказательной медицины.</p> <p>89.Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.</p> <p>90.Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>91.Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>92.Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>93.Перемежающая порфирия. Клиника и диагностика. Принципы лечения.</p> <p>94.Кожные геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>95.Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>96.Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз.</p> <p>97.Принципы терапии острых лейкозов.</p> <p>98.Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>99.Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.</p> <p>100.Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>101.Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>102.Хронический миелолейкоз. Роль Филадельфийской хромосомы в патогенезе заболевания. Клиника, диагностика, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>103.Эритремия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечение. Техника кровопусканий.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> <b>Эндокринные</b> <b>заболевания</b></p>	<p>104.сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД (ВОЗ, 1999) и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>105.Определение степени тяжести СД. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обмена). Критерии компенсации углеводного обмена.</p> <p>106.Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>107.Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.</p> <p>108.Синдром хронической передозировки инсулина, диагностика, лечение.</p> <p>109.Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов, показания и противопоказания. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение (построение диеты) в условиях поликлиники. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>110. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.</p> <p>111.Современная классификация диабетической нефропатии (ДН) (Mogensen). Значение определения микроальбуминурии (МАУ) при выявлении групп риска развития ДН и эффективности лечения. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями.</p> <p>Факторы риска развития ИБС у больных СД. Клинические особенности ИБС у больных СД. Рекомендации по профилактике ИБС у больных СД. Артериальная гипертензия (АГ) у больных СД, стратификация риска. Доказательная база применения ингибиторов АПФ у больных СД.</p> <p>112.Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).</p> <p>113.Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.</p> <p>114.Классификация зоба (Николаев О.В. 1955г., ВОЗ 1994г.). Диагностическое значение исследования уровней Т3, Т4, ТТГ. Практическая ценность и информативность методов инструментальной диагностики при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ).</p> <p>115. ДТЗ. Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии ДТЗ. Показания к оперативному лечению ДТЗ. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы,</p>

	<p>дифференциальная диагностика.</p> <p>116. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.</p> <p>117. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы, интерпретация и их значение в диф. диагностике.</p> <p>118. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения. Предоперационная подготовка.</p> <p>119. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>120. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> <b>Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b></p>	<p>121. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.</p> <p>122. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.</p> <p>123. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.</p> <p>124. Неотложная помощь при синкопальных состояниях.</p> <p>125. Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.</p> <p>126. Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.</p> <p>127. Легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация.</p> <p>128. Тромбоз эмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.</p> <p>129. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Тромбоз эмболия мезентериальных сосудов.</p> <p>130. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.</p> <p>131. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.</p> <p>132. Гипертиреозидный криз. Гипотиреозидная кома. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.</p> <p>133. Гипокортикоидный криз. Феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии.</p> <p>134. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия.</p> <p>135. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.</p>
<p><b>Г Б 1.Б.6.9</b> <b>Геронтология и гериатрия</b></p>	<p>136. Особенности клиники и диагностики ишемической болезни сердца в гериатрической практике.</p> <p>137. Особенности клиники и диагностики заболеваний дыхательной системы в гериатрической практике.</p> <p>138. Особенности клиники и диагностики заболеваний органов пищеварения в гериатрической практике.</p>



<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.10</b> <b>Поликлиническая</b> <b>терапия</b></p>	<p>139.Временная нетрудоспособность, её виды. Документация временной нетрудоспособности (приказ Минздрава №206/21 от 19 октября 1994 года).</p> <p>140.Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности (приказ Минздрава №5, приложение 4 от 13.01.1995).</p> <p>141.Санаторно – курортная справка при направлении на санаторно – курортное лечение.</p> <p>142.Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>143.Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</p> <p>144.Основные документы, регламентирующие деятельность участкового терапевта. Показатели эффективности работы участкового врача.</p> <p>145.Функции КЭК ЛПУ (приказ №5 Минздрава от 1.01.95)</p> <p>146.Задачи МСЭК ЛПУ в организации и проведении экспертизы трудоспособности. Документация поликлиники. Сроки переосвидетельствования.</p>
--	---

### **Банк тестовых заданий (с ответами):**

2.

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

- а) асистолия желудочков;  
 б) фибрилляция желудочков;  
 в) желудочковая бигемения;  
 г) атриовентрикулярная блокада 2 степени;  
 д) синоаурикулярная блокада 2 степени.
11. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больного острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
12. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:  
 а) через несколько часов от начала заболевания;  
 б) в течение первых суток болезни;  
 в) в течение вторых суток болезни;  
 г) через 7-12 дней от начала заболевания;  
 д) через 20 суток от начала заболевания.
13. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:  
 а) антигистаминные препараты;  
 б) нестероидные противовоспалительные препараты;  
 в) глюкокортикоиды;  
 г) антибиотики;  
 д) нитраты.
14. Самой частой причиной острого легочного сердца является:  
 а) пневмония;  
 б) астматическое состояние;  
 в) тромбоэмболия легочной артерии;  
 г) спонтанный пневмоторакс;  
 д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.
15. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают: 1. бета-блокаторы; 2. антагонисты кальция; 3. нитроглицерин (при внутривенном введении); 4. глюкозо-калиевая смесь.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
16. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. фуросемид; 3. анаприлин; 4. эналаприл.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
17. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:  
 а) слабость;  
 б) приступы сердечной астмы;  
 в) отеки ног;  
 г) венозный застой в большом круге кровообращения;  
 д) гепатомегалия.
18. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:  
 а) феохромоцитомы;  
 б) реноваскулярной гипертензии;

- в) первичного гиперальдостеронизма;  
г) хронического гломерулонефрита;  
д) хронического пиелонефрита.
19. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:  
а) обзидана;  
б) нитроглицерина (в/в);  
в) финоптина;  
г) дибазола;  
д) дигоксина.
20. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии: 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса; 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям; 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"; 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
21. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует: 1. диастолическое АД; 2. систолическое АД; 3. частота сердечных сокращений; 4. как диастолическое, так и систолическое АД.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 22.. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: 1. одышка; 2. стенокардия напряжения; 3. обмороки; 4. нарушения ритма сердца.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
23. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиомиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
24. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:  
а) хинидин;  
б) ритмилен;  
в) кордарон;  
г) этмозин;  
д) мекситил.
25. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа мерцательной аритмии; 3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
26. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при: 1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укороченного интервала PR; 4. гипертоническом сердце.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
27. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. рестриктивной кардиомиопатии; 3. амилоидозу сердца; 4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
28. В норме полость перикарда содержит:  
 а) около 5 мл жидкости;  
 б) до 50 мл жидкости;  
 в) 100-200 мл жидкости;  
 г) 300-500 мл жидкости;  
 д) 100 мл жидкости.
29. Для острого фибринозного перикардита не характерно:  
 а) брадикардия;  
 б) повышение температуры тела;  
 в) боль за грудиной;  
 г) шум трения перикарда;  
 д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.
30. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:  
 а) эозинофилы;  
 б) моноциты;  
 в) лимфоциты;  
 г) лейкоциты;  
 д) эритроциты.
31. При частом ритме с широкими комплексами QRS признаками желудочковой тахикардии являются: 1. наличие "сливных" и или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов"); 2. наличие ретроградных зубцов P; 3. наличие атриовентрикулярной диссоциации; 4. отсутствие зубцов P.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
32. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда:  
 а) лактобактерии;  
 б) синегнойная палочка;  
 в) зеленящие стрептококки;  
 г) золотистые стафилококки;  
 д) менингококки.
33. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: 1. миокардит; 2. васкулиты мелких сосудов; 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; 4. прогрессирующее сужение митрального клапана.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;

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

<p>смещение переходной зоны к левым грудным отведениям; 4. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>43. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:  а) во время систолы;  б) в начале диастолы;  в) в конце диастолы;  г) в середине диастолы;  д) в систолу после систолического шума.</p> <p>44. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения: 1. апрессина; 2. каптоприла; 3. коринфара; 4. обзидана.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>45. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся: 1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ; 2. увеличение правых отделов сердца; 3. гиперволемия малого круга; 4. гиповолемия малого круга.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>46. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум; 2. выслушивание 3-го тона; 3. пальпируемое систолическое дрожание; 4. повышенный риск инфекционного эндокардита.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>47. Желудочковая экстрасистолия: 1. Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; 2. ухудшает течение гипертонической болезни; 3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>48. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является: 1. спазм легочных артериол; 2. гипертрофия легочных артериол и артерий; 3. склероз легочных артериол и артерий; 4. спазм капилляров.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>49. Для атриовентрикулярной блокады 2 степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно: 1. прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов; 2. постоянство интервала PR; 3. укорочение интервала PR; 4. частое наличие одновременной</p>
---

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



- признаков сердечной недостаточности.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
58. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются: 1. порок сердца; 2. эмболии; 3. бактериемия; 4. нарушения ритма.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4
59. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:
- повышение массы тела на 30 % и более;
  - гиперхолестеринемия более 240 мг %;
  - артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм рт. ст.;
  - нарушение толерантности к углеводам;
  - блокада левой ножки пучка Гиса.
60. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:
- ангиотензин-II;
  - ангиотензин-I;
  - ренин;
  - простациклин;
  - оксид азота.
61. Феномен парадоксального пульса заключается в:
- уменьшении наполнения пульса на вдохе;
  - увеличении наполнения пульса на вдохе;
  - уменьшении наполнения пульса на выдохе;
  - увеличении наполнения пульса на выдохе;
  - отсутствии реакции пульса на фазы дыхания.
62. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:
- перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;
  - сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом;
  - радионуклидная вентрикулография;
  - эхокардиография;
  - ангиография.
63. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:
- аортальным стенозом;
  - митральным стенозом;
  - аортальной недостаточностью;
  - митральной недостаточностью;
  - трикуспидальной недостаточностью.
64. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться при: 1. эктопическом предсердном ритме; 2. отклонении электрической оси предсердия вправо; 3. отклонении электрической оси предсердия влево; 4. синусовой тахикардии.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
65. Интервал PQ включает: 1. Время проведения импульсов по предсердиям; 2. Время проведения импульса по AV-узлу; 3. Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса; 4. Время проведения импульса по волокнам Пуркинье.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;

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

	<p>б) липопротеиды низкой плотности;  в) липопротеиды высокой плотности;  г) хиломикроны;  д) липопротеиды промежуточной плотности.</p> <p>75. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:  а) стабильной стенокардии напряжения;  б) спонтанной стенокардии;  в) прогрессирующей стенокардии напряжения;  г) впервые возникли стенокардии;  д) любых вариантах стенокардии.</p> <p>76. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается:  а) более часто, чем стабильная стенокардия напряжения;  б) практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения;  в) менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения;  г) у 60 %-70 % больных;  д) более чем у 80 % больных.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b>  <b>Ревматические</b>  <b>болезни</b></p>	<p>77.. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении: 1. суставов поясничного отдела позвоночника; 2. симфиза; 3. тазобедренных суставов; 4. илеосакральных сочленений.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>78. Для системного остеопороза характерны: 1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани; 2. подчеркнутость контуров тел позвонков; 3. выраженная трабекулярность костной ткани; 4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>79. Для системной склеродермии характерно развитие: 1. диффузного пневмофиброза; 2. базального пневмофиброза; 3. адгезивного плеврита; 4. увеличения размеров сердца.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>80.. К белкам острой фазы относят: 1. С-реактивный белок; 2. гаптоглобулин; 3. альфа-глобулин; 4. церулоплазмин.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>81. Деструкция костной ткани сопровождается изменением: 1. увеличением экскреции гидроксипролина; 2. увеличением концентрации сывороточного кальция; 3. повышением активности щелочной фосфатазы; 4. повышением содержания фибриногена в сыворотке.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>82.. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных</p>

	<p>ниже заболеваний:</p> <p>а) ревматизма;  б) системной красной волчанки;  в) дерматомиозита;  г) ревматической полимиалгии;  д) системной склеродермии.</p> <p>83.. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:</p> <p>а) локтевых суставах;  б) плечевых суставах;  в) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;  г) коленных суставах;  д) голеностопных суставах.</p> <p>84.Для остеоартроза характерно: 1. наличие боли "механического" типа в суставах;2. периодическая "блокада" суставов; 3. медленное развитие болезни; 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>85. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а) ревматоидный артрит;  б) острая ревматическая лихорадка;  в) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза);  г) вирусный артрит;  д) подагрический артрит.</p> <p>86.. В отношении ревматизма справедливо: 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; 2. наличие типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя-Джонса); 3. склонность к формированию порока сердца; 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>87. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно: 1. Деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата; 2. поражение крупных суставов; 3. высокие показатели активности ревматического процесса; 4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>88. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения: 1. возбудителем является гонококк; 2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага; 3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность; 4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>89. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:</p>
--	---

<p>а) сохранение или ослабление I тона;  б) отсутствие II тона;  в) мезосистолический щелчок;  г) аортальный тон изгнания;  д) протодиастолический шум.</p> <p>90. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:  а) гигантоклеточный артериит;  б) геморрагический васкулит;  в) узелковый периартериит;  г) болезнь Бюргера;  д) микроскопический полиангиит.</p> <p>91. Для системной красной волчанки характерно: 1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания; 2. алопеция может быть локализованной или диффузной; 3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами; 4. встречаются дискоидные очаги.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>92. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек: 1 изолированный мочевого синдром; 2 нефритический мочевого синдром; 3 нефротический мочевого синдром; 4. пиелонефритический мочевого синдром.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>93.. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться: 1. преходящими нарушениями мозгового кровообращения; 2. судорогами; 3. периферической полинейропатией; 4. психозами.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>94.. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является: 1. активность волчаночного нефрита; 2. высокая общая активность болезни; 3. резистентность к глюкокортикостероидам; 4. выраженность синдрома Рейно.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>95. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:  а) лица, пальцев кистей и стоп;  б) туловища и проксимальных отделов конечностей;  в) туловища;  г) лица;  д) пальцев кистей.</p> <p>96. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:  а) бета-адреноблокаторы;  б) ингибитор ангиотензин превращающего фермента;  в) нативная плазма;  г) глюкокортикостероиды;  д) цитостатики.</p> <p>97. Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:</p>
---

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

- г) алопеция;
- д) синдром Рейно.

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

99. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

101. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

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

102. Причина анемии при ревматоидном артрите:

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

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
106. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:  
а) ирит и иридоциклит;  
б) склерит;  
в) конъюнктивит;  
г) блефарит;  
д) катаракта.
107. Сакроилеит встречается при: 1. синдроме Рейтера; 2. псориатическом артрите; 3. болезни Бехтерева; 4. неспецифическом язвенном колите.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
108. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:  
а) тест муцинового сгустка;  
б) определение глюкозы в синовиальной жидкости;  
в) определение комплемента в синовиальной жидкости;  
г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости;  
д) клинический анализ крови.
109. Диетотерапия подагры включает: 1. ограничение суточного потребления белков; 2. малокалорийную диету; 3. ограничение потребления бобовых; 4. ограничение спиртных напитков.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
110. Характерным признаком двустороннего коксартроза является: 1. протрузия вертлужных впадин; 2. укорочение нижних конечностей; 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме; 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
111. При остеоартрозе применяются: 1. нестероидные противовоспалительные препараты; 2. трасилол; 3. поливинилпирролидон; 4. глюкокортикостероиды внутрисуставно.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
112. Для ревматического перикардита характерно: 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата); 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически; 3. инфарктноподобная ЭКГ; 4. ослабление тонов сердца.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
113. Первичный ревматизм с наличием острого полиартрита, среднетяжелым и тяжелым кардитом, перикардитом, высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца, недостаточностью кровообращения наиболее тяжело

	<p>протекает в возрасте:</p> <p>а) 3-6 лет;  б) 7-15 лет;  в) 20-25 лет;  г) 40-45 лет;  д) 50-55 лет.</p> <p>114.. При системной красной волчанке выявляется: 1. серопозитивность по ревматоидному фактору; 2. снижение уровня комплемента по СН50; 3. ложноположительная реакция Вассермана; 4. антитела к нативной ДНК.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>115. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят: 1. при торпидном течении болезни; 2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков; 3. высокой активности люпус-нефрита; 4. высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>116. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:</p> <p>а) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;  б) цианозом дистальных отделов конечностей;  в) "повелением" пальцев кистей стоп в результате вазоконстрикции;  г) парестезиями по всей руке, ноге;  д) реактивной гиперемией кожи стоп;</p> <p>117.. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:</p> <p>а) напроксен;  б) пироксикам;  в) бутадион;  г) диклофенак-натрия (вольтарен);  д) индометацин.</p> <p>118. Применение кальцитонина при остеопорозе: 1. подавляет резорбцию костной ткани; 2. способствует предотвращению переломов костей; 3. увеличивает плотность костной ткани; 4. оказывает анальгезирующее действие.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>119. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия: 1. назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки; 2. пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд; 3. назначение циклофосфида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь; 4. гемосорбцию.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>120. Наиболее типичным для псориатического артрита является:</p> <p>а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;  б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;  в) анкилозирование межпозвонковых суставов;  г) первые признаки заболевания кожные;  д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике.</p>
--	---



121. Этиологическим фактором септического артрита может быть: 1. стафилококк; 2. стрептококк; 3. клебсиелла; 4. протей.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 122.. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно: 1. мигрирующая эритема; 2. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы; 3. лимфаденопатия; 4. поражение ЦНС.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 123.. На развитие острого подагрического артрита влияет: 1. носоглоточная инфекция; 2. нарушение режима питания; 3. значительное физическое перенапряжение; 4. голодание.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 124.. Развитию первичного остеоартроза способствует: 1. генетические факторы; 2. ожирение; 3. Дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей; 4. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 125.. Узелки Бушара появляются при:  
а) подагре;  
б) ревматоидном артрите;  
в) остеоартрозе;  
г) ревматизме;  
д) узелковом периартериите.
- 126.. Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланговых суставов - дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) - является: 1. сужение суставных щелей 2. субхондральный остеосклероз; 3. узурация суставных поверхностей костей; 4. остеопороз.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.  
е) если правильны ответы 1 и 2;
127. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:  
а) тазобедренные суставы;  
б) коленные суставы;  
в) дистальные межфаланговые суставы кистей;  
г) плечевые суставы;  
д) голеностопные суставы.
128. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение: 1. вес тела; 2. плотность костной ткани; 3. частота переломов; 4. пол.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
129. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза: 1. кости таза; 2. головка бедренной кости; 3. позвонки; 4. головка плечевой кости; 5. надмыщелки плечевой кости.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
130. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена: 1. энтезопатией в области бугра пяточной кости; 2. подпяточным бурситом; 3. кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой"); 4. артритом плюснефаланговых суставов.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
131. Развитие ревматизма связано с инфицированием:  
 а) вирусом;  
 б) стафилококком;  
 в) бета-гемолитическим стрептококком группы А;  
 г) альфа-гемолитическим стрептококком группы А;  
 д) сальмонелла.
132. При системной красной волчанке выявляется: 1. снижение в крови уровня комплемента СН 50; 2. наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре; 3. гипергаммаглобулинемия; 4. снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
133. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть: 1. алопеция; 2. фотодерматоз; 3. сетчатое ливедо; 4. питилиго.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
134. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно: 1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит; 2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения; 3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации; 4. миокардит.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
135. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с анти-фосфолипидным синдромом относят: 1. острое нарушение мозгового кровообращения; 2. деменцию; 3. мигрень; 4. поперечный миелит.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;

<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>136.. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с: 1. артериальной гипертензией; 2. нефротическим синдромом; 3. высоким содержанием в крови антител к ДНК; 4. низким содержанием в крови комплемента. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>137. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды;</p> <p>а) артериолы и капилляры; б) сосуды среднего калибра; в) сосуды любого диаметра; г) крупные сосуды; д) венозные сосуды.</p> <p>138. При узелковом периартериите характерно следующее поражение почек: 1. изолированный мочевои синдром с незначительной протеинурией; 2. мочевои синдром с нестойкой артериальной гипертензией; 3. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии; 4. нефротический синдром. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>139. Гигантоклеточный артериит проявляется: 1. острым нарушением мозгового кровообращения; 2. депрессией; 3. инфарктом миокарда; 4. тромбозом легочной артерии. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>140.. Азатиоприн применяется при: 1. ревматоидном артрите; 2. системной красной волчанке; 3. болезни Шегрена; 4. дерматомиозите. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>141. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отечность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а) ревматоидный артрит; б) системная красная волчанка; в) реактивный артрит; г) ревматизм; д) системная склеродермия.</p> <p>142. К "большим" критериям первичного ревматизма принадлежат: 1. кардит; 2. хорей; 3. полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>143. У больной 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области правого</p>
--

<p>тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пальпаторная болезненность в области трохантера;</li> <li>б) ограничение ротации бедра на пораженной стороне;</li> <li>в) укорочение правой ноги на 4 см;</li> <li>г) положительный симптом Лассега справа;</li> <li>д) положительный симптом Кушелевского.</li> </ul> <p>144. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) шейного отдела;</li> <li>б) поясничного отдела;</li> <li>в) крестцово-подвздошных суставов;</li> <li>г) грудного отдела;</li> <li>д) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.</li> </ul> <p>145. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ирит и иридоциклит;</li> <li>б) склерит;</li> <li>в) конъюнктивит;</li> <li>г) блефарит;</li> <li>д) катаракта.</li> </ul> <p>146. Желудочно-кишечные кровотечения вызывает: 1. преднизолон; 2. ацетилсалициловая кислота; 3. диклофенак; 4. циклоспорин. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;</li> <li>б) если правильны ответы 1 и 3;</li> <li>в) если правильны ответы 2 и 4;</li> <li>г) если правильный ответ 4;</li> <li>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</li> </ul> <p>147. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления: 1. менингоэнцефалит; 2. лекарственная нейропатия; 3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артриту; 4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;</li> <li>б) если правильны ответы 1 и 3;</li> <li>в) если правильны ответы 2 и 4;</li> <li>г) если правильный ответ 4;</li> <li>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</li> </ul> <p>148. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) генерализованный полиартрит;</li> <li>б) сосискообразная деформация пальцев стоп;</li> <li>в) сосискообразная деформация пальцев рук;</li> <li>г) артрит суставов 1-го пальца стоп;</li> <li>д) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей.</li> <li>е) правильно б), д).</li> </ul> <p>149. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) гемофилической артропатии;</li> <li>б) псевдоподагре;</li> <li>в) псориазическом артрите;</li> <li>г) ревматоидном артрите;</li> <li>д) ревматизме.</li> </ul> <p>150. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) лихорадка, озноб;</li> <li>б) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;</li> <li>в) синовиальная жидкость - высокий цитоз, 90 % нейтрофилов;</li> <li>г) полиартрит;</li> <li>д) рентгенологическая картина - деструкция хряща, кости.</li> </ul>
---

**Б 1.Б.6.3**  
**Болезни органов**  
**дыхания**

151. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:

- а) саркоидоз;
- б) муковисцидоз и дефицит  $\alpha$ 1-антитрипсина;
- в) гамартохондрома;
- г) бронхиальная астма;
- д) рак легкого.

152. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1. легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

156. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:

- а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;
- б) переохлаждение;
- в) вирусно-бактериальная инфекция;
- г) курение;
- д) переутомление.

157. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом). Он характеризуется: 1. отсутствием или, незначительно выраженными, признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем, с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

158. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, характеризуется: 1. вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

159. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

160. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

161.. Лечение острого бронхита, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит), во второй фазе (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

162. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

169. У людей, в возрасте старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

179. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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



<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>181.. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>182. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>183. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>184.. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. ограниченный и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>185. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоз эмболия легочной артерии. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>186. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является: 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких; 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты; 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма; 4. обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>187. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода ведения следует учитывать: 1. характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам; 2. концентрацию</p>
---

избранного средств, которую необходимо создать в бронхиальной слизи; 3. переносимость препарата больным; 4. характер лихорадки.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

197. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов: 1. разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи; 2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи; 3. стимулирующих сурфактантную систему легких; 4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

<p>в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>201. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в: 1. вне периода обострения заболевания; 2. условиях среднегорья и в равнинной местности; 3. условиях морского, сухого или континентального климата; 4. условиях высокогорья.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>202. При хроническом бронхите показано: 1. диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения (диспансерное); 2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита; 3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите; 4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение, вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>203. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причиннозначимого аллергена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование лекарственных препаратов.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>204.. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме:  а) один из b2 -агонистов;  б) метилксантинов;  в) блокаторов b2- адренорецепторов;  г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;  д) мембраностабилизирующих препаратов.</p> <p>205. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:  а) прогрессирование одышки;  б) нарастание цианоза;  в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;  г) повышение артериального давления;  д) тахикардия.</p> <p>206.. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые, влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые, влажные хрипы и крепитирующие хрипы:  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>207.. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов:</p>
--

<p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>208. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:</p> <p>а) пневмококк;  б) стрептококк;  в) стафилококк;  г) кишечная палочка;  д) клебсиелла.</p> <p>209. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:</p> <p>а) пневмококка;  б) стафилококка;  в) клебсиеллы;  г) хламидии;  д) микоплазма.</p> <p>210. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства: 1. этиотропные; 2. отхаркивающие; 3. бронхоспазмолитические; 4. иммуномодулирующие.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>211. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: 1. давность заболевания; 2. индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов; 3. сопутствующие заболевания; 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>212. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит: 1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции; 2. смешанный характер инфекции; 3. необходимость усиления антибактериального эффекта; 4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>213. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:</p> <p>а) трансфузий свежзамороженной плазмы;  б) парентерального введения глюко-кортикоидных гормонов;  в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;  г) инфузий гепарина;  д) плазмафереза.</p> <p>214. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются: 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств; 2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку; 3. трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств; 4. внутривенное введение антибиотика.</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;</p>
---

	<p>б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1,2, 3 и 4.</p> <p>215. Излечение острого абсцесса легкого происходит: 1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца; 2. путем образования на месте гнойной полости, очага уплотнения легочной ткани; 3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого; 4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1,2, 3 и 4.</p> <p>216. К раку легкого предрасполагает:  а) алкоголизм и бытовое пьянство;  б) курение;  в) наркомания и токсикомания;  г) хроническое переохлаждение;  д) психо-эмоциональная нагрузка.</p> <p>217. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:  а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;  б) легочное кровотечение;  в) одышка и потеря массы тела;  г) лихорадка;  д) кровохарканье.</p> <p>218. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это: 1. флюорография органов грудной клетки; 2. бронхоскопия; 3. рентгеноскопия органов грудной клетки; 4. цитологическое исследование мокроты.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b>  <b>Болезни органов</b>  <b>пищеварения</b></p>	<p>219. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях: 1. язвенной болезни; 2. панкреатите; 3. калькулезном холецистите; 4. хроническом гастрите.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>220. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят: 1. синдром Криггера-Найяра (Наджара); 2. синдром Ротора; 3. синдром Дубина (Дабина) Джонсона; 4. постгепатитную гипербилирубинемию Калька.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>

221. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического Панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
222. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
223. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
224. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
225. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутрипеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
226. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о:  
а) присоединении вирусного гепатита;  
б) некрозе гепатоцитов;  
в) печеночной недостаточности;  
г) портальной гипертензии;  
д) циррозе - раке.
227. Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
228. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть: 1. заболевание печени; 2. избыточная потеря белка через кишечник; 3. избыточная потеря белка через почки; 4.

<p>длительный голод.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>229. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при: 1. сахарном диабете; 2. билиарном циррозе; 3. холестатическом гепатите; 4. алкоголизме.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>230. Гиперхолестеринемия наблюдается при: 1. атеросклерозе; 2. холестазах; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>231 Для печеночного литолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>232.. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного литолитического синдрома является:          а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;          б) повышение активности альдолазы;          в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;          г) гипоальбуминемия;          д) повышение уровня сывороточного железа.</p> <p>233. Внутрпеченочный холестаз характеризует: 1. билирубинурия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>234. В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности г - ГТП (глутамилтранспептидазы).          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>235. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;</p>
---



<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>236. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>237. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>238. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>239. Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>240. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>241. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является: а) варикозное расширение вен пищевода; б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта; в) дивертикул пищевода; г) астматическое состояние; д) рак кардиального отдела желудка.</p> <p>242. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики: 1. расширения общего желчного протока; 2. хронического активного гепатита; 3. хронического калькулезного холецистита; 4. болезни Жильбера. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>243. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании: а) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс); б) холелитиаз;</p>
---

- в) гемангиома печени;  
 г) кисты и абсцессы поджелудочной железы;  
 д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).
244. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:  
 а) микронодулярного цирроза печени;  
 б) гепатита;  
 в) очагового поражения печени;  
 г) макронодулярного цирроза печени;  
 д) застойного фиброза печени.
245. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:  
 а) пероральная холецистография;  
 б) внутривенная холеграфия;  
 в) сцинтиграфия печени;  
 г) ретроградная панкреатохолангиография;  
 д) прямая спленопортография.
- 246.. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 247.. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. болезнь Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
248. Лапароскопию назначают: 1. при подозрении на первичный рак печени; 2. при подозрении на метастатический рак печени; 3. для уточнения причины асцита; 4. при подозрении на камни желчного пузыря.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
249. Компьютерная томография позволяет выявить: 1. активный гепатит; 2. кисты поджелудочной железы; 3. асцит; 4. опухоли брюшной полости.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
250. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются: 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
251. Дисфагия может наблюдаться при: 1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы; 2.

<p>ахалазии кардии; 3. склеродермии; 4. раке пищевода.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>252. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются: 1. рентгенологический метод; 2. эзофагоскопия; 3. эзофаготономография; 4. фармакологические пробы.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>253. При ахалазии кардии показано: 1. щадящая диета; 2. приподнятый головной конец кровати; 3. холиномиметические средства; 4. спазмолитические средства.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>254. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено.          Наиболее вероятной причиной дисфагии является:          а) идиопатическая гиперкинезия пищевода;          б) рак пищевода;          в) пептическая язва пищевода;          г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;          д) герпетическое поражение пищевода.</p> <p>255. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением легких.          Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести:          а) рентгеноскопию пищевода;          б) электрокардиографию;          в) анализ крови на гемоглобин;          г) гастроскопию;          д) рентгеноскопию органов грудной клетки.</p> <p>256..11. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3 °С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально.          Тактика врача:          а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;          б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;          в) провести эзофагоскопию;          г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;          д) вызвать на консультацию отоларинголога.</p> <p>257. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;</p>
--

- в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
258. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгенография пищевода; 3. рентгенография грудной клетки; 4. эзофагоскопия.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 259.. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен:  
а) атропин;  
б) платифиллин;  
в) но-шпа;  
г) перукал;  
д) седуксен.
260. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует: 1. назначить щадящую диету; 2. исключить подъем тяжестей; 3. назначить частое дробное питание; 4. назначить антацидные препараты.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 261.. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает: 1. режим питания; 2. режим труда; 3. борьбу с запорами; 4. сон с приподнятым изголовьем.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
262. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует:  
а) нитроглицерин;  
б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);  
в) транквилизаторы;  
г) холинолитики;  
д) спазмолитики.
263. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: 1. нитроглицерин; 2. пищевая сода; 3. электрокардиография; 4. эзофагоскопия.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
264. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. церукал (реглан); 3. подъем головного конца кровати; 4. частое дробное питание.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;

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

265. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- а) муцин;
- б) бикарбонаты;
- в) гастрин;
- г) секретин;
- д) внутренний фактор Касла.

266. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют: 1. секретин; 2. кейлоны; 3. гастрин; 4. бомбезин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

267. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают: 1. дробное питание; 2. психотерапию; 3. физиотерапию; 4. рефлексотерапию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

268. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся: 1. анализ желудочного сока; 2. гастроскопия; 3. рентгеноскопия желудка; 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

269. К предраковым заболеваниям относятся: 1. хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью; 2. полип желудка на широком основании; 3. полипоз желудка; 4. аутоиммунный гастрит.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

270. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. метилурацил; 3. витамины; 4. заместительную терапию.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

271. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают: 1. витамины; 2. анаболические стероидные гормоны; 3. рибоксин; 4. ферментные препараты.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

	<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>272. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить: 1. де-нол; 2. метронидазол; 3. ампициллин; 4. ранитидин. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>273. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при: 1. аутоиммунном гастрите; 2. полипозе желудка; 3. геморрагическом гастрите; 4. эозинофильном гастрите. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>274. Профилактика гастритов основана на: 1. правильном режиме и характере питания; 2. устранении профессиональных вредностей; 3. отказе от алкоголя; 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> <b>Болезни почек</b></p>	<p>275. Допустимое количество белка в суточной моче составляет: а) 500 мг; б) 30 мг; в) 150 мг; г) не должно быть; д) следы белка.</p> <p>276. Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать: а) анализ мочи по методу Нечипоренко; б) фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка; в) лейкоцитарную формулу мочи; г) анализ мочи по Зимницкому; д) общий анализ мочи.</p> <p>277. Лейкоцитурия - наиболее характерный симптом при: а) пиелонефрите; б) гломерулонефрите; в) амилоидозе; г) нефролитиазе; д) поликистозе.</p> <p>278. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для: а) хронического нефрита; б) пиелонефрита; в) сахарного диабета; г) несахарного диабета; д) сморщенной почки.</p> <p>279. При проведении пробы Зимницкого необходимо: а) соблюдать строгую диету с исключением соли; б) ограничить физическую активность; в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);</p>

- г) ограничить употребление белковой пищи;  
д) ограничить употребление растительной пищи.
- 280 Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
281. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 5 г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 282 . Острый нефритический синдром характеризуют:  
а) отеки, гипо - и диспротеинемия гиперхолестеринемия;  
б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;  
в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;  
г) протеинурия, отеки, гипо - и диспротеинемия;  
д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.
283. У 40 летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:  
а) острый гломерулонефрит;  
б) острый пиелонефрит;  
в) обострение хронического гломерулонефрита;  
г) апостематозный нефрит;  
д) амилоидоз почек.
284. Оценить активность ХГН позволяют: 1. увеличение СОЭ; 2. диспротеинемия; 3. гиперазотемия при нормальных размерах почек; 4. гиперлипидемия.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;  
в) если правильны ответы 2 и 4;  
г) если правильный ответ 4;  
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
285. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:  
а) острого гломерулонефрита;  
б) пиелонефрита;  
в) почечно-каменной болезни;  
г) цистита;  
д) амилоидоза почек
286. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:  
а) фуросемиду;  
б) верошпирону;  
в) триамтерену;  
г) арифону;  
д) гипотиазиду.
287. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.  
Выберите правильный ответ по схеме:  
а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
288. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является: 1. эмбологенный инфаркт; 2. гломерулонефрит; 3. амилоидоз; 4. пиелонерит.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
289. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:  
 а) дерматомиозита;  
 б) системной красной волчанки;  
 в) системной склеродермии;  
 г) узелкового артериита;  
 д) ревматической полимиалгии.
290. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:  
 а) впервые возникший нефротический синдром;  
 б) злокачественная артериальная гипертензия;  
 в) остонефритический синдром;  
 г) нефротический синдром при амилоидозе почек;  
 д) субъективное состояние больного.
291. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается: 1. минимальные изменения; 2. мезангио-пролиферативный; 3. фокально-сегментарный гиалиноз склероз; 4. мезангио-мембранозный.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
292. Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
293. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:  
 а) бактериальный перитонит;  
 б) абдоминальный нефротический криз;  
 в) почечная колика;  
 г) апостематозный пиелонефрит;  
 д) кишечная колика.
294. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:  
 а) через 3-5 месяцев от начала заболевания;  
 б) через год;  
 в) через 3 года;  
 г) с первых недель заболевания;  
 д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии
295. Злокачественная гипертензия возможна при: 1. пиелонефрите; 2. узелковом периартериите; 3. первичном нефросклерозе; 4. истинной склеродермической почке.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;



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

	<p>б) тетрациклин; в) бисептол; г) фурагин; д) фторхинолоны.</p> <p>304. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны: а) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации; б) гематурия и гиперазотемия; в) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация; г) протеинурия и гематурия; д) протеинурия и артериальная гипертензия.</p> <p>305. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать: а) атенолол; б) каптозил; в) ренитек; г) адельфан; д) апрессин.</p> <p>306. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. протей; 2. клебсиеллу; 3. эшерихии (патологические штаммы); 4. стрептококки. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>307. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью и натрием; 4. нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>308. Умеренную гипер-калиемию, при хронической почечной недостаточности, можно корригировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>309. К уремической интоксикации не имеет отношения: а) кожный зуд; б) эритроцитоз; в) полиурия, полидипсия; г) тошнота, рвота; д) мышечные судороги.</p> <p>310. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерила. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>311. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:</p>
--	--

- а) мочевины;  
 б) остаточного азота;  
 в) креатинина;  
 г) калия;  
 д) мочевой кислоты.
312. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:  
 а) повышение артериального давления;  
 б) полиурию, полидипсию;  
 в) гиперкалиемию;  
 г) метаболический ацидоз;  
 д) судороги.
- 313 Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:  
 а) пенициллинов;  
 б) макролидов;  
 в) аминогликозидов;  
 г) цефалоспоринов;  
 д) фторхинолонов.
- 314 . В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:  
 а) плазмы;  
 б) плазмозамещающих растворов;  
 в) солевых растворов;  
 г) фуросемида;  
 д) гемодеза.
315. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, конкрактура Дюпюитрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (50-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:  
 а) идиопатический IgA - нефрит;  
 б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;  
 в) гломерулонефрит алкогольной этиологии;  
 г) волчаночный гломерулонефрит;  
 д) хронический пиелонефрит.
316. Пятидесяти-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:  
 а) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;  
 б) миеломная болезнь;  
 в) вторичный амилоидоз с поражением почек;  
 г) хронический пиелонефрит;  
 д) поликистоз почек.
- 317 Мужчина 32 лет, отечен. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2 % и проявления гиперлипидемии. Диагноз: 1. острый гломерулонефрит; 2. гипернефрома; 3. пиелонефрит; 4. нефротический синдром.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
318. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:  
 а) радиоизотопная ренография;  
 б) ультразвуковое сканирование почек;  
 в) ангиография;  
 г) экскреторная урография;

	<p>д) компьютерная томография.</p> <p>319. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:  а) гематурия;  б) протеинурия более 3,5 г/сутки;  в) артериальная гипертензия;  г) пиурия;  д) гипонистенурия.</p> <p>320. Гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно устранить:  а) физиологическим раствором;  б) гипотоническим раствором;  в) внутривенным введением глюкозы с инсулином;  г) введением раствора соды;  д) введением раствора хлористого кальция.</p> <p>321. Лекарственное средство, требующее особой регуляции своей дозы при заболеваниях почек:  а) гентамицин;  б) метациклин;  в) эритромицин;  г) левомицитин;  д) ампицилин.</p> <p>322. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:  а) 10 % почечной паренхимы;  б) 20 % почечной паренхимы;  в) 50 % почечной паренхимы;  г) 75 % почечной паренхимы;  д) 90 % почечной паренхимы.</p> <p>323. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:  а) нефротический синдром;  б) мочевого синдром;  в) гипертензия;  г) почечная недостаточность;  д) профилактический курс терапии.</p> <p>324. Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при лечении &lt;ХГН&gt;:  а) 20 мг;  б) 40 мг;  в) 60-80 мг;  г) 120 мг ч/день;  д) пульс-терапия метипредом.</p> <p>325. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения &lt;ХГН&gt;:  а) 5000 ед.;  б) 10000 ед.;  в) 15000 ед.;  г) 20000 ед.;  д) 30000 ед.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b>  <b>Болезни органов</b>  <b>кроветворения</b></p>	<p>326. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют  а) эритроциты;  б) гранулоциты;  в) Т-лимфоциты;  г) В-лимфоциты;  д) тромбоциты.</p> <p>327. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ:  а) иммуноглобулины G;  б) иммуноглобулины A;  в) иммуноглобулины M;  г) иммуноглобулины D;  д) иммуноглобулины E.</p>

328. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:
- макрофаги;
  - T-лимфоциты;
  - B-лимфоциты;
  - плазмциты;
  - эритроциты.
329. . Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:
- резекцией желудка;
  - большим количеством детей (родов):
  - нефрэктомией;
  - гипосекреторным гастритом;
  - оральной контрацепцией.
330. Грифельно-серый цвет кожи характерен для:
- эритремии;
  - множественной миеломы;
  - болезни Гоше;
  - синдрома Гудпасчера;
  - анемии.
331. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:
- эритремии;
  - множественной миеломы;
  - болезни Гоше;
  - геморрагического васкулита;
  - лимфогранулематоза
332. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:
- множественной миеломы;
  - СПИДа;
  - геморрагического васкулита;
  - системной красной волчанки;
  - лимфолейкоза.
333. Выраженное похудание характерно для:
- лимфопролиферативных заболеваний;
  - миелолиферативных заболеваний;
  - болезни Кули;
  - мегалобластной анемии;
  - геморрагического васкулита.
334. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:
- резкая болезненность;
  - "деревянная " плотность;
  - плотноэластическая консистенция;
  - спаянность с кожей и между собой;
  - мягкие, безболезненные.
335. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:
- гемолитических анемий;
  - железодефицитных анемий;
  - множественной миеломы;
  - болезни тяжелых цепей;
  - мегалобластной анемии.
336. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:
- амилоидозе;
  - тромбоцитопении;
  - мегалобластной анемии;
  - болезни Гоше;
  - множественной миеломе.
337. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:
- выраженной анемии;
  - нейролейкоза;
  - амилоидоза;

	<p>г) эритремии; д) хронического лимфолейкоза.</p> <p>338 Рецидивирующий Herpes labialis характерен для: а) множественной миеломы; б) мегалобластной анемии; в) апластической анемии; г) лимфопролиферативных заболеваний; д) железодефицитной анемии.</p> <p>339. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о: а) криоглобулинемии; б) болезни Гоше; в) эритроцитозе; г) талассемии; д) железодефицитной анемии.</p> <p>340. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для: а) внутриклеточного гемолиза; б) внутрисосудистого гемолиза; в) терминальной стадии хронической почечной недостаточности; г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном; д) талассемии.</p> <p>341 Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для: а) установления варианта лимфогранулематоза; б) диагностики лимфаденитов; в) установления цитохимического варианта острого лейкоза; г) диагностики метастазов рака; д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.</p> <p>342. Внутривенная урог-рафия противопоказана при: а) апластической анемии; б) синдроме Гудпасчера; в) множественной миеломе; г) эритремии; д) лимфогранулематозе.</p> <p>343 Факторами, вызывающими мутации генов, являются: 1. инфракрасное излучение; 2. ионизирующее излучение; 3. тяжелые металлы; 4. алкилирующие химические препараты. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>344. Типичные проявления СПИДа: 1. исхудание, лихорадка 2. депрессия; 3. головная боль; 4. нарушение мозгового кровообращения. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>345 Диагностика СПИДа основывается: а) на данных клинической картины; б) на бактериологическом исследовании испражнений; в) на результатах посева крови; г) на иммунохимическом исследовании; д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.</p> <p>346 агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами; 2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови; 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке; 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов</p>
--	---

<p>и изогемагглютининов в сыворотке.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>347. При определении группы крови по системе АВО используются: 1. непрямой антиглобулиновый метод; 2. конглотинация с желатином; 3. конглотинация с альбумином; 4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>348. Проба на индивидуальную совместимость Донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и Реципиента по системе АВО и по резус-фактору; 2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО; 3. для выявления аутосенсibilизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>349. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют: 1. сенсibilизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. С-реактивный белок; 3. аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела; 4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>350. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления: 1. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе; 2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител; 3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток; 4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;          в) если правильны ответы 2 и 4;          г) если правильный ответ 4;          д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>351. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:          а) биопсию лимфоузла;          б) стерильную пункцию;          в) пункцию селезенки;          г) подсчет ретикулоцитов;          д) УЗИ печени и селезенки.</p> <p>352 Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется: 1. высокой лихорадкой; 2. диареей; 3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области; 4. развитием на фоне агранулоцитоза.          Выберите правильный ответ по схеме:          а) если правильны ответы 1, 2 и 3;          б) если правильны ответы 1 и 3;</p>
---

<p>в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>353. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются: 1. сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов; 2. увеличение числа лимфоцитов; 3. базофильно-эозинофильная ассоциация; 4. появление клеток типа плазмобластов.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>364. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому: 1. исключает полностью диагноз заболевания; 2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания; 3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов; 4. не исключает полностью диагноз заболевания.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>355..14. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны: 1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия; 2. похудание; 3. костные боли и полинейропатия; 4. повышение температуры тела.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>356. Режим больных с множественной миеломой предполагает: 1. ношение корсета; 2. максимальную физическую активность; 3. лечебную физкультуру; 4. ограничение движений.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>357. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:  а) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);  б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;  в) сцинтиграфия;  г) лимфография;  д) компьютерная и ЯМР-томография.</p> <p>358. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>359. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:  а) спленомегалия;  б) анемический синдром;  в) портальная гипертензия;  г) тромботические осложнения;  д) прогрессирующее похудание.</p>
--



360. За сутки железа может всосаться не более:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

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

362. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

365 Для лечения дефицита железа следует назначить:

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

366. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

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

367. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

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

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме:

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

370. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии

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

371. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:

- а) 1 месяц;
- б) 2-3 года;
- в) 5 лет;
- г) неделю;
- д) 6 месяцев.

372. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

- а) хромота;
- б) боли за грудиной;
- в) жжение языка;
- г) близорукость;
- д) тошнота.

373. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:

- а) гипертромбоцитоз;
- б) лейкоцитоз;
- в) увеличение СОЭ;
- г) высокий цветной показатель;
- д) лимфоцитоз.

374. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:

- а) всю жизнь;
- б) до нормализации уровня гемоглобина;
- в) 1 год;
- г) 3 месяца;
- д) курсами по три месяца два раза в год.

375. У больного апластической анемией: 1. печень и селезенка не увеличены; 2. печень и селезенка увеличены; 3. лимфоузлы не пальпируются; 4. лимфатические узлы увеличены.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

<p>б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>376. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:  а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);  б) определение протромбинового времени;  в) проба Айви;  г) определение тромбинового времени;  д) определение уровня фибронектина.</p> <p>377. К методам исследования резистентности микрососудов относятся:  а) проба Кончаловского;  б) проба Дьюка;  в) определение времени по Ли-Уайту;  г) определение времени Квика (протромбинового времени);  д) определение свертывания крови с ядом эфы.</p> <p>378 К антикоагулянтам прямого действия относится:  а) фенилин;  б) гепарин;  в) свежемороженая плазма;  г) тиклид;  д) аминокaproновая кислота.</p> <p>379 К антикоагулянтам непрямого действия относятся:  а) фенилин;  б) гепарин;  в) свежемороженая плазма;  г) тиклид;  д) аминокaproновая кислота</p> <p>370. К антиагрегантам относятся:  а) фенилин;  б) гепарин;  в) тиклид;  г) аминокaproновая кислота;  д) ксантинол-никотинат.</p> <p>380. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:  а) гепарин;  б) рекомбинантный антитромбин III;  в) аминокaproновая кислота;  г) тиклид;  д) фибринолизин.</p> <p>381 Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно: 1. развитие заболевания стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3 упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодной крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>382. Для узловой эритемы характерно: 1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки; 2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов; 3. типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голени, бедер и ягодиц; 4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;</p>
--

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

383 Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. Диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктом деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

384. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминасульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

385. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к: 1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях; 2. снижению травматичности оперативных вмешательств; 3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами; 4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

386. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости эуглобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3 исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомидин-зависимой агрегации тромбоцитов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

387. Решающим признаком лейкомоидных реакций является: 1. непродолжительность; 2. прогрессирующее течение; 3. спонтанное выздоровление; 4. доброкачественность течения.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

388. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при: 1. сепсисе; 2. остром лейкозе; 3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе); 4. остром воздействии радиации.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

	<p>389. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:</p> <p>а) 10-12 %;  б) 20-40 %;  в) 40-60 %;  г) 60-80 %;  д) 90 %.</p> <p>390 Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:</p> <p>а) 10-12 %;  б) 20-40 %;  в) 40-60 %;  г) 60-80 %;  д) 90 %.</p> <p>391 Небольшую цитопению могут вызвать:</p> <p>а) сульфаниламиды;  б) мерказолил;  в) миорелаксанты;  г) антибиотики;  д) мочегонные.</p> <p>392. Клиническими симптомами анемической комы являются: 1. отеки; 2. тахикардия; 3. желтушность кожи; 4. снижение артериального давления.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b>  <b>Эндокринные</b>  <b>заболевания</b></p>	<p>393. Сахарный диабет у подростков является результатом: 1. вирусного повреждения поджелудочной железы; 2. нарушения чувствительности рецепторов к инсулину; 3. нарушения биосинтеза инсулина; 4. аутоиммунного повреждения поджелудочной железы.  Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>394. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является Результатом:</p> <p>а) жирового гепатоза;  б) гепатита;  в) цирроза;  г) сердечной недостаточности;  д) диабетической нефропатии.</p> <p>395. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:</p> <p>а) 8,3-10,1 ммоль/л;  б) 6,2-9,3 ммоль/л;  в) 2,7-5,5 ммоль/л;  г) 3,8-6,7 ммоль/л;  д) 3,3-5,5 ммоль/л.</p> <p>396. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:</p> <p>а) 8,43 ммоль/л;  б) 7,22 ммоль/л;  в) 9,6 ммоль/л;  г) 10,1 ммоль/л;</p>

д) 7,8 ммоль/л.

397 Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования: 1. тест толерантности к глюкозе; 2. глюкозокортикоидную пробу; 3. исследование пробным завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови; 4. УЗИ поджелудочной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

398 Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

399. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает: 1. диабетическую ретинопатию; 2. блефарит; 3. ячмень; 4. дистрофические изменения роговицы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

400. Сахарный диабет II типа характеризуется: 1. повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме; 2. отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами; 3. отсутствием склонности к кетоацидозу; 4. наличием антител к инсулинообразующим клеткам островков поджелудочной железы; 5. нормальным состоянием инсулиновых рецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

401. Наименьшим антигенным свойством обладает: 1. инсулин крупного рогатого скота; 2. китовый инсулин; 3. овечий инсулин; 4. свиной инсулин.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

402 Уровень гликемии натощак при сахарном диабете "беременности", при котором не следует назначать инсулин:

- а) 11,1 ммоль/л;
- б) 3,8 ммоль/л;
- в) 6,7 ммоль/л;
- г) 5,5 ммоль/л;
- д) 7,4 ммоль/л.

403 Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет:

- а) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- б) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- в) 0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки;
- г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности
- д) 0,6 ЕД на 1 кг массы тела в сутки.

404. К инсулинам суточного действия относятся: 1. "ультраленте"; 2. протафан; 3. ультратард; 4. моногард; 5. инсулин Б.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

405. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано при: 1. диабетической ретинопатии I стадии; 2. диабетической нефропатии III стадии; 3. перенесенном гепатите; 4. сахарном диабете II типа средней тяжести.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

406. Показанием к применению бигуанидов является: 1. сахарный диабет II типа в сочетании с ожирением; 2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией; 3. ожирение; 4. сахарный диабет I типа.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

407. К побочным явлениям бигуанидов относятся: 1. молочнокислый ацидоз; 2. диспепсические явления; 3. аллергические кожные реакции; 4. тахикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

408. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем:

- а) 50 % от суточной дозы;
- б) 70 % от суточной дозы;
- в) 30 % от суточной дозы;
- г) 10 % от суточной дозы;
- д) 25 % от суточной дозы.

409.. Ожирение является фактором риска для: 1. сахарного диабета; 2. атеросклероза; 3. желчно-каменной болезни; 4. почечно-каменной болезни; 5. хронического гастрита.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

410 Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны: 1. похудание; 2. постоянное сердцебиение; 3. общий гипергидроз; 4. дрожание конечностей, мышечная слабость.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

411. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться: 1. б-адреноблокаторы; 2. глюкокортикоиды; 3 мерказолил; 4. верошпирон.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

412 Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является:

<p>а) оперативное лечение;  б) лечение <math>^{131}\text{I}</math>;  в) лечение мерказолилом;  г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами;  д) лечение глюкокортикоидами.</p> <p>413. Для аутоиммунного тиреоидита характерно: 1. повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы; 2. увеличение шейных лимфатических узлов; 3. равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы; 4. повышение температуры тела.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>414. Для подострого тиреоидита характерно: 1. выраженный болевой синдром; 2. лейкоцитоз, увеличения СОЭ; 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам; 4. экзофтальм.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>415. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1. определение тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 5. определение основного обмена.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.</p> <p>416. Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.</p> <p>417. Для гипотиреоза характерно: 1. сухость кожных покровов; 2. склонность к запорам; 3. сонливость; 4. брадикардия.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>418. Для лечения гипотиреоза применяют: 1. тиреоидин; 2. тироксин; 3. трийодтиронин; 4. мерказолил.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>419. Для диагностики феохромоцитомы применяют: 1. исследование катехоламиноп в суточной моче; 2. аортографию; 3. исследование катехоламинов в венозной крови; 4. пробу с АКТГ.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;</p>
--



- б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 420 Для болезни Иценко Кушинга характерно: 1. истончение конечностей 2. атрофия мышц ягодичной области; 3. наличие стрий; 4. выпадение волос на лобке в подмышечных областях. Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
421. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко-Кушинга и кортикостеромы: 1. определение суточного ритма кортизола; 2. проба с дексаметазоном; 3. сканирование надпочечников; 4. определение суммарного количества 17-кетостероидов в крови; 5. проба с АКТГ.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.
422. Для активной стадии акромегалии характерно: 1. нарушение углеводного обмена; 2. повышение уровня соматомедина С в крови; 3 артропатия; 4 гипертрофия мягких тканей. Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
423. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть: 1. травма черепа с последующим кровоизлиянием; 2. опухоль турецкого седла; 3. туберкулез; 4. менингоэнцефалит.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- 424 Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать с: 1. неврогенной анорексией; 2. аддисоновой болезнью; 3. первичным гипогонадизмом; 4. первичным гипогонадизмом;  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
425. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка: 1. адренокортикотропного гормона (АКЛТ), соматотропного гормона (СТГ); 2. тиреотропного гормона (ТТГ); 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); 4. пролактина.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  
 б) если правильны ответы 1 и 3;  
 в) если правильны ответы 2 и 4;  
 г) если правильный ответ 4;  
 д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
426. Для аддисоновой болезни характерны: 1. пигментация; 2. артериальная гипотензия; 3. похудание; 4. аменорея; 5. повышение основного обмена.  
 Выберите правильный ответ по схеме:  
 а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

427.. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать: 1. гидрокортизон сукцинат (внутривенно); 2. докса (внутримышечно); 3. физиологический раствор с глюкозой (внутривенно); 4. докса (сублингвально).

Выберите правильный ответ по схеме:

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

428. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение:

- а) докса;
- б) кортизона;
- в) преднизолон;
- г) триамсинолона;
- д) дексаметазона.

429. Для первичного альдостеронизма характерны: 1 положительная проба с верошпироном; 2 гиперкалиемия; 3. гипокалиемия; 4. отсутствие изменений на ЭКГ.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

430 Для адреногенитального синдрома у взрослых женщин характерно: 1. гермафродитного строения наружных гениталий; 2. изменения кровяного давления; 3. нарушения менструаций (гипоаменорея); 4. гирсутизма.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

431 Климактерический период характеризуется: 1. вегетативно-сосудистыми нарушениями; 2. кожными высыпаниями; 3. нейропсихическими расстройствами; 4. диспепсическими расстройствами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

432. Климактерический период может сопровождаться: 1. приливами; 2. болью в сердце; 3. чувством нехватки воздуха; 4. диэнцефальными кризами.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

433 Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют: 1. седативные средства; 2. препараты, снижающие тонус симпатической нервной системы; 3. малые дозы эстрогенов или андрогенов; 4. блокаторы функции щитовидной железы.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

<p>д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>434 При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение: 1. индерала; 2. эрготамина; 3. препаратов калия; 4. климактерина. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>435 Для выведения из гипогликемической комы назначают: 1. внутримышечное введение 5 % раствора глюкозы; 2. подкожное введение 5 % раствора глюкозы; 3. прием внутрь 2-3 кусочков сахара; 4. внутривенное вливание раствора глюкозы. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>436. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно: 1. гликемия натощак 5,5 ммоль/л; 2. гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л; 3. отсутствие глюкозурии; 4. отсутствие ацетонурии. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>437. Для тяжелой формы болезни Иценко-Кушинга характерно: 1. прогрессирующая мышечная слабость; 2. патологические переломы костей; 3. сердечно-легочная недостаточность; 4. тяжелые психические расстройства. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>438 Для острой недостаточности надпочечников характерно: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. гипогликемия. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>439. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны: 1. гиперосмолярность; 2. гипергликемия; 3. гипернатриемия; 4. дыхание типа Куссмауля; 5. кетоацидоз. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.</p> <p>440. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. низкий уровень сахара в крови. Выберите правильный ответ по схеме: а) если правильны ответы 1, 2 и 3; б) если правильны ответы 1 и 3; в) если правильны ответы 2 и 4; г) если правильный ответ 4; д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p>
--

<p><b>Б 1.Б.6.8</b>  <b>Интенсивная</b>  <b>терапия и</b>  <b>реанимация в</b>  <b>клинике внутренних</b>  <b>болезней.</b></p>	<p>441. Отличительная особенность периода клинической смерти - возможность полного восстановления функции:  а) дыхания;  б) сердечно-сосудистой системы;  в) коры головного мозга;  г) правильно: а), б);  д) правильно: а), б), в).</p> <p>442. Продолжительность периода клинической смерти:  а) 3-4 мин. при гипотермии;  б) 4-6 мин. при нормотермии;  в) 20-30 мин. при гипотермии;  г) 5-10 мин. при гипертермии;  д) если правильны ответы б) и в).  е) если правильны ответы а) и г).</p> <p>443. Признаками внезапной остановки кровообращения являются:  1-двусторонний ареактивный мидриаз; 2-отсутствие пульса на сонной артерии; 3-отсутствие самостоятельного дыхания; 4-отсутствие сознания; 5-сужение зрачков; 6-судороги.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2, 3, 4;  б) если правильны ответы 1, 2, 4, 6;  в) если правильны ответы 2, 3, 4, 5;  г) если правильные ответы 2, 3, 4, 6;  д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 6.</p> <p>444. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:  а) на верхней трети грудины;  б) на границе верхней и средней трети грудины;  в) на границе средней и нижней трети грудины;  г) над мечевидным отростком грудины;  д) в пятом межреберном промежутке слева.</p> <p>445. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: 1. сужение зрачков; 2. появление пульса на сонной артерии; 3. потепление кожных покровов, исчезновение цианоза; 4. появление отдельных спонтанных вдохов.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>446. Этап элементарного поддержания жизни легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. проведения непрямого массажа сердца; 4. промывания желудка.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 3;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>447.. Осложнениями внутрисердечного введения адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации являются: 1. ранение коронарной артерии; 2. пневмоторакс; 3. введение препарата в миокард; 4. плеврит; 5. тампонада сердца.  Выберите правильный ответ по схеме:  а) если правильны ответы 1, 2 и 3;  б) если правильны ответы 1 и 5;  в) если правильны ответы 2 и 4;  г) если правильный ответ 4;  д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.</p>

448. При остановке кровообращения развивается:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

449. Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают:

- а) барбитураты;
- б) эфир;
- в) фторотан;
- г) гипертермия;
- д) гелий-терапия.

450. При жизнеугрожающем обострении бронхиальной астмы необходимо назначить: 1. ингаляции сальбутамола через небулайзер; 2. ингаляции ипратропиума бромида через небулайзер; 3. внутривенно кортикостероиды; 4. ингаляции сальбутамола через спейсер; 5. кортикостероиды перорально.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

451. Показанием к переводу больного на ИВЛ является: 1.  $SaO_2 < 90\%$ , цианоз; 2. угроза остановки дыхания; 3. отсутствие сознания; 4. нестабильная гемодинамика ( $ЧСС < 50$  или  $> 160$  уд/мин;  $САД < 90$  mmHg); 5. рефрактерная гипоксемия ( $Pa O_2 < 60$  mmHg на фоне кислородотерапии  $FiO_2 > 0,6$ ).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5;
- в) если правильный ответ 1, 3, 4, 5, 6;
- г) если правильны ответы 1, 2, 5.
- д) если правильны ответы 2, 3, 4, 5, 6;

452. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо: 1. искусственная вентиляция легких; 2. наружный массаж сердца; 3. массивные переливания крови и кровозаменителей; 4. введение адреналина и бикарбоната натрия; 5. обеспечение гемостаза.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

453. При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение: 1. атропина; 2. норадреналина; 3. изадрина; 4. трансвенозной электрокардиостимуляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

454. Клиническими признаками шока являются: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. тахикардия; 5. брадикардия; 6. увеличение пульсового давления; 7. уменьшение пульсового давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 7;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 5, 6;
- в) если правильны ответы 1, 2, 3, 5;
- г) если правильный ответ 1, 2, 3, 6;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 6.

456. При анафилактическом шоке показано:

- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;

- б) подкожное введение аминазина;
- в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
- г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
- д) дегидратационная терапия.

457 Основным критерием постановки диагноза септический шок является: 1. наличие очага инфекции; 2. синдром системного воспалительного ответа; 3. полиорганная недостаточность; 4. гипотония, нуждающаяся в назначении вазопрессоров.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

458. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

459. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

460. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

461 Признаками гипоксемии являются: 1. ухудшение памяти; 2. тахикардия, гипотония; 3. полицитемия, легочная гипертензия; 4. отек мозга; 5. хлопающий тремор; 6. цианоз.

- а) если правильны ответы 1, 2, 4, 5;
- б) если правильны ответы 1, 2, 3, 5;
- в) если правильны ответы 1, 2, 3, 6;
- г) если правильны ответы 1, 2, 5, 6;
- д) если правильны ответы 1, 3, 4, 6

462. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

- а) снижение артериального давления;
- б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);
- в) снижение ЦВД;
- г) анемия;
- д) полицитемия.

463. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- а) 10-20 %;
- б) 20-30 %;
- в) 30-40 %;
- г) 40-50 %;
- д) более 50 %.

464. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

	<p>а) коллапс легкого;  б) наличие воздуха в плевральной полости;  в) смещение средостения в здоровую сторону;  г) повышение прозрачности легочного поля;  д) исчезновение сосудистого рисунка.</p> <p>465. Диагноз тяжелой дыхательной недостаточности (ДН III) устанавливается при:  а) PaO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg и Sa O<sub>2</sub> &lt; 75 %;  б) PaO<sub>2</sub> &lt; 40 mmHg и Sa O<sub>2</sub> &lt; 90 %;  в) PaO<sub>2</sub> &lt; 40 mmHg или Sa O<sub>2</sub> &gt; 90 %;  г) PaO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg или Sa O<sub>2</sub> &gt; 90 %;  д) PaO<sub>2</sub> &lt; 40 mmHg и Sa O<sub>2</sub> &lt; 75 %;</p> <p>466. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:  а) 70 %;  б) 80 %;  в) 90 %;  г) 100 %;  д) 60 %.</p> <p>457 Компоненты крови (эритроцитарная масса, плазма) появляются в схемах инфузионно-трансфузионной терапии острой кровопотери при объеме кровопотери более:  а) 10 % объема циркулирующей крови;  б) 30 % объема циркулирующей крови;  в) 40 % объема циркулирующей крови;  д) 50 % объема циркулирующей крови;</p> <p>458. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:  а) норадреналин;  б) преднизолон;  в) хлористый кальций;  г) димедрол;  д) адреналин.</p> <p>459. После первичной остановки сердца сознание исчезает через:  а) 10 с;  б) 30 с;  в) 60 с;  г) 3 мин;  д) 5 мин.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b>  <b>Поликлиническая</b>  <b>терапия</b></p>	<p>460. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:  а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;  б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;  в) все случаи заболеваемости;  г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности;  д) наличие инфекционного заболевания.</p> <p>461. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:  а) листок временной нетрудоспособности;  б) случай временной нетрудоспособности;  в) первичное заболевание;  г) впервые выявленное в данном году заболевание;  д) справка о временной нетрудоспособности.</p> <p>462. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:  а) листок временной нетрудоспособности;  б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней;  в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц;  г) характер патологического процесса;  д) наличие сопутствующих заболеваний.</p>

464 Работавшему инвалиду 3 группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением заболевания, которое явилось причиной инвалидности, листок нетрудоспособности может быть выдан:

- а) на 1 месяц;
- б) на 2 месяца;
- в) на 3 месяца;
- г) на 4 месяца;
- д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза.

465. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении листка нетрудоспособности:

- а) выезд в другую местность;
- б) отказ от госпитализации;
- в) отказ от направления на МСЭК;
- г) неявка в назначенный день на МСЭК;
- д) явка на прием врача в состоянии опьянения.

466. Больной Ю. 38 лет, формовщик, от направления на МСЭК категорически отказался. В листке нетрудоспособности указана дата направления на МСЭК - 25.01 и сделана отметка о нарушении режима с 25.01 "Отказ от направления на МСЭК". Документы больного были пересланы в экспертную комиссию и зарегистрированы 28.01. Больной на освидетельствование на МСЭК явился лишь 15.02., где признан инвалидом III группы. Укажите, каким числом лечебное учреждение должно закрыть листок нетрудоспособности в данном случае:

- а) признан инвалидом III группы 25.01;
- б) признан инвалидом III группы 28.01;
- в) признан инвалидом III группы 15.02;
- г) приступить к работе 16.02;
- д) направить на дообследование 25.01.

467. Не имеет права выдачи листка нетрудоспособности врач;

- а) военного госпиталя;
- б) приемного отделения больницы;
- в) скорой помощи;
- г) травматологического пункта (поликлиники);
- д) участковый терапевт;
- е) а, б, д;
- ж) б, в;
- з) в, г.

468. Не имеют права выдачи листков нетрудоспособности врачи: 1. государственной системы здравоохранения; 2. частно практикующие врачи; 3. муниципальной системы здравоохранения; 4. учреждений санитарно эпидемиологического надзора.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

469. Максимально допустимый срок, в который первичная МСЭК передает заявление инвалида, не согласного с ее решением, в вышестоящую МСЭК:

- а) до 3 дней;
- б) до 10 дней;
- в) до 20 дней;
- г) до 30 дней;
- д) 2 месяца.

470. Максимально допустимый срок, в который вышестоящая МСЭК должна пересмотреть решение первичной МСЭК по жалобе больного:

- а) в течение 1 месяца;
- б) в течение 2 месяцев;
- в) в течение 3 месяцев;
- г) в течение 6 месяцев;
- д) в течение 9 месяцев.



471. При инкурабельных злокачественных новообразованиях, впервые диагностируемых, I группа инвалидности устанавливается:
- а) на 6 месяцев;
  - б) на 1 год;
  - в) на 2 года;
  - г) на 3 года;
  - д) бессрочно.
472. Больному, перенесшему пульмонэктомию, II группу инвалидности устанавливают:
- а) на 1 год;
  - б) на 2 года;
  - в) на 6 месяцев;
  - г) без указания срока переосвидетельствования;
  - д) на 9 месяцев.
474. Из перечисленного контингента имеют право на получение листка нетрудоспособности при временной нетрудоспособности, обусловленной заболеванием или травмой: 1. лица, условно освобожденные из мест лишения свободы; 2. лица, находящиеся под арестом; 3. лица, находившиеся на судебно-медицинской экспертизе; 4. лица, направленные на принудительное лечение по определению народного суда.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
474. Иностранцам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:
- а) выдается справка произвольной формы;
  - б) выдается листок нетрудоспособности;
  - в) не выдается никакой документ;
  - г) выдается справка определенной формы;
  - д) выдается специальный документ.
475. Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан листок нетрудоспособности трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:
- а) колоноскопия;
  - б) дуоденальное зондирование;
  - в) рентгеноскопия грудной клетки;
  - г) подбор контактных линз;
  - д) ЭХО-КГ.
476. Временная нетрудоспособность, превышающая 1 месяц, возникла в течение первого месяца после увольнения с работы. Листок нетрудоспособности в этом случае не может быть выдан:
- а) если человек уволился по собственному желанию;
  - б) если увольнение произошло по сокращению штатов;
  - в) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт;
  - г) многодетной матери по уходу за детьми;
  - д) если человек призван на военную службу.
477. Для удостоверения временной нетрудоспособности иностранцам в период их пребывания в нашей стране (в командировке, санатории и др.) выдается: 1. листок нетрудоспособности; 2. справка ф. 095/у; 3. справка произвольной формы; 4. специальный листок нетрудоспособности.  
Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 3;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
478. Бывшему военнослужащему при заболевании его в течение первого месяца после увольнения из рядов Российской армии по окончании срока срочной службы для

удостоверения временной нетрудоспособности: 1. выдается справка лечебного учреждения произвольной формы; 2. выдается листок нетрудоспособности; 3. выдается справка ф. 095/у; 4. ничего не выдается:

Выберите правильный ответ по схеме:

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

488. При выписке больничного листа матери, по уходу за больным ребенком в месте ее временного проживания с ним (иногородней) виза администрации:

- а) ставится в 1-й день, при выдаче листка нетрудоспособности;
- б) ставится на 3-й день, при продолжении листка нетрудоспособности;
- в) ставится на 6-й день, при выписке больного на работу;
- г) ставится в любой день при закрытии листка нетрудоспособности;
- д) не ставится вообще.

489. В случае болезни матери уход за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет другой взрослый член семьи, которому: 1. выдается справка; 2. выдается справка произвольной формы; 3. никакой документ не выдается; 4. выдается листок нетрудоспособности; 5. выдается справка ф. 095/у.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

490. Инвалид III группы, инвалидность установлена в связи с бронхиальной астмой средней тяжести. Причина инвалидности - профессиональное заболевание. Работает в облегченных условиях в соответствии с рекомендацией МСЭК, временная утрата трудоспособности у него обусловлена обострением профессиональной бронхиальной астмы. Укажите вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного:

- а) общее заболевание;
- б) профессиональное заболевание;
- в) производственная травма;
- г) бытовая травма;
- д) прочерк.

491. При общем заболевании и необходимости в санаторно-курортном лечении больничный лист выдается работающему инвалиду в случае, если путевка:

- а) получена больным бесплатно, по линии Министерства социальной защиты РФ;
- б) получена из средств социального страхования;
- в) получена бесплатно из фонда предприятия;
- г) получена бесплатно из фонда государственного бюджета;
- д) приобретена за свой счет.

492. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:

- а) лечащий врач;
- б) заведующий отделением;
- в) заместитель главного врача по КЭР;
- г) ВК - врачебная комиссия;
- д) главный врач.

493. Больной М. 18 лет, слесарь по ремонту телевизоров, направлен врачебной комиссией из военкомата (как призывник) на стационарное обследование, где диагностирован:

"Ревматизм, активная фаза, недостаточность двустворчатого клапана". На период обследования призывник получает:

- а) справку произвольной формы, выданную поликлиникой;
- б) листок нетрудоспособности, выданный стационаром;
- в) листок нетрудоспособности, выданной поликлиникой;
- г) справку произвольной формы, выданную стационаром;
- д) справку, выданную военкоматом.

494. Больной З. 54 года, маляр, как длительно болеющий впервые, направлен на мсэк 15.03.

Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом 3 группы. Укажите, каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности:

- а) приступить к работе с 15.03;
- б) признан инвалидом III группы во МСЭК 16.03;
- в) признан инвалидом III группы во МСЭК 25.03;
- г) приступить к работе с 25.03;
- д) направить в стационар 25.03.

495 Запись ВК о том, что больной с профессиональным заболеванием или туберкулезом переводится на облегченную работу на срок 10 дней, производится на лицевой части листка нетрудоспособности:

- а) в графе "освобождение от работы";
- б) в графе "режим";
- в) в графе "временно переведен на другую работу";
- г) в двух графах "режим" и "освобождение от работы" одновременно;
- д) в графе "место работы".

496. Листок нетрудоспособности выдается больному, при направлении его непосредственно из стационара в санаторий профсоюзов на весь срок лечения, т.е. без вычета продолжительности очередного и дополнительного отпусков при:

- а) туберкулезе;
- б) вибрационной болезни;
- в) остром инфаркте миокарда;
- г) гониме вследствие производственной травмы;
- д) ОРЗ.

497. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска: 1. выдается листок нетрудоспособности; 2. выдается справка произвольной формы; 3. продлевается листок нетрудоспособности; 4. никакой документ не выдается.

Выберите правильный ответ по схеме:

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

498. При выдаче листка нетрудоспособности (справки) врачи руководствуются:

- а) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях;
- б) основами Законодательства об охране здоровья граждан;
- в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- г) другими документами;
- д) основными статьями Конституции РФ.

499. Укажите число существующих уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) 2;
- б) 3;
- в) 5;
- г) 7;
- д) 9.

500. Второй уровень экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется:

- а) осмотром лечащего врача;
- б) консультацией заведующего отделением;
- в) осмотром заместителем главного врача по клинко-экспертной работе;
- г) представлением на врачебную комиссию ЛПУ;
- д) консилиумом с привлечением доктора медицинских наук.

## Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> <b>Болезни сердечно-сосудистой системы</b></p>	<p>Задача 1. Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, периодически - колющими болями в области сердца. Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 6 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивные препараты не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Данные лабораторных исследований: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2, 8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, рСКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки, уровень мочевины в крови – 0,62 ммоль/л.</p> <p>Проведите клиническую оценку полученных результатов и предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p>Задача 2. Мужчина 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Кроме того, отмечает периодическое повышение АД до 150-160/100-110 мм рт. ст. В возрасте от пяти до 30 лет профессионально занимался футболом, до 34 лет был тренером, с 35 лет - бизнесмен. Курит последние 5 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Любит острое, соление, копчение. Пьет более 1,5 л жидкости в сутки. Любит рыбную ловлю, подвижный отдых на природе. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>При осмотре: умеренная гиперемия лица, нормостеник, ИМТ - 30,2 кг/м<sup>2</sup>. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижних отделах. При аускультации 1-ый тон ослаблен, акцент 2-го тона на аорте. АД - 170/95 мм рт. ст. (симметрично), пульс - ритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., при пальпации безболезненная.</p> <p>Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: эритроциты 5,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нб – 147 г/л, цветной показатель — 0,9, лейкоциты — 6,8 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 7 мм/час.</p> <p>Общий холестерин -8,4 ммоль/л, глюкоза плазмы крови натощак -6,8 ммоль/л, на ЭКГ – ритм синусовый, правильный, признаки гипертрофии левого желудочка. По данным УЗИ почек и органов брюшной полости: умеренно выраженное увеличение размеров печени без изменения ее структуры.</p> <p>Задача 3. Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа.</p> <p>Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.</p> <p>При <b>осмотре</b> состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м<sup>2</sup>. Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В <b>общем анализе крови</b>: гемоглобин - 152 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%, лейкоциты -11,1 тыс. (п/я -2%, с/я - 72%), лимфоциты -18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ -12 мм/ч.</p> <p>В <b>биохимическом анализе крови</b>: глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин–89 ммоль/л, общий билирубин –16 ммоль/л.</p> <p>На <b>ЭКГ</b>: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> <b>Ревматические болезни</b></p>	<p>Задача 4. ( Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.)</p> <p>Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела.</p>

Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты –  $8,6 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha 1$  – 6%,  $\alpha 2$  – 14%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистозидных просветлений. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

Задача 5. (Антифосфолипидный синдром (АФС) с развитием тромбозов с ОМНК в бассейне средней мозговой артерии, транзиторная ишемическая атака (анамнестически). Вторичная тромбоцитопения. Сетчатое ливедо.) Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОМНК в бассейне средней мозговой артерии. Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Клинический анализ крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты -  $9 \times 10^9 /л$ , тромбоциты -  $100 \times 10^9 /л$ , СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц). Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор. 5. Есть ли показания к госпитализации данной больной? Обоснуйте.

Задача 6. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (лопус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шею, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Моченспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет боли, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты –  $100 \times 10^9 /л$ , лейкоциты -  $1,6 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%,  $\alpha 1$  – 4%,  $\alpha 2$  – 15%,  $\beta$  – 9%,  $\gamma$  - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты -  $4,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты –  $210 \times 10^9 /л$ , лейкоциты -  $5,1 \times 10^9 /л$ , глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

**Б 1.Б.6.3**  
**Болезни органов**  
**дыхания**

Задача 7. Мужчина, 45 лет, поступил на стационарное лечение в тяжелом состоянии с жалобами на выраженную экспираторную одышку при малейшей физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто-гноющей мокроты до 20-30 мл в сутки, тахикардию, общую слабость, снижение аппетита, боль в правом подреберье, значительные отеки на нижних конечностях. Кашель отмечает многие годы, связывает с курением, одышка – последние 3-5 лет. Ухудшение состояния около двух недель, стала нарастать одышка, появилась субфебрильная температура до 37,5 С. Курит с детства (с 12 лет), в последние годы до 1,5 пачки сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Не работает.

Объективно: пониженного питания. Диффузный цианоз. Положение в постели вынужденное - сидит с опущенными на пол ногами. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс - 108 в 1 мин, ритмичный. При аускультации тоны

приглушены, ритмичные, акцент II на легочной артерии. ЧДД - 28 в 1 мин. При перкуссии - над легкими коробочный звук, при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные сухие хрипы. Перенёв выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, болезненный. Отеки стоп и голеней.

Данные лабораторных исследований:  
 Общий анализ крови:  $Eg - 5,5 \times 10^{12}/л$ ,  $Hb - 162 г/л$ , цв. п. - 0,89,  $L - 8,5 \times 10^9/л$ , э. - 0, п. - 2, с. - 79, л. - 19, м. - 3,  $СОЭ - 22 мм/ч$ ,  $Tg - 240,0 \times 10^9$ ,  
 Общий анализ мочи: зеленая, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зрения, МБТ не обнаружены.  
 Газы крови:  $pO_2 - 58 мм рт.ст.$ ;  $pCO_2 - 56 мм рт.ст.$ ,  $pH - 7,33$ .  
 Данные инструментальных исследований:  
 ФВД: ЖЕЛ 2,1 л (66 % от N), ОФВ<sub>1</sub> 1,8 л (30 % от N).  
 ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях.  
 Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, инфильтрация не выявляется.

Задача 8. Больной Д., 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы: на боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель со слизисто-гноной мокротой, повышение температуры тела до 39,5°C с ознобом, резкую общую слабость, головную боль. Заболел остро. После принятия ванны лег спать у открытого окна. Проснулся от озноба. Утром повысилась температура до 40°C, появились сухой кашель, боль в грудной клетке справа, общая слабость. Объективно: при осмотре определяются гиперемия щек, более выраженная справа, акроцианоз. Дыхание поверхностное - 32 в минуту. При осмотре грудная клетка справа отстает при дыхании. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, в подмышечной области и спереди от 4-го ребра и ниже, дыхание в этой области ослаблено. Аускультативно над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД -95/65 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии нет.

Задача 9. Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 8-10 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями вентолина, уменьшение времени между ингаляциями бронхолитика, на одышку при незначительной физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, слабость.

У пациентки с 4 лет рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 7 лет прием аспирина вызывал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 8 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-4 дней, связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе.

Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Конституция гиперстеническая, лицо лунообразное, гирутизм. На коже передней брюшной стенки - розовые стрии. Кожные покровы бледные, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии.

Грудная клетка цилиндрическая с увеличением передне-заднего размера, эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено. ЧД - 26 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинен, выслушиваются сухие жужжащие и дискантовые хрипы.

Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, тахикардия до 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/90 мм рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты -  $8,5 \times 10^9/л$ : эозинофилы - 12 %, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 2 %.  $СОЭ - 8 мм/ч$ .

Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, расширены, умеренный пневмофиброз.

ЭКГ: высокий остроконечный зубец R в отведениях I, II. Увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V<sub>1,2</sub>) и амплитуды S в левых грудных отведениях (V<sub>5,6</sub>).

**Б 1.Б.6.4**  
**Болезни органов**  
**пищеварения**

Задача 10 (Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст)

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел - 40 сек. Рост - 178 см, вес - 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочиспускание свободное, безболезненное, моча темно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/л$ ;  $Hb - 122 г/л$ ; цветовой показатель - 0,9%; тромбоциты -  $98 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $3,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%,  $СОЭ - 22 мм/ч$ . Биохимические анализы: общий билирубин - 130 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л, АЛТ - 120 Ед/л, АСТ - 164 Ед/л. МНО - 2, альбумин - 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени - 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной

эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см<sup>2</sup>. Свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Задача 11(Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.)

. Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднелючной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффера, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $8,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизи; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор

Задача 12( Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.)

Основная часть Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, – 36,8°C, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастриальной и подрёберных областей безболезненна. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты =  $3,02 \times 10^{12}/л$ , Hb = 103 г/л, MCH 23p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты =  $12,6 \times 10^9/л$ . СОЭ = 38 мм/час.

	<p>Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30 40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту. 4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> <b>Болезни почек</b></p>	<p>Задача 13. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия или гипертензивный вариант. Хроническая болезнь почек III стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая). Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жёлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×10<sup>9</sup>/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жёлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.</p> <p>Задача 14 (Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП I ст)</p> <p>Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - 8,9×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.</p> <p>Задача 15. (Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степени, риск 4. Острая почечная недостаточность.) Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание,</p>



	<p>слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Моченспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×10<sup>12</sup>/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×10<sup>9</sup> /л, лейкоциты - 10,7×10<sup>9</sup> /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, pH - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12- 20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α1 - 3,5%, α2 - 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> <b>Болезни органов</b> <b>кроветворения</b></p>	<p>Задача 16. (Хронический лимфолейкоз, II стадия по Rai). На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предьявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×10<sup>12</sup>/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10<sup>9</sup> /л, лейкоциты – 39×10<sup>9</sup> /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени БоткинаГумпрехта – 1-2 в поле зрения. Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз можно поставить? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? 4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного. 5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения</p> <p>Задача 17( Болезнь Минковского-Шаффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голеней.) Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста. При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голеней – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Назовите критерии основного диагноза. 3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи. 4. Составьте план дополнительных методов обследования. 5. Выберите лечебную тактику.</p> <p>Задача 18.( В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA). Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру. Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит. При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык яркокрасный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей. Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях. Анализ крови: эритроциты - 1,0×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - 3,6×10<sup>9</sup> /л, тромбоциты - 150×10<sup>9</sup> /л, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота. Вопросы: 1.</p>

	<p>Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Составьте план лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> <b>Эндокринные заболевания</b></p>	<p>Задача 19(Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м<sup>2</sup> ). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени, риск 3. Целевой уровень НвА1с&lt;6,5%)</p> <p>На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена. Общий анализ крови: эритроциты - 4,6×10<sup>12</sup>, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×10<sup>12</sup>, лейкоциты - 6,1×10<sup>9</sup>, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73 Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение. 5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?</p> <p>Задача 20. (Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова). На приёме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание её коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте предполагаемый диагноз. 3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза? 4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза? 5. Каковы принципы лечения данной пациентки?</p> <p>Задача 21(Акромегалия) Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами. При осмотре: подчеркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная. Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л. Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> <b>Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b></p>	<p>Задача 22. Задача № 12(Анафилактический шок).</p> <p>Больной М, 21 год, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6. Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, сердцебиение, чувство жара во всём теле, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В лёгких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие</p>

	<p>хрипы. Живот мягкий, безболезненный. 1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.2.Тактика ведения больного. 3.Неотложная терапия</p> <p>Задача 23.( Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек)</p> <p>В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - <math>21 \times 10^9</math> /л, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; P CO<sub>2</sub> - 20; P O<sub>2</sub> - 50; BE - 10. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Назовите критерии основного диагноза. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.</p>
<p><b>Г Б 1.Б.6.9</b> <b>Геронтология и</b> <b>гериатрия</b></p>	<p>Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитроглицерина и при прекращении нагрузки</p> <p>Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма раствора соды, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрной окраски стула в течение 2-х суток. В возрасте 50 лет диагностировали язвенную болезнь 12-перстной кишки, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался.</p> <p>Больной страдает ИБС; 8 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда, проведена операция реваскуляризации миокарда - стентирование коронарных артерий (установлено 2 стента с лекарственным покрытием). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, АСК и клопидогрел. Последние 2 месяца прекратил приём розувастатина.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 мин. Сердце - тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 мин. АД - 120/66 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже рёберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: эритроциты <math>3,11 \times 10^{12}</math>/л, Hb-93 г/л, MCV 82 fl, MCH 28 pg, ретикулоциты - 8%, RDW 18%, лейкоциты <math>5,6 \times 10^9</math>/л. СОЭ 18 мм/час. Общий холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, ЛПВП 0,87 ммоль/л, ЛПНП 4,45 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, 88 в 1 мин; RI&gt; RII&gt; RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q &gt; 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?</li> <li>4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.</li> <li>5. Профилактика.</li> </ol>

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, отеки в области лодыжек. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес инфаркт. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области лодыжек к вечеру. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 72 в мин. АД – 132/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. ОАК: эритроциты  $3,89 \times 10^{12}/л$ , Hb-113 г/л, MCV 78 fl, MCH 26 pg, RDW 18%, лейкоциты  $5,6 \times 10^9/л$ . СОЭ 18 мм/час. Глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л; ферритин сыворотки 18 мкг/л. ЭКГ: ритм синусовый 68 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и лечения.
4. Какие рекомендации, касающиеся немедикаментозного лечения и реабилитации, необходимо дать пациенту?

Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд. Больной себя считает в течение недели, когда во время работы на даче появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала диклофенак – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу миомы матки), хирургическая менопауза. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчеркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 136/70 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ , СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,4, в шейке бедра показатель Т-критерия -2,5.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Рекомендации по реабилитации и вторичной профилактике?

**Б 1.Б.6.10**  
**Поликлиническая**  
**терапия**

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент А. 60 лет с просьбой оформить справку для получения путёвки. Со слов пациента, в последний раз обращался в медицинскую организацию два года назад для оформления медицинской справки на право владения оружием. Жалобы на боли в поясничной области, без чёткой связи с физической нагрузкой, незначительные дизурические расстройства, кашель с отхождением небольшого количества мокроты по утрам. Анамнез заболевания: наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. В медицинские организации обращается редко. Аллергологический анамнез не отягощён. Наследственный анамнез отягощён по онкологическим заболеваниям (ВЛ желудка у родного брата). Курит по 5 сигарет в день в течение 30 лет. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В зеве спокойно. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень по краю рёберной дуги. Стул - склонность к запорам. Диурез - периодически дизурические расстройства. Вопросы: 1. Определите объём обследования пациента. 2. Определите группу здоровья. 3. Составьте план диспансерного наблюдения. 4. Назовите возможные противопоказания для санаторно-курортного лечения. 5. Определите объём обследования для оформления санаторно-курортной карты.

Пациент К. 74 лет. **Жалобы** на ухудшение самочувствия последние 2 недели: усиление одышки (появляется при незначительной физической нагрузке - умывании, одевании), «свист» в грудной клетке, кашель с мокротой желто-зеленого цвета (ее количество увеличилось последние 7-10 дней, повышение температуры до 37,8°С.

**Анамнез заболевания:** сухой кашель в течение последних 20 лет (связывал с курением) Последние 10 лет стал отмечать одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Данное ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась одышка. Лечился дома самостоятельно: азитромицин 500 мг 1 раз в день 5 дней, беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения.

**Анамнез жизни:** курит 50 лет по 1-1,5 пачки в сутки, работает прорабом на стройке более 30 лет. Аллергоанамнез не отягощён.

**Объективно:** кожные покровы влажные, гиперемия лица, цианоз губ. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. При аускультации лёгких – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нижних конечностей нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния (mMRS) - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета, лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По данным пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД: ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы  $\Delta$  ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. План реабилитации, меры вторичной профилактики?

На приёме у врача пациентка 72 лет с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также повышенную потливость, слабость. Вышеуказанные жалобы появились около 3 мес назад, постепенно нарастают.

**Объективно:** кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

	<p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>3,1 \times 10^{12}/л</math>, Нв – 109 г/л, тромбоциты – <math>178 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>39 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой предварительный диагноз можно поставить?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?</li> <li>4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.</li> <li>5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?</li> </ol>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

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

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

#### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти 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.)

#### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Терапия»

Формируемые компетенции и по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты		Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-500	1-30	1-148
П	1	5,74,109,123,124,168,169,172,203,	29	1,2,11,17,22,29,46,47

<b>K</b>		216,260,261,267,269,274.310,381,409		,49-51,53,54,111
	<b>2</b>	202	28	47,51,53,58,61,62,65,68,72,74-77,109,143
	<b>4</b>	76		
	<b>5</b>	1-5,7,9-12,14, 17,18,20-23,26-36,39-50,53-58,60-68,72,74,75, 77-93.95,97-108,110,112-114,116-117, 120-139,141-158,165-185,188,196,205-209,216-220,223-252,254-258,263,265,266,268,269, 274-28,287-289,291-302,304.307,309,311-313,315-319,322, 326-352,357-363,367,368,370-373,375-377,381,382,384,386- 391,393-400,402, 407,409,410,413-417,420-426,429-432, 436-443, 445-448. 451, 454, 457-467,459	1-23,28	1,2,4-6,8,10,13-16,20,23-28,30-32,34-36,38-41,43-46,48-53,55,59-64,66-71,73,75-80,82-96,98-105,108,110-112,114,116-117,119-121,123.125-138
	<b>6</b>	2,6-8,13,,15,16,19,24,25,37,38,44,51,52,69-71,73,94,96,99,109,111,115,117-119,140,146,159-164,186,187,189-195,197-200, 203,204,210-215,221,222,253,259,260,262,264,267, 270-272,286,287,290,296, 297,303,305,306,308,310,313,314,320,321,323-325,356,364-366,369,374,378-380,383,385, 391,392,401-408,411,412,418,419,427,428,433-435,444-445, 447, 449-453, 456-458	1-23	1,3,4,5,7-9,11-16,19.21,22,24,29,33,37-39,41,42.47.48-54,56-61,63,65-70,72,74,75-98,100-10,105-109,111-113.115-118,120-128,130-135
	<b>8</b>	201,261, 273, 356	28	1,9.141
	<b>9</b>			54,91
	<b>10</b>	460-500		51,58,61,62,65,72,74,76,77,109.139-140,142,144
	<b>11</b>			145,146





## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Болезни сердечно-сосудистой системы	84
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Ревматические болезни	44
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Болезни органов дыхания	50
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Болезни органов пищеварения	48
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Болезни почек	18
<i>Б 1.Б.6.6</i>	Болезни органов кроветворения	36
<i>Б 1.Б.6.7</i>	Эндокринные заболевания	12
<i>Б 1.Б.6.8</i>	Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.	8
<i>Б 1.Б.6.9</i>	Геронтология и гериатрия	0
<i>Б 1.Б.6.10</i>	Поликлиническая терапия	24

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.6.1</i> Болезни сердечно-сосудистой системы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина атеросклероза различной локализации. Факторы риска атеросклероза на основе данных доказательной медицины. Терапия дислипидемии: немедикаментозные меры профилактики атеросклероза, медикаментозная терапия нарушений липидного обмена (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), цели терапии.</li> <li>2. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС.</li> <li>3. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.</li> <li>4. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование</li> </ol>
---	---

- выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.
5. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС.
  6. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния.
  7. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.
  8. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.
  9. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
  10. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.
  11. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация степеней тяжести ХСН (NYHA). Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.
  12. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации.
  13. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям ВНОК. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.
  14. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.
  15. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и

- ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ.
16. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.
  17. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
  18. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
  19. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
  20. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии диагноза с позиций доказательной медицины.
  21. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.
  22. Лечение пароксизмальных нарушений сердечного ритма.
  23. Перикардит: определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Пункция перикардиальной полости: показания, техника, осложнения.
  24. Нарушение сердечного ритма и проводимости: классификация, основные этиологические факторы, патогенетические механизмы (нарушение функции автоматизма, проводимости, механизм re-entry, триггерная активность).
  25. Классификация антиаритмических препаратов и их характеристика. Понятие о проаритмогенном действии антиаритмических препаратов. Выбор антиаритмических препаратов при «злокачественных» нарушениях ритма и проводимости. Комбинированное назначение антиаритмических препаратов.
  26. Лечение фибрилляции предсердий: кардиоверсия (фармакологическая, электрическая), поддержание синусового ритма (общие принципы, выбор антиаритмических препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов), нефармакологические методы лечения, контроль частоты желудочковых сокращений и обоснование выбора препаратов, профилактика тромбоэмболических осложнений.
  27. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца (ОИМ, ТЭЛА, стенокардия, остеохондроз позвоночника, НЦД).
  28. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных нарушений ритма.
  29. Дифференциальная диагностика кардиоমেгалий (пороки сердца, миокардиты, ИБС, кардиомиопатии).
  30. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.
  31. Гипертонические кризы. Неотложная терапия.
  32. Дифференциальная диагностика при тромбоэмболии легочной артерии. Лечение.
  33. Лечение кардиогенного шока.
  34. ДВС-синдром в клинике внутренних болезней. Принципы лечения.

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> <b>Ревматические</b> <b>болезни</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</li> <li>2. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана.</li> <li>3. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</li> <li>4. Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.</li> <li>5. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.</li> <li>6. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</li> <li>7. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.</li> <li>8. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</li> <li>9. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины</li> <li>10. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.</li> <li>11. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.</li> <li>12. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</li> <li>13. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</li> <li>14. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.</li> <li>15. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии.</li> <li>16. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД</li> </ol>

	<p>(диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов.</p> <p>17. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> <b>Болезни органов дыхания</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Европейского общества пульмонологов. Критерии диагноза пневмонии.</li> <li>2. Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.</li> <li>3. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.</li> <li>4. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика.</li> <li>5. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.</li> <li>6. Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Клинические особенности заболевания, течение. Патогенетическая терапия с позиций доказательств. Профилактика.</li> <li>7. Острый бронхит. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</li> <li>8. Хронический бронхит (обструктивный и необструктивный). Этиология, патогенез. Классификация, критерии диагностики, необходимый минимум диагностических обследований. Лечение хронического бронхита. Критерии эффективного контроля заболевания. Диспансеризация больных. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности.</li> <li>9. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания. Патогенетические основы терапии.</li> </ol>

10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.
11. Лечение больных ХОБЛ: снижение влияния факторов риска, образовательные программы, лечение при стабильном состоянии, лечение обострения, обоснование выбора препаратов и краткая их характеристика.
12. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
13. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.
14. Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Клиника, диагностика. Неотложная терапия астматического статуса.
15. Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.
16. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.
17. Плевральная пункция. Дифференциальная диагностика экссудатов и трансудатов.
18. Паранеопластические реакции в клинике внутренних болезней.
19. Рак легкого. Дифференциальная диагностика с туберкулезом, эхинококковой кистой, острой пневмонией.
20. Первичная легочная гипертензия. Клиника. Диагностика, Лечение.
21. Легочное кровоотечения. Причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Понятие о легочном сердце. Клиника острого и хронического легочного сердца различного генеза (бронхолегочного, васкулярного, торакодифрагмального). Инструментальные методы исследования (функция внешнего дыхания, функциональные пробы, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологические исследования).
23. Нагноительные заболевания легких. Клинические Формы. Тактика терапевта при бронхоэктатической болезни, абсцессе легкого, эмпиеме плевры, гангрене легких

**Б 1.Б.6.4**  
**Болезни органов**  
**пищеварения**

1. Функциональная диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
2. ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.
3. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.
4. Лечение больных ЯБ в период обострения и профилактическое лечение. Диагностика и лечение геликобактерной инфекции на основе данных доказательной медицины. Показания к госпитализации больных ЯБ желудка и 12 – перстной кишки, оперативному лечению. Принципы диспансеризации. Врачебно – трудовая экспертиза.
5. Болезни оперированного желудка: демпинг синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения.
6. Хронический энтерит. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.
7. Дисфункция сфинктера Одди. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Лечение.
8. Синдром раздраженного кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.
9. Неспецифический язвенный колит: классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.
10. Болезнь Крона: этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
11. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии ремиссии и активности процесса с позиции доказательной медицины.
12. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
13. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Морфологические критерии активности. Клиника, варианты течения, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.
14. Цирроз печени: лечение, профилактика и лечение осложнений. Показания к госпитализации больных циррозом печени. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
15. ЖКБ: современные представления об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.
16. Хронический холецистит: классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное



	<p>наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>17. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, патоморфология. Клиника.</p> <p>18. Хронический панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Осложнения и их профилактика. Диспансерное наблюдение, экспертиза трудоспособности.</p> <p>19. Дифференциальная диагностика при асците.</p> <p>20. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>21. Постгастрорезекционные синдромы в практике терапевта. Гастрит оперированного желудка. Анастомозит. Пептическая язва анастомоза, Демпинг-синдром. Лечение.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> <b>Болезни почек</b></p>	<p>1. Острые гломерулонефриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Осложнения острого гломерулонефрита. Лечение острого гломерулонефрита и осложнений.</p> <p>2. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>3. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита. Классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых. Лечение.</p> <p>4. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>5. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p> <p>6. Нефротический синдром, этиопатогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>7. Дифференциальная диагностика заболеваний почек, сопровождающихся гематурией, протеинурией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> <b>Болезни органов кроветворения</b></p>	<p>1. Железодефицитные анемии. Обмен железа в организме. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>2. В<sub>12</sub> – фолиеводефицитные анемии. Клиника. Алгоритм обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>3. Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.</p> <p>4. Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>5. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>6. Аутоиммунные тромбоцитопении. Клиника. Дифференциальный диагноз. Терапия в свете доказательной медицины.</p> <p>7. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.</p> <p>8. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>9. Гемофилия А и В. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.</p> <p>10. Болезнь Виллебранда. Варианты клиники. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>11. Перемежающаяся порфирия. Клиника и диагностика. Принципы</p>

	<p>лечения.</p> <p>12. Кожные геморрагические васкулиты. Дифференциальный диагноз.</p> <p>13. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>14. Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз.</p> <p>15. Принципы терапии острых лейкозов.</p> <p>16. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>17. Лейкемоидная реакция. Дифференциальный диагноз.</p> <p>18. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>19. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>20. Хронический миелолейкоз. Роль Филадельфийской хромосомы в патогенезе заболевания. Клиника, диагностика, лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>21. Эритремия. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с эритроцитозами. Принципы лечение. Техника кровопусканий.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> <b>Эндокринные заболевания</b></p>	<p>1. Сахарный диабет (СД). Определение. Этиология, патогенез СД 1 и 2 типов. Современная классификация СД (2016) и критерии диагноза. Клиническая картина и лабораторная диагностика.</p> <p>2. Определение степени тяжести СД. СД как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, стратификация риска. Терапевтические цели при СД с позиции доказательной медицины (целевое АД, показатели углеводного и липидного обменов). Критерии компенсации углеводного обмена.</p> <p>3. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>4. Лечение СД 1 типа. Виды инсулинов, режимы инсулинотерапии, рекомендованные к применению. Показания к инсулинотерапии СД 2 типа. Варианты перехода на инсулинотерапию.</p> <p>5. Синдром хронической передозировки инсулина, диагностика, лечение.</p> <p>6. Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов, показания и противопоказания. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение (построение диеты) в условиях поликлиники. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>7. Классификация поздних хронических осложнений СД.</p>

- Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.
8. Современная классификация диабетической нефропатии (ДН) (Mogensen). Значение определения микроальбуминурии (МАУ) при выявлении групп риска развития ДН и эффективности лечения. Принципы лечения ДН в соответствии с ее стадиями.
  9. Факторы риска развития ИБС у больных СД. Клинические особенности ИБС у больных СД. Рекомендации по профилактике ИБС у больных СД. Артериальная гипертензия (АГ) у больных СД, стратификация риска. Доказательная база применения ингибиторов АПФ у больных СД.
  10. Патогенез нейропатий при СД. Современная классификация. Принципы лечения диабетической полинейропатии (ДП).
  11. Ведение больных СД в периоперационном периоде. Тактика ведения больных СД при развитии ОИМ, ОНМК.
  12. Классификация зоба. Диагностическое значение исследования уровней Т3, Т4, ТТГ. Практическая ценность и информативность методов инструментальной диагностики при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ).
  13. Болезнь Грейвса. Этиология, патогенез, клиническая картина. Оценка тяжести тиреотоксикоза. Современные подходы к терапии болезни Грейвса. Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения.
  14. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы, дифференциальная диагностика.
  15. Классификация гипотиреоза с учетом патогенеза, причины возникновения. Субклинический гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика. «Маски» первичного гипотиреоза. Заместительная терапия.
  16. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы, интерпретация и их значение в диф.диагностике.
  17. Медикаментозное лечение болезни Иценко-Кушинга. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения. Предоперационная подготовка.
  18. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.
  19. Дифференциальная диагностика меланодермии. Доказательная база применения препаратов минералокортикоидов и глюкокортикоидов при лечении гипокортицизма.
  20. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, клиника, осложнения. Лечение.

<p><b>Б 1.Б.6.8</b>  <b>Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.</li> <li>2. Тиреотоксический криз. Диагностика. Лечение.</li> <li>3. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b>  <b>Поликлиническая терапия</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Временная нетрудоспособность, её виды. Документация временной нетрудоспособности (приказ Минздрава №206/21 от 19 октября 1994 года).</li> <li>2. Листок нетрудоспособности, его функции. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности (приказ Минздрава №5, приложение 4 от 13.01.1995).</li> <li>3. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</li> <li>4. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</li> </ol>

### Темы рефератов

<p><b>Б 1.Б.6.1</b>  <b>Болезни сердечно-сосудистой системы</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.</li> <li>2. Стратегия лечения больных с Острым коронарным синдромом (ОКС): первичная оценка больного, больные с признаками острой окклюзии крупной КА, больные с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ, больные с низким риском смерти или развития ИМ в ближайшее время, ведение больных после стабилизации состояния.</li> <li>3. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения. Понятие о реперфузионном синдроме.</li> <li>4. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.</li> <li>5. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа</li> </ol>
---	---

	<p>жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.</p> <p>6. Особенности лечения АГ у лиц пожилого возраста, и при сочетании АГ с СД, ХСН, патологией почек, беременностью, БА и ХОБЛ на основе рекомендаций JNC7 и ВНОК. Рефрактерная АГ.</p> <p>7. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.</p> <p>8. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>9. ДВС-синдром в клинике внутренних болезней. Принципы лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> <b>Ревматические</b> <b>болезни</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.</li> <li>2. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.</li> <li>3. Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.</li> <li>4. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.</li> <li>5. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.</li> <li>6. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины</li> <li>7. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.</li> <li>8. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.</li> <li>9. Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.</li> <li>10. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.</li> <li>11. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов.</li> <li>12. Дифференциальная диагностика при лихорадочном синдроме. Алгоритм обследования больных при лихорадке неясного генеза.</li> </ol>

<p align="center"><b>Б 1.Б.6.3</b> <b>Болезни органов дыхания</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика.</li> <li>2.Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Клинические особенности заболевания, течение. Патогенетическая терапия с позиций медицины доказательств. Профилактика.</li> <li>3.Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.</li> <li>4. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</li> <li>5. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.</li> <li>6. Первичная легочная гипертензия. Клиника. Диагностика, Лечение.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.Б.6.4</b> <b>Болезни органов пищеварения</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Функциональная диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины. Диспансерное наблюдение больных, вопросы врачебно трудовой экспертизы.</li> <li>2.ГЭРБ: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины.</li> <li>3.Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12 п.к.: современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии.</li> <li>4.Дисфункция сфинктера Одди. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Лечение.</li> <li>5.Синдром раздраженного кишечника. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение.</li> <li>6.ЖКБ: современные представление об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика, лечение (консервативное, показания к</li> </ol>

	<p>хирургическому лечению), осложнения и их профилактика.</p> <p>7. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>8. Постгастрорезекционные синдромы в практике терапевта. Гастрит оперированного желудка. Анастомозит. Пептическая язва анастомоза, Демпинг-синдром. Лечение.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> <b>Болезни почек</b></p>	<p>1. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>2. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология, патогенез, классификация, стадии ХПН по NKF, клиника, лечение.</p> <p>3. Дифференциальная диагностика заболеваний почек, сопровождающихся гематурией, протеинурией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> <b>Болезни органов кроветворения</b></p>	<p>1. Врожденные гемолитические анемии. Классификация. Клиника и дифференциальный диагноз врожденного микросфероцитоза и талассемии. Принципы лечения.</p> <p>2. Аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>3. Апластическая анемия. Клиника и дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>4. Врожденная тромбофилия. Классификация. Клиника. Принципы лечения.</p> <p>5. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.</p> <p>6. Геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики и лечения.</p> <p>7. Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза. Дифференциальный диагноз.</p> <p>8. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение в свете доказательной медицины.</p> <p>9. Миеломная болезнь. Основные диагностические критерии. Лечение в свете доказательной медицины.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> <b>Эндокринные заболевания</b></p>	<p>1. Лечение больных сахарным диабетом с позиций доказательной медицины: тактика ведения, обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп препаратов.</p> <p>2. Современный алгоритм лечения СД 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих средств. Доказательная база эффективности бигуанидов и препаратов сульфонилмочевины. Рекомендованные дозировки препаратов, показания и противопоказания. Рекомендованные комбинации препаратов. Показания к госпитализации, диспансерное наблюдение за больными с СД. Лечение (построение диеты) в условиях поликлиники. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>3. Классификация поздних хронических осложнений СД. Современная классификация диабетической ретинопатии (ДР) и группы риска развития ДР при СД. Эффективность диагностики и лечения ДР на различных ее стадиях.</p> <p>4. Факторы риска развития ИБС у больных СД. Клинические особенности ИБС у больных СД. Рекомендации по профилактике ИБС у больных СД. Артериальная гипертензия (АГ) у больных СД, стратификация риска. Доказательная</p>

	<p>база применения ингибиторов АПФ у больных СД.</p> <p>5. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b>  <b>Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.</b></p>	<p>1. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.</p> <p>2. Тиреотоксический криз. Диагностика. Лечение.</p> <p>3. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b>  <b>Поликлиническая терапия</b></p>	<p>1. Группа инвалидности, критерии инвалидности I, II, III групп. Сроки переосвидетельствования инвалидов.</p> <p>2. Цели и задачи диспансеризации. Формирование групп диспансерного учёта (приказ №770). Основные показатели эффективности диспансеризации.</p>



## Критерии и шкала оценивания

### 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

### 2. Дискуссия

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. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

## 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-терапевта 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-терапевта.

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-терапевта, так и для реализации возможности личностно-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 дисциплины «Терапия» 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.

\_\_\_\_\_ И.Н.Шишиморов  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПРОТОКОЛ**  
дополнений и изменений к рабочей программе  
дисциплины « \_\_\_\_\_ »  
по специальности « \_\_\_\_\_ »  
на 20\_\_ -20\_\_ учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе

Протокол утвержден на заседании кафедры  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_

/ФИО/