

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
И.П.ПАВЛОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании Методического Совета
протокол № 63

«30» сентября 2019 г.,



Проректор по учебной работе,
профессор А.И.Яременко

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**повышения квалификации «Избранные вопросы терапии с
основами инструментальной и функциональной диагностики
заболеваний внутренних органов» 144 часа**

(наименование дисциплины)

**по
специальности**

**Терапия 31.08.49 очной, Общая врачебная практика (семейная
медицина) 31.08.54 очной**

(наименование и код специальности)

Факультет

Послевузовского образования

(наименование факультета)

Кафедра

Общей врачебной практики (семейной медицины)

(наименование кафедры)

**Санкт-Петербург
2019**

Образовательная программа (ОП) составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.49 Терапии Общая врачебная практика (семейная медицина) 31.08.54, утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)", зарегистрирован в Минюсте РФ 27 октября 2014 г. N 34466.

ОП обсуждена на заседании кафедры общей врачебной практики (семейной медицины)
18.12.2019.

Заведующий кафедрой
профессор, д.м.н.
(ученое звание или ученая степень)


(подпись)

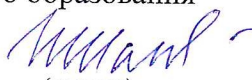
Н.Л.Шапорова

(Расшифровка фамилии И. О.)

ОП одобрена цикловой методической комиссией
по послевузовскому образованию от 24.12.2019, протокол № 10

Председатель цикловой методической комиссии

Декан факультета последиplomного образования
профессор, д.м.н.
(ученое звание или ученая степень)


(подпись)

Н.Л.Шапорова

(Расшифровка фамилии И. О.)

СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ:

1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
2. УЧЕБНЫЙ ПЛАН
3. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК
5. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА, ПРОШЕДШЕГО ОБУЧЕНИЕ
7. КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
9. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОСТАВЛЕНИЮ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ИТОГОВУЮ АТТЕСТАЦИЮ
10. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ
12. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

1. Категория слушателей – имеющие Высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия» при наличии послевузовского профессионального образования по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или «Терапия».

2. Длительность и форма обучения

Нормативный срок освоения образовательной программы профессиональной переподготовки по специальности общая врачебная практика составляет – 144 часа (кредита), т.е. 6 ЗЕ.

Форма обучения - очная

3. Цели и задачи учебной дисциплины

Целью учебной дисциплины является освоение теоретических основ и практических навыков по специальности общая врачебная практика, формирование у слушателей врачебного поведения, мышления и умения, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению взрослых и детей при распространенных заболеваниях.

Задачи изучения предмета:

- освоение методов диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний
- освоение методов лечения больных с патологией внутренних органов
- освоение методов формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому.

4. Характеристика профессиональной деятельности слушателей

4.1 Область профессиональной деятельности слушателей

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

4.2 Объекты профессиональной деятельности слушателей

Объектами профессиональной деятельности слушателей, освоивших программу повышения квалификации, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

4.3 Виды профессиональной деятельности, к которому готовятся слушатели

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся слушатели, освоившие программу повышения квалификации:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

4.4 Задачи профессиональной деятельности слушателей

Для освоения программы по специальности «Общая врачебная практика» и «Терапия» специалист (врач) должен уметь решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности:

- 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;
 - ✓ диагностика беременности;
 - ✓ 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 и санаторно-курортного лечения;
- ✓ 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.

4.5 Планируемые результаты освоения дисциплины

В результате изучения дисциплины у слушателя совершенствуются следующие профессиональные компетенции:

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;
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

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;

Лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

5. Трудоемкость дисциплины

№	Вид учебной работы	ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)	Всего ЗЕ
1	Общее количество часов по учебному плану	144	6
2.	Аудиторные занятия, в том числе		
2.1.	Лекции	14	1
2.2.	Клинические (практические) занятия	130	5
2.3.	Семинары		
3.	Итоговая аттестация (часы входят в пункт 2.3)	6	

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

№ п/п	Раздел	КЕ (Часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма контроля
1.	Вопросы внутренней медицины	102	4	ЗАЧЕТ
2.	Лабораторная, функциональная, инструментальная диагностика	24	1,5	ЗАЧЕТ
3.	Обучающий симуляционный курс	12	0,5	ЗАЧЕТ
	Итоговая аттестация	6		Экзамен
	Итого:	144	6	

Учебно-тематический план

Наименование раздела	Всего ЗЕ	Всего КЕ (часов)	В том числе (часы)		Формы контрол я
			лекции	Клинические (практические) занятия	
1. Вопросы внутренней медицины	4,0	102	12	90	Зачет
<i>1.1 Организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности врача терапевта</i>		5	1	4	
Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов;		1		1	Тесты, задачи, опрос
Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП. Законодательные аспекты деятельности ВОП/СВ. Права ВОП/СВ. Функциональные обязанности. Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента		2		2	Тесты, задачи, опрос
Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
<i>1.2 Кардиология.</i>		20	2	18	
Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии в работе врача общей практики. Этиология. Патогенез. Современная классификация.		3	1	2	Тесты, задачи, опрос
Гипертоническая болезнь. Тактика подбора медикаментозной терапии		3		3	Тесты, задачи, опрос
Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия. Дифференциальный		2	1	1	Тесты, задачи, опрос

диагноз болей в грудной клетке					
Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС		2		2	Тесты, задачи, опрос
Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии.		1		1	Тесты, задачи, опрос
Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Атриовентрикулярная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости.		1		1	Тесты, задачи, опрос
Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью.		1		1	Тесты, задачи, опрос
Врожденные и приобретенные пороки сердца. Кардиомиопатии. Тактика ведения больных		1		1	Тесты, задачи, опрос
Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы), профилактика первичная и вторичная. Гиперхолестеринемия. Дислипидемии. Врачебная тактика.		1		1	Тесты, задачи, опрос
Порядок и стандарты оказания помощи пациентам кардиологического профиля.		1		1	опрос
1.3 Ревматология.		12	2	10	
Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.		3	1	2	Тесты, задачи, опрос
Полимиозит и дерматомиозит. Смешанное заболевание соединительной ткани (синдром		2		2	Тесты, задачи, опрос

Шарпа). Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. Современное представление о терапии.					
Системные васкулиты (узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Шенлейн-Геноха, гиганто-клеточный височный артериит). Этиопатогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Современные подходы к терапии.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
Актуальные вопросы ведения больных остеоартритом. Дифференциальный диагноз суставного синдрома.		3		3	Тесты, задачи, опрос
Остеопороз. Дифференциальная диагностика, профилактика и тактика ведения.		1		1	Тесты, задачи, опрос
Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля.		1		1	Тесты, задачи, опрос
1.4 Гастроэнтерология.		33	3	30	
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, формы, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Кардиоспазм и ахалазия пищевода. Дивертикулы пищевода.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Острый гастрит. Хронические гастриты и гастродуодениты, функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Стандарты эрадикации Н.р. Осложнения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.		3	1	2	Тесты, задачи, опрос
Рак желудка, предраковые заболевания желудка. Послеоперационные заболевания желудка		1		1	Тесты, задачи, опрос
Язвенный колит, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Болезнь Крона, системные поражения. Тактика лечения.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
Туберкулез кишечника, особенности клинической картины и диагностики. Целиакия, организация диетотерапии.		1		1	Тесты, задачи, опрос

Дифференциальный диагноз при диарее, при запоре.					
Синдром мальабсорбции, клиническая картина, методы диагностики, медикаментозного лечения и нутриционной поддержки.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Опухоли кишечника (полипоз, колоректальный рак, карциноидный синдром)		1		1	Тесты, задачи, опрос
Синдром раздраженного кишечника, критерии диагностики и стандарты лечения. Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Хронические гепатиты, классификация, вопросы диагностики и лечения в зависимости от этиологии. Лекарственные поражения печени		4		4	Тесты, задачи, опрос
Циррозы печени, синдром портальной гипертензии, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз желтух, асцита. Опухоли печени		3	1	2	Тесты, задачи, опрос
Хроническая печеночно-клеточная недостаточность, классификация, стадии, клиническая картина, методы ранней диагностики и лечения.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Желчно-каменная болезнь, особенности течения у пациентов с коморбидной патологией, диагностика и лечение. Осложнения ЖКБ. Взаимодействие терапевта и хирурга.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, ангиохолит) Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, клиническая картина, методы диагностики и лечения.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Хронический панкреатит, формы, клиническая картина, осложнения, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли поджелудочной железы.		2		2	Тесты, задачи, опрос
Порядок и стандарты оказания		2		2	Тесты,

помощи пациентом гастроэнтерологического профиля					задачи, опрос
1.5 Пульмонология и аллергология		16	2	14	
Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.		2	1	1	Опрос, тесты
Бронхиальная астма. Принципы подбора терапии в соответствии с клиническими рекомендациями. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Неотложная терапия		2		2	Опрос, тесты
ХОБЛ. Диагностика. Тактика ведения больных врачом общей практики. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохарканья, гипервоздушности легких, легочного уплотнения. Синдром апноэ во сне.		2	1	1	Опрос, тесты
Пневмонии. Современная антибиотикотерапия внебольничных пневмоний.		1		1	Опрос, тесты
Острые респираторные заболевания.		1		1	Опрос, тесты
Тромбоэмболия легочной артерии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
Рак легкого. Диагностика. Современные принципы терапии		1		1	Опрос, тесты
Легочное сердце. Дыхательная недостаточность. Виды, причины, принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля.		1		1	Опрос, тесты
Принципы терапии аллергических заболеваний. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит.		1		1	Опрос, тесты
Дифференциальная диагностика алергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
Лекарственная аллергия. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия		1		1	Опрос, тесты
Неотложная терапия		1		1	Опрос,

аллергических заболеваний. Анафилактический шок.					тесты
1.6 Нефрология.		8	1	7	
Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля. Синдромы в нефрологии: дизурия мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром. Понятие о ХПБ как надзоологической форме. Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП.		3	1	2	Опрос, тесты
Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных.		2		2	Опрос, тесты
Острый и хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.		1		1	Опрос, тесты
Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики.		1		1	Опрос, тесты
Хроническая почечная недостаточность. Классификация. Принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
1.7 Гематология		5		5	
Дифференциальная диагностика анемий. Тактика врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля.		1		1	Опрос, тесты
Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии.		1		1	Опрос, тесты
Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкомоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз.		1		1	Опрос, тесты
Острые лейкозы в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий		1		1	Опрос, тесты
Хронические миелопролиферативные		1		1	Опрос, тесты

заболевания. Хронический миелолейкоз. Истинная полицитемия.					
1.8 Эндокринология		3	1	2	
Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.		1	1		Опрос, тесты
Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Тиреотоксический криз. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб.		1		1	Опрос, тесты
Порядок и стандарты оказания помощи пациентом эндокринологического профиля.		1		1	Опрос, тесты
2. Лабораторная, функциональная, инструментальная диагностика	1,5	24	2	22	Зачет
Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура.		2	1	1	Тесты, задачи
Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений. Методы расчета СКФ. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок		3		3	Тесты, задачи
Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена		2		2	Тесты, задачи
Исследование мочи. Мочевой осадок. Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок.		2		2	Тесты, задачи
Спирография. Основные показатели.		2		2	Тесты, задачи
Имидж-диагностика		3	1	2	Тесты, задачи
ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.		2		2	Тесты, задачи
Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы		3		3	Тесты, задачи
Электрокардиограмма при		2		2	Тесты,

нарушениях ритма сердца, гипертрофии предсердий и желудочков					задачи
Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом повреждении и некрозе сердечной мышцы		3		3	Тесты, задачи
Обучающий симуляционный курс	0,5	12		12	Зачет
Итоговая аттестация		6		6	Экзамен
Общий объем подготовки	6	144	14	130	

Обучающий симуляционный курс

Общая длительность симуляционного цикла 12 часов, включает семинарские занятия

Содержание занятия	Используемое оборудование	Длительность работы в симуляционном центре (часы)
Занятие 1 Сердечно-легочная реанимация	Компьютеризированный торс для СЛР, тренажер для интубации трахеи упрощенный торс для СЛР, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.	5
Занятие 2 Дефибрилляция	Дефибриллятор, электрокардиограф, торс для регистрации ЭКГ и дефибрилляции, рентгеновские снимки, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.	4
Занятие 3 Плевральная пункция	Рентгеновские снимки, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.	3

Календарный учебный график

Цикл № 1

Месяц	Февраль						Март																	
Дата	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	2.3	3.3	4.3	5.3	6.3	7.3	9.3	10.3	11.3	12.3	13.3	14.3	16.3	17.3	18.3	19.3	20.3	21.3
Занятие	Л/П	Л/П	Л/П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	П	П	П	С	С	А
Часов	2/4	2/4	2/4	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Цикл № 2

Месяц	Февраль		Март																					
Дата	30.3	31.3	1.4	2.4	3.4	4.4	6.4	7.4	8.4	9.4	10.4	11.4	13.4	14.4	15.4	16.4	17.4	18.4	20.4	21.4	22.4	23.4	24.4	25.4
Занятие	Л/П	Л/П	Л/П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	П	П	П	С	С	А
Часов	2/4	2/4	2/4	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Цикл № 3

Месяц	Май												Июнь											
Дата	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5	23.5	25.5	26.5	27.5	28.5	29.5	30.5	1.6	2.6	3.6	4.6	5.6	6.6	8.6	9.6	10.6	11.6	12.6	13.6
Занятие	Л/П	Л/П	Л/П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	П	П	П	С	С	А
Часов	2/4	2/4	2/4	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Л – лекции; П – клинические (практические) занятия; СК – симуляционный курс; А – итоговая аттестация; К – каникулы.

Содержание материала программы

1. **Организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности врача терапевта**
 - 1.1. Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Законодательные акты и нормативные документы, регламентирующие работу врача общей практики
 - 1.2. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП.
 - 1.3. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ
2. **Кардиология.**
 - 2.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля.
 - 2.2. Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы), профилактика первичная и вторичная. Гиперхолестеринемия. Дислипидемии. Врачебная тактика.
 - 2.3. Гипертоническая болезнь. Этиопатогенез. Современная классификация. Гипертонические кризы. Клиническая картина. Неотложная помощь Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные и вазоренальные гипертензии. Эндокринные симптоматические артериальные гипертензии. Дифференциальный диагноз. Алгоритмы диагностики. Тактика подбора медикаментозной терапии.
 - 2.4. Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия и ее виды. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Современная классификация. Осложнения инфаркта миокарда. Неотложная терапия. Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС. Кардиогенный шок. Острая сердечная недостаточность. Врачебная тактика.
 - 2.5. Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии. Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма. Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Дисфункции синусового узла. Синдром слабости синусового узла. Атриовентрикулярная блокада. Синоатриальная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости.
 - 2.6. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз.
 - 2.7. Дифференциальная диагностика кардиомегалий. Синдром «большого сердца». Миокардиты. Этиопатогенез. Принципы терапии. Кардиомиопатии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Дилатационная кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия. Тактика ведения больных.
 - 2.8. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
 - 2.9. Врожденные пороки сердца Классификация. Открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты. Проплапс митрального клапана. Приобретенные пороки сердца. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения.
3. **Ревматология**
 - 3.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля.
 - 3.2. Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

- 3.3. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.
 - 3.4. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.5. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.6. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.7. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.8. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.9. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.
 - 3.10. Диффузные заболевания соединительной ткани.
 - 3.11. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
 - 3.12. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.13. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 - 3.14. Системные васкулиты. Узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Шенлейн-Геноха, гиганто-клеточный височный артериит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Современные подходы к терапии.
 - 3.15. Остеопороз в практике семейного врача
- 4. Гастроэнтерология.**
- 4.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля.
 - 4.2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе. Хронический гастрит и гастродуоденит. Роль гистологического метода в диагностике хронического гастрита. Соотношение хронического гастрита и функциональной желудочной диспепсии. Типы хронического гастрита. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Роль пилорического геликобактера в развитии язвы и рака желудка. Показания и схемы эрадикационной терапии. Осложнения язвенной болезни. Взаимодействие терапевта-гастроэнтеролога и хирурга в лечении осложненной язвы. Особые формы язв (синдром Золлингера-Эллисона, постбульбарные язвы). Особенности их клинической картины и лечения. Рак желудка. Прераковые состояния. Синдром малых признаков. Стадии. Клиническая картина. Основные методы лечения. Рак пищевода
 - 4.3. Заболевания печени. Хронические гепатиты и циррозы печени: этиологическая классификация, диагностика и лечение. Показания и противопоказания к противовирусной терапии HBV и HCV-инфекции. Стеатоз печени. Клиническая картина и методы диагностики. Понятие об алкогольном и неалкогольном стеатогепатите. Лекарственные поражения печени. Аутоиммунные заболевания печени, иммунологические методы их диагностики. Первичный билиарный цирроз печени. Дифференциальная диагностика синдрома холестаза. Хроническая печеночная

недостаточность, ее варианты и клинические проявления. Методы ранней диагностики хронической печеночной недостаточности и профилактики ее прогрессирования.

Дифференциальный диагноз желтух, асцита.

4.4. Заболевания билиарной системы. Методы диагностики холецистопатий.

Функциональные методы исследования билиарной системы. Дисфункция сфинктера Одди и желчного пузыря. Желчно-каменная болезнь (ЖКБ). Осложнения желчно-каменной болезни. Показания к оперативному лечению. Медикаментозная терапия желчно-каменной болезни. Холестероз желчного пузыря. Методы диагностики и лечения. Хронический холецистит (калькулезный и без ЖКБ). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли билиарной системы (опухоли желчного пузыря, холедоха, фатерова соска).

4.5. Заболевания толстого и тонкого кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона.

Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний кишечника. Стандарты лечения в зависимости от тяжести течения заболевания. Дивертикулез кишечника. Синдром раздраженного кишечника. Целиакия. Терапевтические аспекты спаечной болезни. Синдром мальабсорбции. Его причины, клиническая картина и методы диагностики. Опухоли толстого кишечника. Дифференциальный диагноз при диарее, при запоре.

4.6. Заболевания поджелудочной железы. Хронический панкреатит: первичный (алкогольный) и вторичный (холепанкреатит). Редкие формы хронического панкреатита. Осложнения хронического панкреатита. Методы диагностики хронического панкреатита. Стандарты терапии хронического панкреатита. Опухоли поджелудочной железы: доброкачественные гормонально-неактивные опухоли, злокачественные и гормонально-активные опухоли (апудомы). Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики.

4.7. Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции.

5. Пульмонология и аллергология.

5.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля.

5.2. Бронхиальная астма. Современная классификация. Противовоспалительная терапия. Принципы подбора терапии. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Принципы неотложной терапии. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.

5.3. ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения больных. Современная медикаментозная терапия. Кислородотерапия.

5.4. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохарканья, гипервоздушности легких, легочного уплотнения. Синдром апноэ во сне.

5.5. Острые респираторные заболевания

5.6. Пневмонии. Этиопатогенез. Современная классификация. Особенности клинической картины и течения в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Терапия

5.7. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.

5.8. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.

5.9. Легочное сердце. Этиология, патогенез, классификация. Острое легочное сердце, варианты хронического легочного сердца, стадии. Лечение хронического легочного сердца, особенности лечения в поликлинике. Профилактика легочного сердца, прогноз, реабилитация, МСЭ

5.10. Рак легкого. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Современные принципы терапии.

5.11. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля.

- 5.12. Общая аллергология. Стандарты диагностики и терапии аллергических заболеваний. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит. Клиническая картина. Современные методы диагностики. Специфическая иммунотерапия.
- 5.13. Дифференциальная диагностика алергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Клиническая картина. Принципы наружной терапии.
- 5.14. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок.
- 5.15. Лекарственная аллергия. Лекарственные средства как аллергены, гаптены. Типы аллергических реакций. Основные признаки лекарственной аллергии. Антигенспецифическая диагностика аллергии. Перекрестные свойства некоторых лекарственных препаратов. Профилактика лекарственной аллергии. Алгоритм лечения острых проявлений лекарственной аллергии.
- 5.16. Особые варианты: СКВ-подобный синдром, синдром Лайела, синдром Стивена-Джонсона, некротическо-язвенные формы васкулитов, сывороточная болезнь и сывороточноподобный синдром. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз. МСЭ.
- 5.17. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия. Пищевые продукты как аллергены и как инициаторы псевдоаллергических реакций, клинические формы пищевой аллергии. Диагностика. Лечение. Элиминационные диеты. Прогноз. Профилактика.
- 5.18. Инсектная аллергия. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности лечения инсектного шока. Прогноз. Профилактика.

6. Нефрология.

- 6.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля.
- 6.2. Синдромы в нефрологии: дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром
- 6.3. Понятие о ХПБ как надпочечниковой форме. Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП.
- 6.4. Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 6.5. Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных врачом общей практики.
- 6.6. Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.
- 6.7. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.
- 6.8. Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики.
- 6.9. Хроническая почечная недостаточность. Классификация. Принципы терап

7. Гематология

- 7.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля.
- 7.2. Анемии. Этиопатогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика анемий. Тактика ведения больных. Железодефицитные анемии. Острая постгеморрагическая анемия. В-12 и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика. Принципы терапии и профилактики. Гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
- 7.3. Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
- 7.4. Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз.
- 7.5. Хронические лимфопролиферативные заболевания. Хронический лимфолейкоз. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Современные методы терапии. Волосатоклеточный лейкоз.
- 7.6. Множественная миелома. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии
- 7.7. Острые лейкозы. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Вопросы дифференциальной диагностики. Современные методы терапии.

8. Эндокринология

- 8.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом эндокринологического профиля.

- 8.2. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Осложнения. Современной представлении о лечении больных сахарным диабетом 1 и 2 типов.
- 8.3. Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб. Тиреоидиты. Тактика ведения больных. Узловые образования щитовидной железы. Тиреотоксический криз. Дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики.
- 8.4. Болезни надпочечников, гипофиза, гипоталамуса. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.

9. Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ

- 9.1. Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода.
- 9.2. Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение.
- 9.3. Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови.
- 9.4. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена.
- 9.5. Исследование мочи. Мочевой осадок. Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок. Методы расчета СКФ.
- 9.6. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок
- 9.7. Спирография. Основные показатели.
- 9.8. Имидж-диагностика.
- 9.9. ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.
- 9.10. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
- 9.11. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
- 9.12. Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца
- 9.13. Электрокардиограмма при нарушении функции проводимости
- 9.14. Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков
- 9.15. Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом повреждении и некрозе сердечной мышцы
- 9.16. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

Уровень освоения умений:

- 1- иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению
- 2 - знать, оценить, принять участие
- 3 - выполнить самостоятельно

Терапевтический блок		
а) клиническое обследование больного		
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.	3
2.	Определение признаков клинической и биологической смерти.	2-3
б) лабораторные и инструментальные исследования		
1.	Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока	3
	Время свертываемости, время кровотечения, протромбиновый индекс	2
2.	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови	2
3.	Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита	1-2
	Методика и оценка:	2-3
	- анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого);	1
	- пробы Реберга;	2
	- посева мочи и крови;	2
	- гликемического профиля;	2
	- теста толерантности к глюкозе;	2
	- ацидотеста	1-2
4.	Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон)	1-2
		1
5.	Оценка миелограммы	2-3
6.	Аллергологическое исследование	3
7.	Имунохимическое исследование (иммуноглобулины)	1-2
		2
8.	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	
9.	Спирография.	
	Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта,	1
10	почек, желчных путей, суставов, позвоночника,	2
11	черепа.	2
	Исследования глазного дна.	1
	Специальные исследования:	1-2

	<ul style="list-style-type: none"> - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия); - бронхоскопия; - компьютерная томография; - ЭХО- и доплерокардиография; - УЗИ органов брюшной полости, почек; - пробы с физической нагрузкой; - суточное ЭКГ-мониторирование; - коронаро- и ангиография; - биопсия лимфатических узлов, печени, почек; - магнитно-резонансная томография; - радиоизотопное сканирование; - основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО, фракция выброса, ОПС). 	<p>1-2</p> <p>1-2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1-2</p> <p>1-2</p>
	в) Лечебные и диагностические процедуры	
1.	Подкожные и внутримышечные инъекции.	3
2.	Внутривенные вливания (струйные, капельные).	3
3.	Взятие крови из вены.	3
4.	Определение группы крови, резус-фактора.	2-3
5.	Переливание крови и её компонентов.	2-3
6.	Промывание желудка через зонд.	3
7.	Дуоденальное зондирование.	3
8.	Плевральная пункция.	3
9.	Абдоминальная пункция.	2-3
10	Клизмы (очистительная, лечебная).	3
11	Стернальная пункция.	1
12	Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот».	2-3
13	Электроимпульсная терапия.	1-2
14	Передняя тампонада носа.	2-3
15	Пальцевое исследование прямой кишки.	2-3
16	Пальпаторное исследование внутриглазного давления.	3
17	Туберкулиновые пробы.	2-3
18	Методы экстракорпоральной детоксикации крови	1
19	(гемодиа-лиз, гемосорбция, плазмаферез).	
	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:	3
	- обморок	3
	- гипертонический криз	3-2
	- стенокардия	3-2
	- инфаркт миокарда	2-3
	- отек легких	2-3
	- тромбоэмболия легочной артерии	2-3
	- приступ бронхиальной астмы, астматический статус	2-3
	- острая дыхательная недостаточность	2-3
	- острая артериальная непроходимость	2-3
	- шок (кардиогенный, анафилактический)	2-3
	- пароксизмальная тахикардия, тахиаритмии	2-3
	- приступ Морганьи-Эдемса-Стокса	3
	- желудочно-кишечное кровотечение	2-3
	- легочное кровотечение	3
	- почечная колика	2-3

	<ul style="list-style-type: none"> - кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясная - острые аллергические реакции - ОНМК - острые заболевания органов брюшной полости - синдром дегидратации - психомоторное возбуждение различного генеза 	<p>2-3 2 2-3 2</p>
	г) Документация, организация врачебного дела	
1.	Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни	3
2.	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других	2-3
3.	Рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты.	2-3
4.	Медико-социальная экспертиза:	2-3
	<ul style="list-style-type: none"> - направление на МСЭ - вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности - участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности 	2-3 2-3 2-3
5.	Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности	2-3
6.	Добровольное и обязательное медицинское страхование	1

Карта обеспеченности образовательного процесса учебно-методической литературой

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Амлаева К.Р., Общие и частные вопросы медицинской профилактики [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
5. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
6. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>
7. Рукавицна О.А., Анемии [Электронный ресурс] / под ред. О.А. Рукавицгна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3978-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439784.html>
8. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
9. Мухин Н.А., Профессиональные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.А. Мухин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-3666-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436660.html>
10. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>
11. Гордеев И.Г., Электрокардиограмма при инфаркте миокарда [Электронный ресурс] / И.Г. Гордеев, Н.А. Волков, В.А. Кокорин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3231-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432310.html>
12. Бржеский В.В., Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3779-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437797.html>
13. Гундаров И.А., Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска - к резервам здоровья и социальной профилактике [Электронный ресурс] / И.А. Гундаров, В.А. Полесский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3871-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438718.html>

Дополнительная литература

1. Юренева С. В., Современные подходы к коррекции менопаузальных расстройств [Электронный ресурс] / С. В. Юренева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4108-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441084.html>
2. Котенко К. В., Боль в спине : диагностика и лечение [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438619.html>
3. Багненко С.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
4. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
5. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
6. Давыдкин И.Л., Болезни крови в амбулаторной практике: руководство [Электронный ресурс] / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-2725-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427255.html>
7. Киякбаев Г.К., Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Г.К. Киякбаев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3100-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431009.html>
8. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
9. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
10. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>
11. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>
12. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html>
13. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khi ga>

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ 1. Какие признаки входят в понятие «Суставной синдром»?:

- А) Боль и утренняя скованность в суставах
- Б) Припухлость, деформация, дефигурация суставов
- Г) Ограничение движений в суставах
- Д) Все перечисленное

№ 2. Какие признаки характеризуют боль в суставах воспалительного характера?:

- А) Максимально беспокоит по ночам, сопровождается утренней скованностью
- Б) Возникает при смене положения тела
- В) Купируется покоем
- Г) Усиливается к концу дня
- Д) Сопровождается лихорадкой

№ 3. Какие признаки характеризуют боль в суставах механического характера?:

- А) Усиливается по ночам
- Б) Сопровождается утренней скованностью
- В) Возникает при смене положения тела, усиливается к концу дня, стихает в покое
- Г) Провоцируется погрешностью в диете
- Д) Локализуется в области энтезисов

№ 4. Для какого заболевания характерна механическая боль в суставах?:

- А) Ревматоидный артрит
- Б) Подагра
- В) Анкилозирующий спондилит
- Г) Реактивный артрит
- Д) Остеоартрит

№ 5. Какое заболевание характеризуется симметричным суставным синдромом?:

- А) Остеоартрит
- Б) Ревматоидный артрит
- В) Анкилозирующий спондилит
- Г) Подагра
- Д) Псориатический артрит

№ 6 Укажите изменения при хроническом легочном сердце:

- А) Анемия
- Б) Эритроцитоз
- В) Тромбоцитоз
- Г) Тромбоцитопения
- Д) Бластемия

№ 7. Какие суставы кистей не вовлекаются в патологический процесс при ревматоидном артрите («суставы исключения»?:

- А) Пястно-фаланговые суставы
- Б) Проксимальные межфаланговые суставы
- В) Суставы запястья
- Г) Дистальные межфаланговые суставы
- Д) Суставы пястья

№ 8. Для диагностики какого заболевания необходимо одновременное выполнение рентгенографии суставов и кистей и стоп?:

- А) Анкилозирующий спондилит
- Б) Подара
- В) Остеоартрит
- Г) Ревматоидный артрит
- Д) Реактивный артрит

№ 9. В диагностический алгоритм каких заболеваний входит рентгенологическое или МРТ исследование крестцово-подвздошных сочленений?:

- А) Ревматоидный артрит
- Б) Остеоартрит
- В) Подагра
- Г) Ревматический артрит
- Д) Серонегативные спондилдоартриты

№ 10. Какие показатели включает в себя исследование мочекислового обмена?:

- А) Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови
- Б) Клиренс мочевой кислоты
- В) Суточная экскреция мочевой кислоты с мочой
- Г) Все выше перечисленное
- Д) Уровень мочевины сыворотки крови

№ 11. Какие иммунологические показатели исследуют для диагностики раннего ревматоидного артрита?:

- А) Ревматоидный фактор
- Б) Антинуклеарный фактор
- В) Антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, антитела к цитруллиновому виментину
- Г) Антитела к растворимым внутриядерным антигенам
- Д) АСЛ-О

№ 12. Какие заболевания обычно предшествуют реактивному артриту?:

- А) Кишечная или урогенитальная (хламидийная) инфекция
- Б) Инфекция верхних дыхательных путей
- В) Острая хирургическая патология
- Г) Гипертонический криз
- Д) Травма

№ 13. Риск ССО при Гипертонической болезни II стадии, II степени?:

- А) Низкий
- Б) Средний
- В) Высокий
- Г) Очень высокий

№ 14. Высокое пульсовое давление _____? _____ сосудистые осложнения?:

- А) Снижает
- Б) Не изменяет
- В) Повышает

№ 15. Какой класс препаратов увеличивает вариабельность АД?:

- А) Антагонисты кальция
- Б) Диуретики
- В) Ингибиторы АПФ
- Г) Бета-блокаторы

№ 16. Какие классы препаратов обладают органопротекцией?:

- А) Ингибиторы/сартаны
- Б) Бета блокаторы
- В) Антагонисты кальция
- Г) Диуретики

№ 17. При каком риске ССО сразу необходимо назначать комбинированную антигипертензивную терапию?:

- А) Низком
- Б) Среднем
- В) Высоком
- Г) Очень высоком

№ 18. Какие ингибиторы АПФ с 24-часовым эффектом?:

- А) Периндоприл
- Б) Трандолаприл
- В) Рамиприл
- Г) Лизиноприл

№ 19. Какие классы препаратов обладают нормализацией эндотелиальной дисфункции?:

- А) Ингибиторы АПФ
- Б) Антагонисты кальция
- В) Сартаны
- Г) Бета блокаторы

№ 20. Основной этиологический фактор развития ХСН?:

- А) Гипертоническая болезнь
- Б) ИБС
- В) Пороки
- Г) ХОБЛ

№ 21. Диапазон идеального ЧСС при ХСН?:

- А) 60-65 уд в мин
- Б) 65-70 уд в мин
- В) 70-75 уд в мин
- Г) 75-80 уд в мин

№ 22. Критерии кардиомегалии по торакокардиальному индексу?:

- А) Более 60%
- Б) Более 50%
- В) 40-49%
- Г) 30-39%

№ 23. Дистанция по 6 минутном тесту ходьбы характерная для II ФК СН?:

- А) 100-150 м

- Б) 150-200 м
- В) 300-425 м
- Г) Более 500 м

№ 24. Основные классы лекарственных препаратов при лечении ХСН?:

- А) ИАПФ/Сартаны
- Б) ББ/ингибиторы I_f каналов
- В) Антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- Г) Диуретики
- Д) Сердечные гликозиды

№ 25. Новые классы препаратов введенные в рекомендации по лечению ХСН в 2012 году?:

- А) Ингибиторы I_f каналов
- Б) Антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- В) Диуретики
- Г) Сердечные гликозиды
- Д) Препараты железа
- Е) Цитопротекторы (триметазидин)

№ 26. Нормальный уровень мочевой кислоты в крови у мужчин?:

- А) 320-380 мкмоль/л
- Б) < 420 мкмоль/л
- В) 420-530 мкмоль/л

№ 27. Целевой уровень ХС ЛПНП у пациентов очень высокого кардиоваскулярного риска?:

- А) < 2,5 ммоль/л
- Б) < 3,2 ммоль/л
- В) <1,8 ммоль/л

№ 28. Критерии диагностики гипертрофии левого желудочка по индексу массы миокарда левого желудочка?:

- А) ИММЛЖ ≥ 115 г/м² – для мужчин и ≥ 95 г/м² – для женщин
- Б) ИММЛЖ ≥ 125 г/м² – для мужчин и ≥ 110 г/м² – для женщин
- В) ИММЛЖ ≥ 125 г/м² – для мужчин и ≥ 95 г/м² – для женщин
- Г) ИММЛЖ ≥ 115 г/м² – для мужчин и ≥ 110 г/м² – для женщин

№ 29. Назовите целевой уровень артериального давления у пациентов, страдающих сахарным диабетом?:

- А) <140/90 мм рт. ст.
- Б) <130/85 мм рт. ст.
- В) <140/85 мм рт. ст
- Г) <130/80 мм рт. ст.

№ 30. Гипотензивные препараты для дебютной терапии пациентов, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом или метаболическим синдромом?:

- А) Бета-адреноблокаторы
- Б) Антагонисты кальция
- В) Диуретики
- Г) Блокаторы РААС (ИАПФ или БРА (сартаны))

№ 31. Группы препаратов, улучшающих прогноз пациентов со стабильным течением коронарной болезни сердца?:

- А) Ацетилсалициловая кислота (Аспирин), бета-адреноблокаторы, статины

- Б) Ацетилсалициловая кислота (Аспирин), блокаторы РААС, статины
- В) Ацетилсалициловая кислота (Аспирин), антагонисты кальция, статины
- Г) Ацетилсалициловая кислота (Аспирин), кораксан, статины

№ 32. Тактика ведения пациентов, получающих гиполипидемическую терапию статинами при выявлении у них повышения уровня трансаминаз < 3 ВГН (верхняя граница нормы) на фоне терапии:

- А) Отменить препарат и назначить гепатопротекторы
- Б) Продолжить лечение и повторить анализ через 4-6 недель
- В) Снизить дозу статина и назначить ингибитор абсорбции холестерина или никотиновую кислоту, повторить анализ через 4-6 недель
- Г) Отменить статины и никогда больше их не назначать

№ 33. Для антикоагулянтной терапии с целью профилактики кардиоэмболического инсульта у пациентов с ФП, перенесших инфаркт миокарда, предпочтительными препаратами из группы новых пероральных препаратов являются:

- А) Дабигатран
- Б) Ривароксабан
- В) Апиксабан

№ 34. У каких пациентов не требуется определение кардиоваскулярного риска по модели SCORE?:

- А) С метаболическим синдромом
- Б) С сахарным диабетом
- В) С ишемической болезнью сердца

№ 35. Для С3б стадии ХБП характерно снижение уровня клубочковой фильтрации до:

- А) 30-44 мл/мин./1,73 м²
- Б) 45-59 мл/мин./1,73 м²
- В) 15 -29 мл/мин./1,73 м²

№ 36. В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) осуществляют амбулаторное лечение больных с нефрологическими заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи:

- А) Да
- Б) Нет, это функции врача нефролога

№ 37. ХБП может быть диагностирована, если:

- А) Имеется персистирующая протеинурия в течение 2 месяцев
- Б) СКФ 65 мл\мин
- В) Удвоение правой почки выявлено при УЗИ
- Г) Во всех перечисленных случаях

№ 38. Для оценки функции почек должны быть использованы следующие показатели:

- А) Уровень креатинина
- Б) СКФ
- В) Уровень альбуминурии
- Г) Все перечисленные одновременно

№ 39. Расчетные методы оценки СКФ неприемлемы при:

- А) Беременности
- Б) Печеночной недостаточности
- В) При ожирении
- Г) В детском возрасте

№ 40. Способствуют повышению уровня креатинина:

- А) Ранитидин
- Б) Цимитидин
- В) Омепразол
- Г) Рабепразол

№ 41. При наличии артериальной гипертензии и ХПБ препарат выбора:

- А) Бета-блокатор
- Б) Ингибитор АПФ
- В) Мочегонное
- Г) Антагонист кальция

№ 42. При ХБП 3б стадии из диуретиков предпочтительнее:

- А) Тиазидовые
- Б) Осмотические
- В) Петлевые
- Г) Калийсберегающие

№ 43. Уровень тропонина может быть повышен при СКФ:

- А) < 90 мл/мин
- Б) < 60 мл/мин
- В) < 30 мл/мин
- Г) Во всех перечисленных случаях

№ 44. При назначении ингибиторов АПФ пациенту с ХБП и СН доза препарата может быть увеличена:

- А) Через 1 месяц от начала терапии
- Б) Через 2 недели от начала терапии
- В) Только после контроля СКФ
- Г) При отсутствии протеинурии

№ 45. Маркер тубулярной протенурии:

- А) Миоглобин
- Б) $\alpha 1$ – микроглобулин
- В) $\alpha 2$ – макроглобулин
- Г) $\beta 2$ микроглобулин
- Д) белок Бенс-Джонса
- Е) белок Тамма-Хорсфалла

№ 46. Аллергическая реакция возникает:

- А) При повторном поступлении аллергена
- Б) При первичном поступлении аллергена

№ 47. Аллергеном может выступать:

- А) Гликопротеин
- Б) Соли тяжелых металлов
- В) Ультрафиолетовое излучение
- Г) Средства бытовой химии

№ 48. К факторам риска развития аллергических заболеваний относятся все, кроме:

- А) Семейный анамнез атопии
- Б) Гестоз во время беременности
- В) Курение
- Г) Дефицит массы тела
- Д) Искусственное вскармливание

№ 49. «Атопический марш» - это:

- А) Сочетание нескольких видов сенсибилизации у одного пациента
- Б) Характерная возрастная динамика развития аллергических заболеваний у одного пациента
- В) Клинические проявления различных аллергических заболеваний в кругу семьи

№ 50. При какой патологии сердца наблюдается резкое ослабление тонов:

- А) Митральный стеноз
- Б) Экссудативный перикардит
- В) Гипертоническая болезнь
- Г) Тиреотоксикоз
- Д) Симптоматическая гипертензия

№ 51. Для бытовой сенсибилизации характерны следующие утверждения, кроме:

- А) Эффект провокации-элиминации
- Б) Круглогодичное течение заболевания с обострениями в холодное время года
- В) Усиление симптомов в весенне-летний период
- Г) Усиление симптомов во время домашней уборки

№ 52. Для пыльцевой сенсибилизации справедливы утверждения, кроме:

- А) Сезонности проявлений
- Б) Отсутствия метеозависимости
- В) Наличия перекрестных реакций с пищевыми продуктами
- Г) Непереносимости фитопрепаратов

№ 53. Для лекарственной сенсибилизации справедливы следующие утверждения, кроме:

- А) Возникает при повторном применении лекарства
- Б) Не напоминает побочное действие препарата
- В) Возникает на фоне приема и исчезает после отмены лекарственного средства
- Г) Зависит от концентрации и способа введения препарата
- Д) Зависит от индивидуальной реактивности организма

№ 54. Лекарственная гиперчувствительность относится к:

- А) Прогнозируемым нежелательным явлениям
- Б) Непрогнозируемым нежелательным явлениям

№ 55. Псевдоаллергические реакции на лекарственные средства могут быть обусловлены всем нижеперечисленным, кроме:

- А) Либерации из тучных клеток гистамина
- Б) Активации системы комплемента
- В) Накопления брадикинина
- Г) Нарушения метаболизма арахидоновой кислоты
- Д) Выработки специфических IgG

№ 56. На проведение кожного тестирования может повлиять применение пациентом следующих препаратов, кроме:

- А) Антигистаминных препаратов
- Б) Антилейкотриеновых препаратов
- В) Антидепрессантов
- Г) Глюкокортикоидных гормонов

№ 57. Для антилейкотриеновых препаратов справедливы следующие утверждения, кроме:

- А) Обеспечивают быстрое купирование симптомов
- Б) Обладают бронхолитическим действием
- В) Влияют на бронхоспазм, вызванный физической нагрузкой, холодом и ОРВИ
- Г) Потенцируют действие ГКС и снижают потребность в них
- Д) Могут применяться для монотерапии легкой бронхиальной астмы

№ 58. Для более четкого выявления предсердного зубца Р используют:

- А) Внутрипищеводное отведение
- Б) Отведение Лиана
- В) Леволопаточное отведение
- Г) Все перечисленные

№ 59. Нормальное электрическое положение сердца диагностируют при угле альфа:

- А) $30^\circ > \alpha < 69^\circ$
- Б) $70^\circ > \alpha < 90^\circ$
- В) $0^\circ > \alpha < 29^\circ$
- Г) $91^\circ > \alpha < \pm 180^\circ$

№ 60. Электрическая альтернация сердца по ЭКГ это:

- А) Чередование высоты зубцов ЭКГ
- Б) Чередование направленности зубцов ЭКГ
- В) Чередование вольтажности на пленке ЭКГ
- Г) Чередование частоты ритма на пленке

№ 61. При синусовом ритме, отсутствии гипертрофии и перегрузки предсердий зубец Р:

- А) Может быть двугорбым в левых грудных отведениях
- Б) Отрицателен в отведении avR
- В) Высота не превышает высоту зубца Т в соответствующем отведении
- Г) Продолжительность 0,08_0,12с

№ 62. Какой тип депрессии сегмента ST, наиболее характерный для ишемических изменений:

- А) Косое нисходящее
- Б) С дугой, обращенной выпуклостью кверху
- В) Горизонтальное
- Г) Косое восходящее
- Д) Корытообразное

№ 63. Для ювенильного типа ЭКГ характерно:

- А) Склонность к тахикардии
- Б) Депрессия ST 0,05-0,10 мВ в отведениях V₁-V₂
- В) Отрицательный зубец Т в отведениях V₁-V₂
- Г) Все перечисленное

№ 64. При поражении ЦНС без явной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы на ЭКГ может регистрироваться:

- А) Широкий отрицательный Т
- Б) Узкий глубокий отрицательной Т
- В) Альтерирующий по высоте отрицательной Т
- Г) Все вышеперечисленное

№ 65. При миграции водителя ритма на ЭКГ:

- А) Зубцы Р имеют разную форму
- Б) Длительность интервала PQ переменна
- В) Комплексы QRS не изменены
- Г) Верно все перечисленное

№ 66. Прогностически наиболее неблагоприятны:

- А) Политопные полиморфные экстрасистолы;
- Б) Парные или групповые экстрасистолы;
- В) Ранние экстрасистолы типа R на Т
- Г) Более 120 мономорфных экстрасистол за любой час ЭКГ мониторинга

№ 67. При синоатриальной блокаде 1 степени на ЭКГ:

- А) Изменений нет
- Б) Удлинение интервала PQ более 0,20 с
- В) Ритмированное выпадение всего комплекса PQRS
- Г) Все утверждения неверны

№ 68. Какой метод наиболее точно подтверждает диагноз ТЭЛА?:

- А) Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях
- Б) Сцинтиграфия легких
- В) КТ органов грудной клетки с контрастом
- Г) Определение уровня D-димера количественно

№ 69. Какой показатель крови является основным контрольным при лечении нефракционированным гепарином?:

- А) МНО
- Б) АЧТВ
- В) Ретикулоциты
- Г) Фибриноген

№ 70. Какой показатель крови является наиболее важным при контроле лечения ривароксабаном?:

- А) МНО
- Б) Ретикулоциты
- В) Фибриноген
- Г) Контроль не нужен

№ 71. Выберите препараты 1-й линии для лечения астматического статуса.:

- А) Преднизолон
- Б) Атровент
- В) Эуфиллин
- Г) Магнезия

№ 72. Какой метод введения эуфиллина рекомендован для купирования тяжелого обострения бронхиальной астмы?:

- А) Внутривенно капельно
- Б) Внутривенно струйно
- В) Внутримышечно
- Г) Ингаляционно через небулайзер

№ 73. Какой показатель ФВД является диагностическим критерием интерстициального заболевания легких?:

- А) ОФВ1
- Б) Тест Тиффно
- В) Бронхиальное сопротивление - Raw
- Г) Диффузионная способность легких – DL

№ 74. Что является показанием для медикаментозной литотрипсии?:

- А) Камень более 3 см в диаметре
- Б) Rg-неконтрастные камни
- В) Rg-контрастные камни
- Г) Объем камней более 3\4 пузыря

№ 75. Что является критерием желчекаменной болезни 1 стадии?:

- А) Утолщенные стенки желчного пузыря
- Б) Перегиб желчного пузыря
- В) Эхогенная взвесь в желчном пузыре
- Г) Мелкие камни в желчном пузыре

№ 76. Выберите спазмолитический препарат, обладающий тропностью к сфинктерам :

- А) Но-шпа
- Б) Дюспаталин
- В) Бускопан
- Г) Папаверин

№ 77. Основные формы бронхиальной астмы:

- А) Аллергическая, неаллергическая
- Б) Атопическая, инфекционно-зависимая
- В) Атопическая, аспириновая

№ 78. Бронхоспазм проявляется:

- А) Сухими хрипами на вдохе
- Б) Крепитацией
- В) Сухими хрипами на выдохе
- Г) Влажными крупнопузырчатыми хрипами

№ 79. Для лечения бронхиальной астмы назначают:

- А) Бета-агонисты длительного действия
- Б) Ингаляционные ГКС
- В) Бета-блокаторы
- Г) Ингибиторы АПФ

№ 80. При бронхиальной астме противопоказаны:

- А) Антагонисты рецепторов ангиотензина 2
- Б) Антихолинэргические препараты
- В) Бетаблокаторы
- Г) Сульфат магния

№ 81. Критерии степени тяжести ХОБЛ (GOLD 2014):

- А) Количество обострений в год, ОФВ1, выраженность клинической симптоматики
- Б) ОФВ1, степень легочной гипертензии, результаты САТ-теста
- В) Выраженность одышки по MMRC, рентгенологические изменения в легких, остаточный объем легких

№ 82. Для лечения ХОБЛ могут быть использованы:

- А) Тиотропиум бромид, конкор
- Б) Тиотропиум бромид, небилет
- В) Теофиллины, сингуляр
- Г) Тиотропиум бромид, индакатерол

№ 83. Наиболее эффективный препарат, тормозящий желудочную секрецию из перечисленных:

- А) Фамотидин
- Б) Альмагель
- В) Омепразол
- Г) Гастал

№ 84. Период наибольшей кислотности в «кислотном кармане» желудка возникает:

- А) Натощак
- Б) Во время приема пищи
- В) Через 20 минут после приема пищи
- Г) Через 60 минут после приема пищи

№ 85. Какой препарат следует дополнительно включать во все схемы эрадикации пилорического хеликобактера?:

- А) Альмагель
- Б) Мотилиум
- В) Де-нол
- Г) Фамотидин

№ 86. Резистентность пилорического хеликобактера к какому из перечисленных препаратов наиболее значима в неудаче при его эрадикации:

- А) Де-нол
- Б) Амоксициллин
- В) Метранидазол
- Г) Кларитромицин

№ 87. На каком этапе эрадикации пилорического хеликобактера при Н.р.-ассоциированном хроническом гастрите возможно обратное развитие воспалительных изменений слизистой оболочки желудка?:

- А) Хронический атрофический гастрит
- Б) Хронический атрофический гастрит с метаплазией эпителия
- В) Хронический атрофический гастрит с диспластическими изменениями эпителия
- Г) Поверхностный хронический гастрит без атрофии

№ 88. Дефицит какого панкреатического фермента наиболее значим для развития синдрома мальабсорбции у больных хроническим панкреатитом?:

- А) Трипсин
- Б) Амилаза
- В) Липаза
- Г) Химотрипсин

№ 89. При дисбиозе кишечника возможно появление в кале:

- А) Условно-патогенной флоры
- Б) Снижение лакто- и бифидофлоры
- В) Появление необычных свойств у представителей индигенной флоры
- Г) Все вышеперечисленное

№ 90. Для лечения дисбиоза кишечника используются:

- А) Пробиотики
- Б) Пребиотики
- В) Метабиотики
- Г) Все перечисленное выше

№ 91. Какой из перечисленных симптомов не укладывается в картину синдрома раздраженной кишки?:

- А) Болевой синдром по ходу петель кишечника
- Б) Полифекалия
- В) Вздутие
- Г) Нарушения стула

№ 92. Какой из перечисленных препаратов не применяется при неалкогольной жировой болезни печени?:

- А) Омепразол
- Б) Урсофальк
- В) Метформин
- Г) Симвастатин

№ 93. У больных остеоартрозом при наличии болей и отсутствии проявлений синовита препаратом первой очереди лечения является:

- А) Нестероидный противовоспалительный препарат (неселективный ингибитор ЦОГ1 и ЦОГ2).
- Б) Нестероидный противовоспалительный препарат (селективный ингибитор ЦОГ2).
- В) Парацетамол.

№ 94. К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия, применяемым для лечения остеоартроза, относятся:

- А) Хондроитин сульфат.
- Б) Глюкозамин сульфат.
- В) Сочетание хондроитина сульфата и глюкозамина.
- Г) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- Д) Трентал.

№ 95. Нежелательные эффекты от применения неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов:

- А) Развитие эрозий и язв желудка, кишечника.
- Б) Повышение цифр артериального давления.
- В) Задержка жидкости в организме.
- Г) Нарушение агрегации тромбоцитов.
- Д) Все указанные эффекты.

№ 96. Для преимущественного поражения хвоста поджелудочной железы при хроническом панкреатите характерно:

- А) Гипоавитаминоз
- Б) Гипергликемия
- В) Стеаторея
- Г) Гипокальциемия
- Д) Креаторея

№ 97. У больных пневмонией пожилого и старческого возраста из внелегочных клинических проявлений (внелегочной симптоматики) могут развиваться:

- А) Прогрессирование неврологической симптоматики.
- Б) Необъяснимые падения.
- В) Нарушения ритма сердца
- Г) Появление признаков сердечной недостаточности.
- Д) Декомпенсация сахарного диабета.
- Е) Все из указанных проявлений.

№ 98. Антибиотиками первой очереди для лечения больных нетяжелой внебольничной пневмонии гериатрического возраста являются:

- А) Амоксициллин.
- Б) Цефазолин.
- В) Респираторные фторхинолоны.
- Г) Амоксициллин/клавуланат.

№ 99. В качестве патогенетической терапии для лечения больных нетяжелой внебольничной пневмонии гериатрического возраста являются:

- А) Отхаркивающие средства рефлекторного действия (настои трав)
- Б) Муколитики, мукорегуляторы, обладающие антиоксидантными свойствами, улучшающие выработку сурфактанта.

№ 100. У больных Синдромом хронической усталости, помимо Усталости могут выявляться:

- А) Снижение кратковременной памяти и концентрации внимания.
- Б) Признаки воспаления верхних дыхательных путей (фарингит).
- В) Миалгии, артралгии.
- Г) Головные боли нового для больного типа.
- Д) Сон, не приносящий облегчения.
- Е) Все указанные клинические проявления.

№ 101. В каких случаях при временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая, травмы листок нетрудоспособности выдается в амбулаторно-поликлинических учреждениях с первого дня:

- А) Травма получена на производстве.
- Б) Травма получена в быту.
- В) Травма получена во время очередного отпуска.
- Г) Травма получена при стихийном бедствии.

№ 102. Временная нетрудоспособность продолжительностью 6 дней наступила вне места постоянного жительства. Какой порядок оформления листка нетрудоспособности:

- А) Выдается лечащим врачом.
- Б) Выдается с ведома ВК.
- В) Выдается лечащим врачом и заведующим отделением.
- Г) Выдается только с разрешения главного врача.

№ 103. Больной П., 38 лет, условно-осужденный во время сборки деталей трактора на работе получил тяжелую черепно-мозговую травму и был госпитализирован в стационар. Какой документ, удостоверяющий нетрудоспособность будет выдан больному:

- А) Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а с 6-го дня - листок нетрудоспособности.
- Б) Справка произвольной формы.
- В) Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
- Г) Никакие документы не выдаются.

№ 104. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность будет выдан по уходу за больным ребенком в возрасте 8 лет, если мать находится в отпуске по уходу за другим ребенком в возрасте до 3 лет:

- А) Листок нетрудоспособности.
- Б) Справка о временной нетрудоспособности на период болезни ребенка.
- В) Справка ВК.
- Г) Никакие документы не выдаются.

№ 105. Рабочим Б., 30 лет, дома, в состоянии алкогольного опьянения получена травма. Какой документ удостоверяющий временную нетрудоспособность будет выдан больному:

- А) Листок нетрудоспособности с 1-го дня.
- Б) Листок нетрудоспособности с 6-го дня.
- В) Справка произвольной формы.
- Г) Справка установленного образца.

№ 106. На какой предельный срок выдается листок нетрудоспособности при протезировании в стационаре:

- А) На 10 дней.
- Б) На 30 дней.
- В) На 60 дней.
- Г) На весь период временной нетрудоспособности.

№ 107. Индивидуальный дозиметр следует располагать над фартуком на уровне:

- А) груди
- Б) живота
- В) таза
- Г) под фартуком на уровне таза

№ 108. В участковых больницах и крупных врачебных амбулаториях производится:

- А) рентгеноскопия

- Б) томография
- В) только рентгенография
- Г) функциональные пробы

№ 109. Наиболее часто используемым методом лучевого исследования в участковых больницах и врачебных амбулаториях является:

- А) Дентальная объемная томография
- Б) ПЭТ
- В) МРТ
- Г) Рентгенография

№ 110. Массовые профилактические флюорографические, рентгеноскопические исследования производятся:

- А) детям
- Б) взрослому контингенту с профилактической целью
- В) беременным женщинам
- Г) контингентам риска

№ 111. Каждый врач-рентгенолог должен повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже:

- А) 2 лет
- Б) 5 лет
- В) 7 лет
- Г) 10 лет

№ 112. Объемная рентгенограмма (стереорентгенограмма) может быть получена путем наложения двух снимков:

- А) во взаимно-перпендикулярных проекциях
- Б) произведенных при различном расстоянии фокус - пленка
- В) произведенных при различном расстоянии объект - пленка
- Г) произведенных с двух положений рентгеновской трубки
- Д) на определенном расстоянии между ними

№ 113. Прямое увеличение изображения достигается увеличением:

- А) расстояния фокус - объект
- Б) расстояния фокус - пленка
- В) размеров фокусного пятна
- Г) расстояния объект - пленка

№ 114. На размер полутени вокруг изображения объекта на рентгенограмме не влияют:

- А) крупное фокусное пятно
- Б) малое расстояние фокус - пленка
- В) малое расстояние фокус - объект
- Г) мягкое излучение

№ 115. Сферический объект может изображаться овальной тенью вследствие:

- А) наличия рассеянного излучения
- Б) геометрической нерезкости
- В) динамической нерезкости
- Г) острого угла между пучком рентгеновских лучей и приемником изображения

№ 116. Рентгенологический синдром – это:

- А) совокупность скиалогических признаков патологической тени

- Б) совокупность рентгенологических симптомов, объединенных единым патогенезом
- В) теневая картина, требующая проведения дифференциальной диагностики
- Г) нарушение функционального состояния органа

№ 117. Повышенную вуаль на рентгенограмме могут вызывать все перечисленное, кроме:

- А) слишком длительного проявления
- Б) некачественной пленки
- В) повышенной мощности ламп в неактивных фонарях
- Г) все ответы правильны

№ 118. Все следующие характеристики снимка связаны с условиями фотообработки, кроме:

- А) контрастности
- Б) разрешения
- В) размера изображения
- Г) плотности почернения

№ 119. Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит:

- А) от условий фотообработки
- Б) от типа применяемых экранов
- В) от длительности и условий хранения
- Г) все ответы правильны

№ 120. При стандартном времени проявления 5-6 мин изменение температуры на 2°C требует изменения времени проявления:

- А) на 30 с
- Б) на 1 мин
- В) на 1.5 мин
- Г) на 2 мин
- Д) изменения времени проявления не требуется

№ 121. Проявление рентгенограмм "на глаз" имеет все перечисленные недостатки, кроме:

- А) не полностью используемого проявителя
- Б) заниженной контрастности снимка
- В) завышенной степени почернения снимка
- Г) нивелируется неточность установки режимов рентгенографии

№ 122. Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются:

- А) сульфат бария
- Б) органические соединения йода
- В) газы (кислород, закись азота, углекислый газ)
- Г) все перечисленное

№ 123. Ответственность за проведение рентгенологического исследования несет:

- А) лечащий врач
- Б) пациент
- В) администрация учреждения
- Г) врач-рентгенолог
- Д) МЗ и МП РФ

№ 124. В каких единицах определяется эффективно-эквивалентная доза?

- А) Зиверт
- Б) Рентген
- В) Рад

Г) Джоуль

№ 125. Каковы пределы дозовых нагрузок на пациента при проведении исследований по жизненным показаниям, плановых и профилактических обследований (соответственно)?

- А) 500 мЗв, 50 мЗв и 5 мЗв в год
- Б) 300 мЗв, 30 мЗв и 3 мЗв в год
- В) 200 мЗв, 20 мЗв и 2 мЗв в год
- Г) 100 мЗв, 10 мЗв и 1 мЗв в год

№ 126. Каким показателем определяется дозовая нагрузка на пациента при проведении исследований с применением ионизирующего излучения?

- А) гонадная доза
- Б) поверхностная доза
- В) эффективно-эквивалентная доза
- Г) доза в воздухе

№ 127. В основе санитарного законодательства по вопросам радиационной защиты лежит следующий эффект действия излучения:

- А) возможность возникновения острой лучевой болезни
- Б) возможность возникновения хронической лучевой болезни
- В) возможность отдаленных последствий
- Г) беспороговость стохастического и пороговость нестохастического действия ионизирующего излучения
- Д) возникновение местных острых поражений

№ 128. Если 1 млн человек подверглись облучению в дозе 0.1 бэр каждый, наиболее вероятным эффектом действия ионизирующего излучения является:

- А) нестохастические эффекты
- Б) стохастические эффекты
- В) хроническая лучевая болезнь
- Г) никакого эффекта
- Д) тератогенный эффект

№ 129. Доза облучения пленки для того, чтобы получить нормальную рентгенограмму, должна составить:

- А) 5-10 рентген
- Б) 0.5-1 рентген
- В) 0.05-0.1 рентгена
- Г) 0.005-0.001 рентгена
- Д) доза зависит от чувствительности пленки

№ 130. Наименьшую дозу облучения за 1 процедуру больной получает при проведении:

- А) электрорентгенографии
- Б) рентгеноскопии
- В) рентгенографии
- Г) флюорографии
- Д) рентгенографии с УРИ

№ 131. Наиболее вероятная доза облучения в год (в среднем), полученная врачом в кабинете рентгенодиагностики, составляет:

- А) 0.1-0.5 Р
- Б) 0.5-1.2 Р
- В) 1.5-4 Р

- Г) 5-10 Р
- Д) 10Р

№ 132. Для выявления патологии среднего уха наибольшей разрешающей способностью обладают рентгенограммы черепа:

- А) в проекциях Шюллера и Стенверса
- Б) в проекциях Майера и Стенверса
- В) в проекциях Шюллера, Майера и Стенверса
- Г) в проекциях Шюллера и Майера

№ 133. Оптимальным сочетанием проекций при обследовании больного с вершечной формой мастоидита являются:

- А) проекции Шюллера и Стенверса
- Б) проекции Шюллера и Майера
- В) проекции Майера и Стенверса
- Г) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях

№ 134. Типом строения сосцевидного отростка при патологии является:

- А) пневматический
- Б) склеротический
- В) диплоический
- Г) смешанный

№ 135. Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является:

- А) синусит
- Б) холестеатома
- В) невринома
- Г) евстахиит

№ 136. Кайма остеосклероза по стенкам костного дефекта в среднем ухе наблюдается:

- А) при раке височной кости
- Б) при холестеатоме
- В) при невриноме слухового нерва
- Г) при остеоме

№ 137. К признакам, патогномичным для ушной холестеатомы относятся:

- А) деструкция слуховых косточек
- Б) деструкция верхне-задней стенки наружного слухового прохода
- В) округлой формы костный дефект в аттико-антральной области
- Г) фистула наружного полукружного канала

№ 138. При хроническом среднем отите преобладает:

- А) пневматическая структура сосцевидного отростка
- Б) склеротическая структура сосцевидного отростка
- В) диплоическая структура сосцевидного отростка
- Г) смешанная структура сосцевидного отростка

№ 139. Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показана:

- А) обзорная рентгенография черепа
- Б) рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера
- В) контрастное рентгенологическое исследование уха
- Г) компьютерная томография

№ 140. Для рентгенодиагностики лабиринта и фистулы наружного полукружного канала необходимы:

- А) рентгенограммы в проекции Шюллера
- Б) рентгенограммы в проекции Майера
- В) рентгенограммы в проекции Стенверса
- Г) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции

№ 141. Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невриномы) включает:

- А) склероз пирамиды
- Б) расширение внутреннего слухового прохода
- В) пороз пирамиды
- Г) сужение внутреннего слухового прохода

№ 142. Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов:

- А) шести
- Б) восьми
- В) девяти
- Г) десяти

№ 143. Левое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов:

- А) шести
- Б) восьми
- В) девяти
- Г) десяти

№ 144. Основой сегментарного строения легкого является разветвление:

- А) бронхов
- Б) легочных артерий
- В) легочных вен
- Г) легочных артерий и бронхов

№ 145. В правом легком может быть несколько добавочных долей:

- А) одна
- Б) две
- В) три
- Г) четыре

№ 146. В левом легком может быть несколько добавочных долей:

- А) две
- Б) три
- В) четыре
- Г) пять

№ 147. При пневмотораксе корень легкого смещается:

- А) кверху
- Б) книзу
- В) медиально
- Г) кнаружи

№ 148. Анатомически число зон в одном легком:

- А) четыре
- Б) пять
- В) шесть

Г) семь

№ 149. Наименьшей автономной единицей легкого является:

- А) ацинус
- Б) долька
- В) сегмент
- Г) доля

№ 150. Легочная связка видна на обзорной рентгенограмме:

- А) в прямой проекции на задней рентгенограмме
- Б) в прямой проекции на передней рентгенограмме
- В) в боковой проекции
- Г) в косой проекции

№ 151. Линейные тени известковой плотности локализуются вдоль позвоночника, а в боковой проекции - впереди от него. В этом случае имеет место:

- А) обызвествление стенок магистральных сосудов
- Б) паразиты
- В) обызвествленные лимфоузлы
- Г) организовавшийся натечник

№ 152. Такие же обызвествления в боковой проекции накладываются на тень позвоночника. Скорее всего, это:

- А) обызвествление стенок магистральных сосудов
- Б) цистицеркоз
- В) организовавшийся натечник
- Г) травматический миозит

№ 153. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, располагающаяся в боковой проекции кпереди от позвоночника, обусловлена:

- А) камнем желчного пузыря или общего желчного протока
- Б) почечным камнем
- В) обызвествленным лимфоузлом
- Г) обызвествлением в головке поджелудочной железы

№ 154. Такая же тень в боковой проекции накладывается на позвоночник. Это:

- А) камень желчного пузыря или ходедоха
- Б) камень почки или верхней трети мочеточника
- В) обызвествление в головке поджелудочной железы
- Г) обызвествленный лимфоузел

№ 155. Наиболее достоверные диагностические данные о состоянии селезенки получают:

- А) при обзорной рентгенографии живота
- Б) при рентгенографии в условиях пневмоперитонеума
- В) при УЗИ
- Г) при ангиографии

№ 156. Аномалии развития селезенки(изменение формы, удвоение, хвостатая селезенка)и ее необычное расположение наиболее достоверно можно установить с помощью:

- А) обзорной рентгенографии
- Б) рентгенографии в условиях пневмоперитонеума
- В) УЗИ

Г) сцинтиграфин

№ 157. Микрокальцинаты в селезенке и их природа лучше выявляются с помощью:

- А) рентгенографии живота
- Б) пневмоперитонеума
- В) УЗИ
- Г) КТ

№ 158. Рентгенологическое исследование в условиях пневмоперитонеума проводят после введения газа в брюшную полость:

- А) через 20 мин
- Б) через 30 мин
- В) через 40 мин
- Г) через 1-1.5 ч

№ 159. Абдоминальный отдел пищевода по отношению к брюшине располагается:

- А) интраперитонеально
- Б) экстраперитонеально
- В) мезоперитонеально

№ 160. Желудок по отношению к брюшине располагается:

- А) интраперитонеально
- Б) экстраперитонеально
- В) мезоперитонеально

№ 161. Проведение дуктографии противопоказано:

- А) при гнойных выделениях из соска
- Б) при серозных выделениях из соска
- В) при остром воспалительном процессе в молочной железе
- Г) противопоказаний к проведению нет

№ 162. Дифференциальная диагностика между инфильтративно-отечной формой рака молочной железы и воспалительным процессом основана:

- А) на изменении размеров молочной железы
- Б) на диффузной перестройке структуры молочной железы
- В) на утолщении кожи молочной железы
- Г) дифференциальная диагностика ограничена

№ 163. Дифференциальную диагностику между узловой формой мастопатии и раком молочной железы позволяет провести:

- А) изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла
- Б) интенсивность тени образования
- В) наличие кальцинатов
- Г) характер контуров образования

№ 164. Для истинной гинекомастии характерно:

- А) увеличение размеров грудной клетки
- Б) наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса
- В) наличие выделений из соска
- Г) наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки

№ 165. Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется:

- А) увеличением калибра сосудов

- Б) увеличением количества сосудистых ветвей
- В) извитостью сосудов
- Г) увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью

№ 166. При аортальном пороке (стенозе устья):

- А) аорта не изменена
- Б) диффузное расширение аорты
- В) локальное расширение восходящего участка
- Г) аорта узкая

№ 167. При аортальном пороке (стенозе устья) наблюдается:

- А) глубокая пульсация всей аорты
- Б) пульсация аорты низкой амплитуды
- В) локальное увеличение амплитуды пульсации восходящего участка аорты
- Г) пульсация не изменена

№ 168. В норме сердечно-легочный коэффициент представляет соотношение:

- А) 1:1
- Б) 1:2
- В) 2:1
- Г) 1:3

№ 169. В левой передней косой проекции определяется симптом "перекреста" по заднему контуру сердца между левым предсердием и левым желудочком. Это может иметь место:

- А) при аортальной недостаточности
- Б) при митральном стенозе
- В) при дефекте межжелудочковой перегородки
- Г) при митральной недостаточности

№ 170. Акинетическая зона в области третьей дуги (прямая проекция) может наблюдаться:

- А) при митральной недостаточности
- Б) при тромбозе ушка левого предсердия
- В) при аортальном стенозе
- Г) при инфундибулярном стенозе легочной артерии

№ 171. Аортальная форма сердца наблюдается:

- А) при митральном стенозе
- Б) при трикуспидальном стенозе
- В) при митральной недостаточности
- Г) при стенозе устья аорты

№ 172. Смещение правого атриовазального угла кверху характерно:

- А) для стеноза устья аорты
- Б) для митрального стеноза
- В) для недостаточности аортального клапана
- Г) для атеросклеретического аортокардиосклероза

№ 173. Смещение правого атриовазального угла вниз характерно:

- А) Для открытого артериального протока
- Б) для митрального стеноза
- В) для стеноза легочной артерии
- Г) для коарктации аорты

№ 174. По правому контуру в прямой проекции могут наблюдаться три дуги:

- А) при коарктации аорты
- Б) при дефекте межпредсердной перегородки
- В) при митральной недостаточности
- Г) при гипертонической болезни

№ 175. Четкая тень всех контуров левого предсердия в прямой проекции может наблюдаться:

- А) при гипертонической болезни
- Б) при дефекте межжелудочковой перегородки
- В) при тетраде Фалло
- Г) при митральной недостаточности

№ 176. К признакам, обычно сопровождающим клиновидную компрессию тела позвонка, относятся:

- А) деформация переднего контура в виде ступеньки или угла
- Б) узелки Шморля
- В) уплотнение костной структуры
- Г) увеличение передне-заднего размера тела
- Д) правильно а) и в)

№ 177. При гидронефрозе наиболее рациональны:

- А) экскреторная урография
- Б) ангиография
- В) ретроградная пиелография
- Г) ультразвуковое исследование
- Д) антеградная пиелография

№ 178. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае:

- А) отсутствия контрастирования чашечек и лоханки
- Б) отсутствия нефрографической фазы
- В) при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена
- Г) сосудистое русло почки не изменено

№ 179. На интенсивность изображения мочевых путей при экскреторной урографии влияют следующие внутривидные факторы:

- А) состояние выделительной функции
- Б) динамика мочевых путей
- В) тонус сосудистого русла
- Г) тип строения чашечно-лоханочной системы

№ 180. На интенсивность изображения мочевых путей влияют следующие экстраренальные факторы:

- А) количество контрастного вещества
- Б) концентрация контрастного вещества
- В) возраст пациента
- Г) сопутствующие заболевания

№ 181. На качестве изображения мочевых путей при экскреторной урографии отражаются:

- А) пожилой возраст
- Б) детский возраст
- В) беременность
- Г) малоподвижный образ жизни
- Д) тяжелые физические нагрузки

№ 182. Контрастированный пищевод в правом переднем косом положении при митральной недостаточности отклонен кзади увеличенным левым предсердием:

- А) по дуге малого радиуса
- Б) по дуге большого радиуса
- В) не отклонен
- Г) по дуге среднего радиуса

№ 183. Рентгенофункциональным признаком митральной недостаточности является:

- А) коромыслоподобные движения между правым предсердием и правым желудочком
- Б) между предсердием и левым желудочком
- В) в пределах одной дуги левого желудочка
- Г) между легочной артерией и левым предсердием

№ 184. Аорта при недостаточности аортального клапана:

- А) расширена на всем протяжении
- Б) расширена в восходящем отделе
- В) сужена на всем протяжении
- Г) диаметр не изменен

№ 185. Дуга левого желудочка в прямой проекции при аортальной недостаточности:

- А) закруглена
- Б) удлинена, имеет пологое очертание
- В) не изменена
- Г) деформирована

№ 186. Амплитуда пульсации аорты при недостаточности клапана аорты:

- А) увеличена в восходящем отделе
- Б) не изменена
- В) уменьшена на всем протяжении
- Г) увеличена на всем протяжении

№ 187. Митрализация аортального клапана выражается в увеличении:

- А) левого предсердия
- Б) правого предсердия
- В) правого желудочка
- Г) левого желудочка

№ 188. Дифференциальная диагностика между аортальным стенозом и аортальной недостаточностью осуществляется по состоянию:

- А) левого желудочка и аорты
- Б) малого круга кровообращения и аорты
- В) правых отделов сердца и левого желудочка
- Г) правого желудочка

№ 189. Дуга левого желудочка при аортальном стенозе:

- А) закруглена
- Б) имеет пологое очертание
- В) не изменена
- Г) деформирована

№ 190. Наилучшей проекцией для выявления обызвествлений митрального клапана является:

- А) передняя прямая

- Б) правая передняя косая (неполный поворот)
- В) левая передняя косая
- Г) левая боковая

№ 191. Малый круг кровообращения при дефекте межпредсердной перегородки:

- А) не изменен
- Б) имеет место гиповолемия
- В) имеет место гиперволемия
- Г) возможны все типы изменений

№ 192. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу на:

- А) костный мозг
- Б) печень
- В) легкие
- Г) желудок
- Д) щитовидную железу

№ 193. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают:

- А) сердечно-сосудистые заболевания
- Б) онкологические заболевания
- В) травмы и отравления

Задача № 1

Больная 32 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение трудоспособности, потемнение кожи, плохой аппетит, тошноту, периодически жидкий стул, головокружение, особенно при перемене положения тела и натошак.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 3 - 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы. Значительное ухудшение самочувствия в течение последнего года. За 3 года болезни потеряла в весе 15 кг. Многократно обращалась к врачам, лечилась у невропатолога по поводу астено-невротического синдрома, без эффекта. Больная была госпитализирована в хирургическую клинику для обследования с подозрением на рак желудка. Тщательное обследование не подтвердило предположение о новообразовании. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Нарастала слабость.

Объективно: состояние тяжелое, резчайшая общая и мышечная слабость, не может сидеть, ходить. Пониженного питания, рост 158 см, вес 48 кг. Кожа темная, цвета загара, особенно лица, шеи, рук (открытых частей тела), сосков, кожных складок. Пигментация буккальной слизистой против коренных зубов. АД 80/40 мм рт. ст., пульс ритмичный 60 уд/мин, слабого наполнения. Границы сердца в норме, тоны сердца чистые. Дыхание в легких ослаблено. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: Эр $2,7 \times 10^{12}/л$, Гем. 52 г/л, цветной показатель - 1,3, Лейк. $3,3 \times 10^9$, соэ - 25, б-0, э-6, п-2, с-42, лимф.- 48, м-2, макроцитоз.

ЭКГ - умеренно выраженные диффузные изменения миокарда, признаки гиперкалиемии.

Задача № 2

Больная 28 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии: с трудом отвечает на вопросы, беспокоит слабость, одышка, не может лежать. Плохой аппетит, тошнота, отеки, кожный зуд.

Анамнез заболевания: страдает сахарным диабетом с 11-летнего возраста. Диабет манифестировал кетоацидозом. С тех пор (17 лет) инсулинотерапия. К своей болезни относилась

несерьезно, нарушала диету, уровень глюкозы на протяжении всех лет (со слов матери) практически всегда был выше 8 - 9 ммоль/л (до 16 - 17 ммоль/л). К врачу обращалась редко. Пять лет назад выявлена артериальная гипертензия. АД в пределах 200/105, 180/110, 170/100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты, в частности ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, принимала нерегулярно. При исследовании мочи в течение последних 6 лет постоянно протеинурия. Суточная потеря белка в течение последнего года 7 - 10 гр. Примерно с этого времени появились отеки, которые резко увеличились к моменту госпитализации, ухудшилось зрение.

Наследственность: в семье и среди кровных родственников больных диабетом нет.

В настоящее время получает 2 инъекции промежуточного инсулина - протофан 10 ед. в 8 часов утра и 16 ед. в 20 часов вечера.

Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное сидячее положение. Бледность кожных покровов. Цианоз губ, кончиков пальцев. Кожа сухая, со следами расчесов. Распространенные папулезные высыпания с некрозом в центре. Отеки стоп, голеней, бедер, поясницы, кистей.

Пульс ритмичный, 110 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 180/100 мм рт. ст.

Границы относительной сердечной тупости значительно расширены влево (до передней аксиллярной линии) и вправо (до l. medioclavicularis). При аускультации сердца - трехтактный ритм, грубый систолический шум над всей поверхностью сердца и грубый шум трения перикарда. Число дыханий 30 мин. При перкуссии легких укорочен тон в нижних отделах, особенно справа. Дыхание везикулярное, в нижних отделах, больше справа - влажные хрипы.

Живот вздут, при перкуссии живота на боку и стоя – четкое притупление перкуторного звука.

Печень выступает на 6 см из-под края реберной дуги, край острый.

Лабораторные данные:

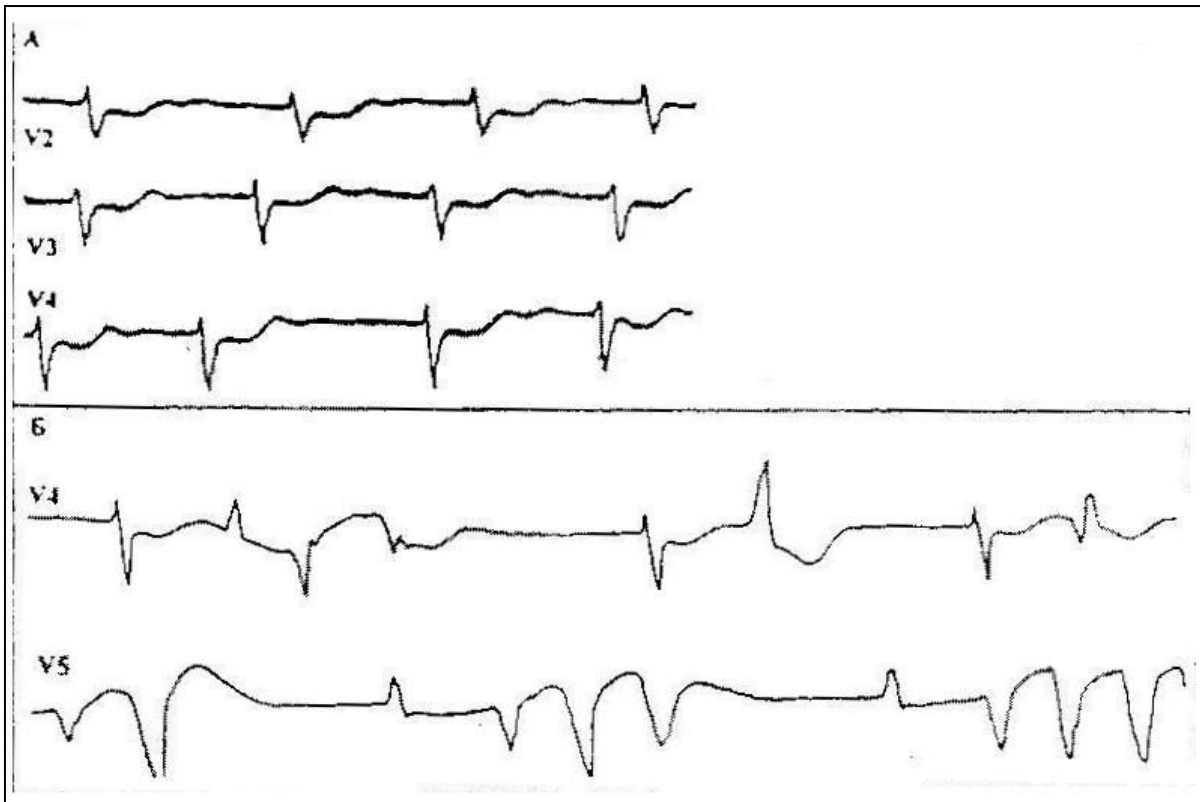
- уровень глюкозы в крови 7,0 ммоль/л (через час после еды);
- проба Реберга: клубочковая фильтрация - 7 мл/мин;
- ЭКГ: гипертрофия левого желудочка;

Задача № 3

К пациентке 73 лет вызвана бригада неотложной помощи, в связи с жалобами на сердцебиение, «перебои» в работе сердца, головокружение, нарастание одышки. Ухудшение в течение последних трех дней. Из анамнеза известно: много лет страдает болями за грудиной при физической нагрузке (ходьба по плоскости в медленном темпе, подъем на 1 пролет лестницы). Последние 5 лет постоянная форма фибрилляции предсердий. Продолжительное время получала терапию нитратами, препаратами калия, сердечными гликозидами, мочегонными. 3 дня назад при контрольной явке в поликлинику снята ЭКГ (рис. А). Даны рекомендации продолжить лечение. Через 3 дня самочувствие больной ухудшилось, появились вышеописанные жалобы.

Объективно: Состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Одышка при незначительной физической нагрузке (больная разделась). Тоны сердца приглушены I>II, шумов не слышно. Границы относительной сердечной тупости: в III межреберье - l.parasternalis + 1.5 см., в V межреберье - l. medioclavicularissinistra. Границы абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС 63/42 удара в минуту аритмичный. ЧДД - 22 в минуту. Дыхание везикулярное. В нижних отделах справа небольшое количество мелкопузырчатых незвучных влажных хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1.5 см выступает из под края реберной дуги по l. mediaclavicularisdextra. Пастозность стоп. Повторно снята ЭКГ (рис. Б.)

Ниже представлены фрагменты ЭКГ. ЭКГ «А» снята в поликлинике; ЭКГ «Б» снята через 3 дня дома.



Задача № 4

Больная 30 лет. Поступила в клинику с жалобами на прогрессирующую мышечную слабость, постоянное ощущение жажды, полиурию, головные боли, боли в пояснице, изменение внешнего вида – перераспределение жира, появление более темной окраски кожи, год назад прекратились месячные.

Из анамнеза известно, что около трех лет назад при случайном измерении артериальное давление оказалось повышенным – 180/120 мм.рт.ст. По этому поводу больная обратилась к врачу. Проведены исследования, которые выявили повышение уровня глюкозы крови натощак – 7,5 ммоль/л; при УЗИ - наличие камней в почках, в анализах мочи – массивную лейкоцитурию. Определялось неравномерное распределение жира – больше в области верхней половины туловища, живота, на лице, шее, и уменьшение на руках, ногах, в области ягодиц. Был поставлен диагноз сахарный диабет тип 2, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, вторичная артериальная гипертензия. Назначена диетотерапия – по поводу сахарного диабета, уросептики и эналаприл в качестве гипотензивного препарата. В дальнейшем при каждом измерении АД оно оказывалось в пределах 180/110 – 190/130 мм.рт.ст. В последующие годы перераспределение жира нарастало, лицо стало круглым, “лунообразным”, появилась явная плетора лица.

Год назад прекратились месячные.

Объективно: имеется умеренное ожирение туловищного типа, индекс массы тела 31 кг/м², ОТ – 92 см, избыток жира на верхней половине туловища, на лице, животе, в области седьмого шейного позвонка, плеторичное лицо. На конечностях и ягодицах жира мало, гипотрофия мышц конечностей. Кожа тонкая, “пергаментная”, пигментированная. Отмечается “мраморность” кожи, многочисленные геморрагии на нижних конечностях. На боковых поверхностях живота и внутренних поверхностях плеч – сине-багровые стрии. Умеренный гипертрихоз. АД 190/130 мм.рт.ст.

В анализах крови выявлено повышение уровня глюкозы крови до 12,2 ммоль/л.

Клинический анализ крови: эритроцитоз, снижено количество лимфоцитов (13%).

Нарушен ритм секреции кортизола, уровень его в плазме крови одинаково высокий утром и вечером.

При проведении ночного теста с 1 мг дексаметазона подавления секреции кортизола не произошло.

Свободный кортизол в моче значительно выше нормы.

Содержание 17 HOCS в суточной моче 21 мг/24 часа, при малой пробе Лиддла (2мг дексаметазона в течение двух дней) – количество 17 HOCS - 20 мг/24 часа.

Задача № 5

Больной 61 год.

Жалобы: на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку и руку, которые сопровождаются чувством страха и холодным потом. Приступы болей возникают при умеренной физической и эмоциональной нагрузке и продолжаются 5-10 минут. Боли купируются нитроглицерином через 2-3 минуты после приема препарата. Также беспокоят боли в нижних конечностях, особенно ночью и при ходьбе, что вынуждает больного останавливаться.

Анамнез заболевания: Считает себя больным более 20 лет, когда впервые была выявлена артериальная гипертензия. Спустя 10 лет появились боли в области сердца. В течение последнего года появилась одышка при подъеме по лестнице. Из-за одышки и болей в ногах не может быстро ходить. В возрасте 54 лет случайно был выявлен сахарный диабет. Лечение только диетой было не эффективно. В настоящее время получает микронизированный манинил. В биохимических анализах: глюкоза натощак от 6,5 до 8,0 ммоль/л, после еды – от 8,5 до 10,2 ммоль/л, триглицериды – 3,3 ммоль/л, HDL-холестерин – 0,7 ммоль/л. АВ анализах мочи – соотношение альбумин/креатинин – 102 мг/г.

Объективно: Состояние больного удовлетворительное. Масса тела избыточная, распределение жира равномерное, в основном в области передней части туловища, живота, верхней половине спины. Индекс массы тела $31,5 \text{ кг/м}^2$. Отношение окружности талии к окружности бедер – 1,3. Кожа нормальной окраски и влажности. Цианоз губ. Лимфоузлы не пальпируются. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 165/98 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости увеличены влево до передней аксиллярной линии в 5-м межреберье. При аускультации 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом во втором м/р справа. Над легкими перкуторный тон легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги по l. medioclavicularis dextra. Пульсация на a.a.dorsalis pedis и на a.a.poplitea практически отсутствует, на бедренных артериях – ослаблена. Нижние конечности холодные. Щитовидная железа не пальпируется. Зрачки реагируют на свет, брюшной и коленный рефлекс в норме.

Задача № 6

58-летняя женщина обратилась к вам в связи с выявленной у нее гипохромной анемией.

При расспросе у нее выявлены: утомляемость, плохая переносимость холода, сонливость, запоры.

В прошлом здорова. Менопауза наступила в 48 лет. Гинекологических заболеваний не было. У матери было заболевание щитовидной железы, по поводу которого она получала лечение мерказолилом.

Данные объективного осмотра: рост – 168 см., вес – 72 кг. Кожные покровы сухие и бледные, периорбитальный отек. щитовидная железа увеличена в размерах, плотная, безболезненная. Пульс 55 уд. в мин., АД 145/95 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков на ногах нет.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гем.- 108 г/л, цв. пок. 0,7, лейкоц. $4,8 \times 10^9/\text{л}$, э-1. б-1, п-4, с-50, лимф.-37, м-6, СОЭ-17 мм/ч.

Холестерин-7,08 ммоль/л;

На ЭКГ – синусовая брадикардия.

При ЭХО-КГ обнаружен умеренный выпот в полости перикарда.

ТТГ – 69 мМЕ/Л (норма 0,24-3,5), Т4- 4,6 пмоль/Л (норма 10-25), захват радиоактивного иода через 24 часа- 23% (норма 10-40%).

Задача № 7

Больная А. 31 года обратилась к вам с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, непереносимость жары, ощущение “песка в глазах”, слезотечение, снижение веса тела на 5 кг за последние 3 месяца, несмотря на хороший аппетит, сердцебиение.

При расспросе выявлено, что у больной частый, кашицеобразный стул, сократилось число дней менструального кровотечения.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные и теплые. Пульс 105 ударов в 1 мин., ритмичный, симметричный. АД 120 и 60 мм.рт.ст. Тоны сердца громкие. Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Экзофтальм, периорбитальный отек, инъекция склеры, отсутствие полного смыкания век. Небольшая отечность век. Щитовидная железа диффузно увеличена, при аускультации над нею выслушивается сосудистый шум. Определяется мелкий тремор вытянутых пальцев рук и век.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

ТТГ 0,02 мМЕ/Л, (норма- 0,24-3,5), Т4- 39 пмоль/Л (норма-10-25), Т3 – 16 пмоль/Л (норма- 4-8).

Захват радиоактивного йода щитовидной железой через 24 часа 87%.

Задача № 8

Е.К., 63 года, пенсионерка.

Жалобы:

Слабость, одышка при физической нагрузке, головные боли, периодические эпизоды головокружения, умеренные боли в позвоночнике и костях таза.

Анамнез заболевания:

Ухудшение самочувствия в течение последнего полугодия, постепенно нарастала слабость, одышка при физической нагрузке появилась 3 мес. назад, по этому поводу обследовалась у пульмонолога, данных за патологию легких не получено, в анамнезе данных за артериальную гипертензию также нет. Ноющие боли в костях с тенденцией к их усилению беспокоят в течение последних 6 месяцев.

Анамнез жизни

В анамнезе контакт с серной и азотной кислотами.

Объективно:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, без иктеричности. Пульс – 74 в 1 мин. АД – 130/80 mmHg. Систолический шум на верхушке. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. в V межреберье. ЧД – 21 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Нижние границы легких в пределах нормы.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Патологических образований в брюшной полости не выявляется. Поколачивание по пояснице безболезненное. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Лабораторные данные:

Гем. – 77 г/л, эр. – $2,2 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 1,0, тр. – 48×10^9 /л, лейкоц. – $3,4 \times 10^9$ /л, э. – 2, п. – 3, с – 23, лимф. – 67, м. – 1. СОЭ - 60 мм/час.

Биохимический анализ

Общий белок – 96 г/л, креатинин – 0,21 ммоль/л, холестерин – 3,2 ммоль/л, билирубин – 5,4 мкмоль/л, АСТ – 23 Е/л, АЛТ – 18 Е/л, калий – 4,3 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,2 ммоль/л, железо – 16 мкмоль/л, альбумин – 30,53 г/л, $\alpha 1$ – 3,46%, $\alpha 2$ – 6,05%, β - 5,53%, γ - 49,54%.

Анализ мочи

Уд. вес – 1013, белок – 1,65 г/л.

Свободные легкие цепи иммуноглобулинов к и λ типа:

	Кровь	Моча
к цепь	3,18 мкг/мл (норма)	5,6 мкг/мл (норма)
λ цепь	24 мкг/мл (N – 0,2-1,2)	0,4 мкг/мл (N – 0,001 – 0,004)

Рентгенография грудного отдела позвоночника: диффузный остеопороз, остеохондроз, клиновидность тел ThVI, VII, VIII; поясничного отдела позвоночника: диффузный остеопороз; костей таза: диффузный остеопороз, очаг деструкции в проекции лонной кости справа диаметром 2 см.

Задача № 9

А.И., 23 г., студент.

Жалобы:

Слабость, головокружение, шум в ушах, высыпания на коже, общее плохое самочувствие.

Анамнез заболевания:

Постепенное ухудшение самочувствия в течение последних 2-х недель, до этого считал себя здоровым. Два дня назад появилась мелкоточечная сыпь на коже обеих голеней, “синячки”.

Анамнез жизни:

Без особенностей.

Объективно:

Общее состояние средней тяжести.

Больной вялый, сознание ясное, адекватно отвечает на вопросы. Кожа и видимые слизистые бледные, без иктеричности. Геморрагическая сыпь и экхимозы на голенях и бедрах. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс – 92 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД – 120/75 mmHg. Систолический шум над верхушкой и в точке Боткина. Частота дыхания – 16 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезнен. Печень увеличена на 1,0 см, безболезненна, край ровный, эластичен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

Гем. – 68 г/л, эр. – $2,1 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,95, тр. – 16×10^9 /л, лейкоц. – $26,4 \times 10^9$ /л, б. – 2, э. – 2, с. – 20, лимф. – 40, м. – 10, бласты – 26.

Цитохимические реакции бластных клеток – пероксидаза-отрицательная, PAS – положительная крупно-гранулярная.

Иммунофенотипирование бластных клеток – CD19+, CD10+, цитоплазматический Jg+, поверхностный Jg -.

Задача № 10

С.А., 47 лет, служащий.

Жалобы:

Не предъявляет.

Анамнез заболевания:

При заполнении санаторно-курортной карты случайно выявлены изменения в анализах крови.

Анамнез жизни:

Проф. вредностей не отмечает.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс – 68 в мин. АД – 135/80 мм рт.ст.

Печень – у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена.

Лабораторные данные:

Гем. – 130 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тр. – 600×10^9 /л, лейкоц. – $28,4 \times 10^9$ /л, э. – 3, б. – 3, миелоциты – 12, мета – 15, п. – 18, с. – 20, лимф. – 30, м. – 5. СОЭ – 7 мм/час.

Задача № 11

Г.В., 18 лет, студент.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39-39,5°, боли в горле, общее недомогание, ломоту во всем теле, боли в правой ноге.

Анамнез заболевания

За сутки до подъема температуры попал в автокатастрофу, в связи с болями в правой ноге был доставлен в травмпункт, где по поводу перелома правой б/берцовой кости наложен гипс и сделана инъекция раствора анальгина. Спустя несколько часов дома появилась фебрильная лихорадка и боли в горле, самостоятельно принимал анальгин.

Анамнез жизни: Без особенностей.

Объективно

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые, $t 39,4^{\circ}$. Зев гиперемирован, миндалины увеличены с 2-х сторон, рыхлые, с некротическими налетами. Пульс 108 в 1 мин., ритмичен. АД – 120/80 mmHg. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧД – 18. Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипов нет.

Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезнен.

Правая нога – в гипсе.

Лабораторные данные

Гем. – 136 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, тр. – $190 \times 10^9/л$, лейкоц. – $0,8 \times 10^9/л$, п. – 1, с. – 2, лимф. – 33, м. – 2 (сосчитано 38 клеток). СОЭ – 28 мм/час.

Задача № 12

К.Л., 68 лет, пенсионерка.

Жалобы

Слабость, снижение работоспособности, увеличение лимфоузлов на шее, в подмышечной области.

Анамнез заболевания

Больная знает об увеличении шейных лимфоузлов (размером 1,5-2 см в диаметре) в течение 1-2 лет, к врачу не обращалась; за эти 2 года отмечала частые простудные заболевания. Слабость выросла в течение последних 3-4 мес.

Объективно

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые; склеры субиктеричные. Увеличенные периферические лимфоузлы: шейные лимфоузлы (3 – справа, 4 – слева) диаметром до 3 см, конгломераты подмышечных лимфоузлов с 2-х сторон диаметром до 5 см, паховые лимфоузлы с 2-х сторон до 2 см в диаметре. Пульс – 98 в мин, ритмичен, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/65 mmHg. ЧД – 18, свободное. Дыхание везикулярное, проводится под всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Печень +1,5 см. край ровный, эластичен.

Селезенка выступает из-под реберной дуги на 5,0 см, эластичная, безболезненна при пальпации, отеков нет.

Лабораторные данные

Гем. – 84 г/л, эр. – $2,1 \times 10^{12}/л$, рет. – 10%, цветной показатель – 0,9, тр. – $180 \times 10^9/л$, лейкоц. – $58 \times 10^9/л$, э. – 1, б. – 1, п. – 3, с. – 19, лимф. – 70, м. – 6. СОЭ – 28 мм/час.

Биохимический анализ

Общий белок – 68 г/л, билирубин – 58 мкм/л, прямой – 6,0 мкм/л, непрямой – 52 мкм/л, АЛТ – 19 Е/л., АСТ – 11 Е/л, щелочная фосфатаза – 93,8 Е/л.

Анализ мочи

Уд. вес – 1013, белок – нет, глюкоза – нет, уробилин +++.

Задача № 13

Ю.А., 36 лет, учительница

Жалобы

Резкая слабость, головокружение, кратковременные обморочные состояния, шум в ушах, резкое снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Ухудшение общего самочувствия в течение 4-6 месяцев, постепенно нарастала слабость, вялость, появились приступы головокружения. Около 2-х месяцев назад в нижних конечностях появилось ощущение “ползания мурашек”. В течение этого же времени больная отмечает склонность к кровоизлияниям на коже после незначительных физических воздействий. К врачу не обращалась.

Анамнез жизни

Аутоиммунный тиреоидит.

Объективно

Общее состояние тяжелое, больная вялая, заторможена. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые бледные. Язык увеличен в размерах, малинового цвета, чистый, без налетов, сосочки сглажены, болезненный. Ангулярный хейлит. Пульс – 100 в 1 мин., ритмичен. Тоны сердца громкие. Систолический шум над верхушкой. ЧД – 18 в 1 мин., свободное. АД – 110/70 mmHg. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненное. Периферических отеков нет.

Лабораторные данные

Гем. – 36 г/л, эр. – $1,2 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 1,1; рет. – 0,5%, тр. – 48×10^9 /л, лейкоц. – $2,4 \times 10^9$ /л, э. – 1, б. – 1, п. – 3, с. – 35, лимф. – 50, м. – 10. СОЭ – 14 мм/час.

Задача № 14

Т.А., 43 года, домохозяйка

Жалобы

Резкая слабость, снижение работоспособности, шум в ушах, головокружение, эпизоды потери сознания, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания

2 недели назад внезапно повысилась температура тела до 38° , без признаков катаральных явлений. На 3-й день температура нормализовалась, но резко выросла слабость, больная с трудом обслуживала себя, тогда же заметила появление желтушности кожи и склер. Вызванный участковый врач госпитализировал больную по скорой помощи.

Анамнез жизни

В течение 15 лет страдает атопической бронхиальной астмой, кортикостероиды никогда не получала.

Объективно

Общее состояние тяжелое, больная вялая, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, без следов расчесов с лимонным оттенком. Склеры субиктеричны. Пульс – 100 в 1 мин., ритмичен. АД – 110/60 mmHg. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧД – 18 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край безболезненный, эластичный, ровный.

Селезенка выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненна при пальпации.

Моча темная. Стул оформлен, обычной окраски.

Лабораторные данные

Эр. – $1,2 \times 10^{12}/л$, гем. – 30 г/л, тр. – $160 \times 10^9/л$, цветной показатель – 1,0, рет. – 20%, лейкоц. – $5,8 \times 10^9/л$, э. – 4, б. – 1, с. – 44, лимф. – 42, м. – 9. СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ

Общий билирубин – 58,0 мкмоль/л, прямой – 12 мкмоль/л, непрямой – 46 мкмоль/л, АЛТ – 18 Е/л, АСТ – 24 Е/л, щелочная фосфатаза – 86 Е/л.

Анализ мочи

Уробилин +++.

Задача № 15

Л.И., 38 лет, служащая

Жалобы

Снижение работоспособности, ноющие боли в области сердца, сохраняющиеся в течение нескольких часов, ощущение нехватки воздуха при подъеме на 4-5 этажи, ноющие боли в мышцах ног, слабость.

Анамнез заболевания

Больная отмечает плохое самочувствие в течение последних 3-5 лет, резкого ухудшения состояния в настоящее время нет.

Анамнез жизни

Профессиональные вредности отрицает. В течение последних 2-х лет – хронический гастрит.

Объективно

Общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ногти – койлонихии. Пульс – 78 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД – 120/75 ммHg. Тоны сердца чистые, шумов нет. Патологическая пульсация на сосудах шеи и на левой половине грудной клетки не определяется. Границы относительной сердечной тупости – в пределах нормы. ЧД – 18 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное, прослушивается над всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезнен в эпигастральной области; в остальных отделах – безболезнен.

Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Периферических отеков нет.

Лабораторные данные

Гем. – 108 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,7, рет. – 1%, тр. – $200 \times 10^9/л$; лейкоц. – $4,8 \times 10^9/л$, э. – 2, б. – 1, п. – 4, с. – 50, лимф. – 37, м. – 6. СОЭ – 14 мм/час. Микроцитоз, анизо- и пойкилоцитоз.

Задача № 16

Больная 38 лет, инженер, обратилась к врачу с жалобами на повторные приступы сердцебиения, возникающие без всяких причин, без какой-либо связи с движением, волнениями, приемом пищи, сопровождающиеся стеснением в груди, нехваткой воздуха, дрожанием всего тела. Приступы купируются только в/в введением новокаинамида. После купирования одного из приступов сердцебиения была кратковременная потеря сознания. Вне приступа беспокоит слабость, быстрая утомляемость, головокружение.

Больной считает себя в течение года. Началось все с недомогания, длительного субфебрилитета, артралгий, перебоев в работе сердца. Ставился диагноз миокардита, лечилась в стационаре. При выписке врачи рекомендовали принимать препараты белладонны, т.к. была постоянная склонность к брадикардии - частота пульса была в пределах 50-55 в 1 минуту.

Три месяца назад возник первый приступ сердцебиения, затем он повторился через три недели, а в последнее время приступы бывают по 3-4 раза в неделю. ЭКГ картина во время приступа:

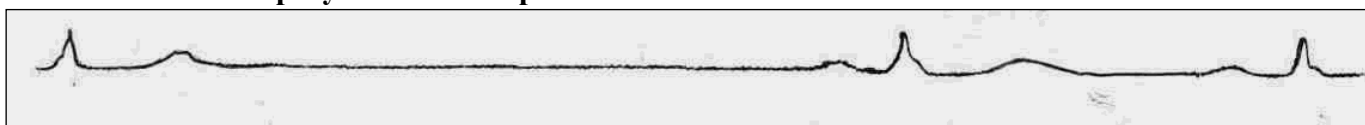


Анамнез жизни: В прошлом практически здорова, серьезных заболеваний не было, всегда была физически активна, ходила на лыжах, посещала бассейн.

Гинекологический анамнез без особенностей, роды 1 без осложнений.

Объективно: В момент осмотра состояние больной удовлетворительное. Пульс 48 в 1 минуту, неритмичный (5-7 выпадений, или пауз, в 1 минуту). АД 130/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в 5 межреберья по среднеключичной линии. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ сразу после осмотра больной:



Задача № 17

Больная К., 19 лет, студентка.

Поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышенную утомляемость, усиливающиеся при малейшей физической нагрузке, “перебой” в работе сердца.

Анамнез заболевания: в детстве перенесла хорею, росла слабым ребенком, часто болела простудными заболеваниями. В 11 лет ей впервые сказали о пороке сердца (каком - сказать затрудняется). На диспансерном учете не состояла. Два года назад на фоне простудного заболевания отмечала боли и припухание коленных и лучезапястных суставов, тогда длительно держалась субфебрильная температура, беспокоила слабость, усилилась одышка, появились колющие боли в сердце и перебои в его работе. Лечилась в стационаре, в участковой больнице. Врачи снова выслушивали “какие-то шумы в сердце”.

Ухудшение самочувствия - нарастание слабости, невозможность выполнения даже небольшой нагрузки - отмечает последние три месяца. Госпитализирована в клинику факультетской терапии.

Объективно: при осмотре обращает на себя внимание цианотичный румянец на щеках, серовато-пепельный оттенок цвета кожи лица, более отчетливый при вставании больной, движении. Пульс 92 в минуту, неритмичный (нечастые экстрасистолы), симметричный, слабого наполнения. АД 110/75 мм рт.ст. Отчетливая эпигастральная пульсация, сердечный толчок. Границы относительной сердечной тупости в III межреберье слева: 1.parasternalissinistra + 1 см и в III - IV межреберьях справа: 1.sternalisdextra + 2 см. При выслушивании сердца - трехчленный ритм, хлопающий I тон, митральный щелчок, акцент и расщепление II тона на легочной артерии, пресистолический шум на верхушке и в точке Боткина. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Задача № 18

Больная З., 43 лет, инвалид II группы.

Жалуется на одышку при небольшой физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, отеки на ногах.

Анамнез заболевания: прежде состояла на диспансерном учете по поводу ревматизма, порока сердца. Три года назад возникли нарушения ритма, самочувствие ухудшилось, появились вышеназванные жалобы; со временем становится все хуже, нарастает одышка, труднее справляться с отеками.

При объективном исследовании обнаружено: акроцианоз, *facies mitralis*, набухшие, пульсирующие шейные вены, выраженная эпигастральная пульсация.

Пульс 96/82 в минуту, аритмичный, разного наполнения, не напряжен. АД 115/65 мм рт. ст. Определяется сердечный толчок. Границы относительной сердечной тупости расширены слева в III и V межреберьях, справа - в III и IV. Первый тон громкий, выслушивается митральный щелчок, акцент II тона на легочной артерии, мезодиастолический шум; у основания мечевидного отростка справа - грубый систолический шум, усиливающийся при задержке дыхания на высоте вдоха.

Дыхание в легких жестковатое, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах. Живот умеренно увеличен. Печень плотная, выступает из-под реберного края на 7 см, пульсирует. Отеки до верхней трети голеней.

Задача № 19

Больная Ф. 32 лет, продавщица

Жалобы и анамнез заболевания: Поступила в кардиологическое отделение на обследование по поводу частых приступов сердцебиения.

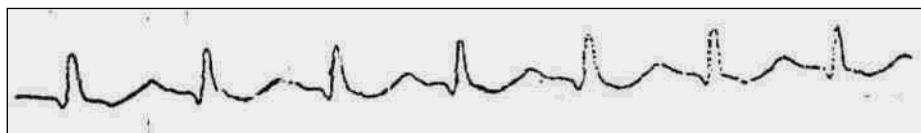
Впервые приступы сердцебиения появились 15 лет назад, возникают чаще при волнении, сопровождаются обычно ощущением пульсации в шее и голове, слабостью, обильным мочеотделением в конце или после приступа.

Сердцебиение обычно продолжалось несколько минут и купировалось самостоятельно. Последние 2 приступа были более длительными. Очередной приступ возник в стационаре и длится уже около 30 минут, сопровождается слабостью и потливостью.

Анамнез жизни: Другие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс слабого наполнения, трудно сосчитать. Число сокращений сердца 160 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст. В легких хрипов нет. Печень не увеличена.

Снята ЭКГ:



Задача № 20

К больной 71 года вызван врач "Скорой помощи".

Жалобы на одышку и сердцебиение в течение 15 минут.

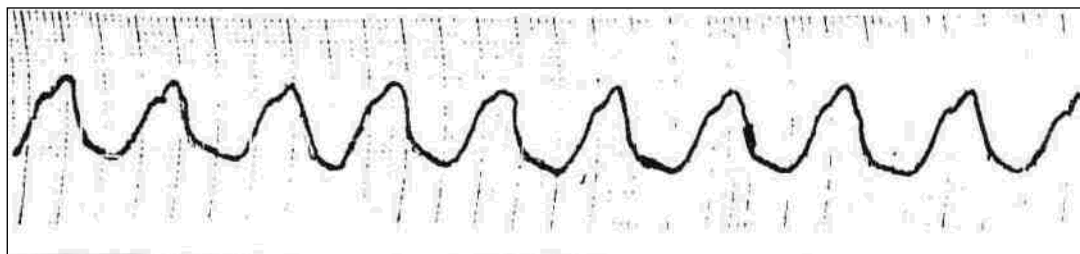
Анамнез заболевания:

Перенесла инфаркт миокарда в 1990 и 2000 г.

Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт ст. При небольшой нагрузке бывают загрудинные боли, которые снимаются нитроглицерином. Отмечает отеки голеней больше к вечеру. Принимает адельфан, фуросемид, дигоксин.

Объективно: Состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД 110/60 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости слева в 5 межреберья: I.medioclavicularissin. + 2 см. I тон ослаблен. Акцент II тона на легочной артерии. Систолический шум на аорте проводится на сосуды шеи. Частота дыхания 26 в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже реберной дуги. Отеки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной:



Задача № 21

К больному А., 46 лет, руководителю отдела, вызван врач "Скорой помощи"

Жалобы на сжатие за грудиной в течение часа с иррадиацией в шею и спину, нехватку воздуха, холодный пот.

Анамнез заболевания: В течении 2-х лет ощущал дискомфорт за грудиной при ходьбе по утрам, когда спешил на работу. К врачам не обращался, иногда пользовался валидолом.

В течение последней недели напряженно работал, были неприятности, даже днем ощущал "давление" за грудиной при подъеме по лестнице. Принимал корвалол. Сегодня ночью многократно появлялись ощущения сжатия за грудиной с кратковременными перерывами, затем боль стала постоянной, в связи с чем и был вызван врач "Скорой помощи"

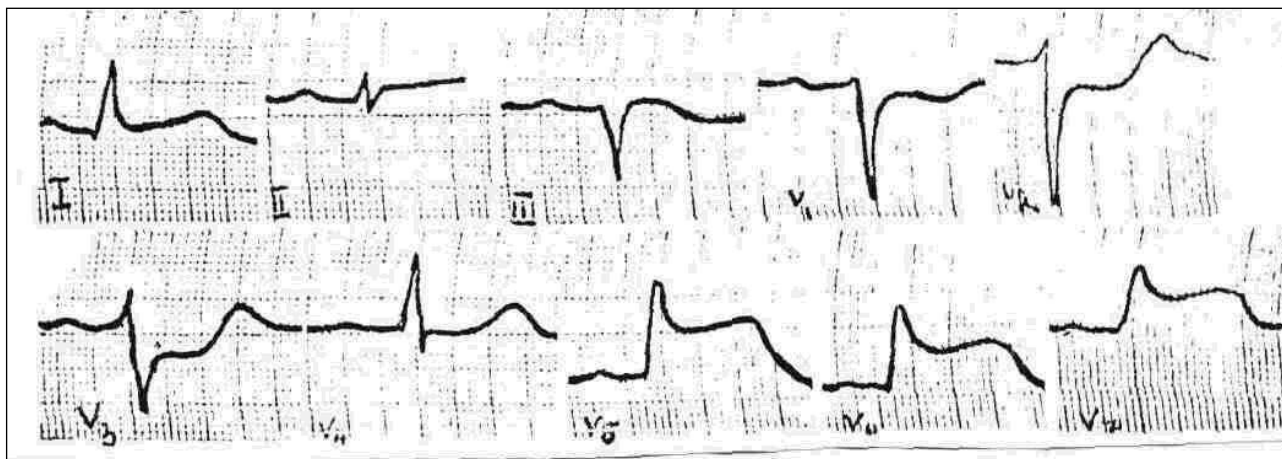
Анамнез жизни:

В детстве перенес скарлатину, корь. Отец умер внезапно в возрасте 50 лет. Мать жива, знает о повышении АД.

Больной много курит, алкоголь не употребляет.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание повышено. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 106 в 1 минуту, ритмичный, малого наполнения. АД 100/60 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости: в 5 межреберья слева на 1,5 см кнаружи от срединноключичной линии. I тон ослаблен, 3-х членный ритм. ЧД-28 в 1 минуту. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

ЭКГ имеет следующий вид:



Задача № 22

Жалобы и анамнез заболевания:

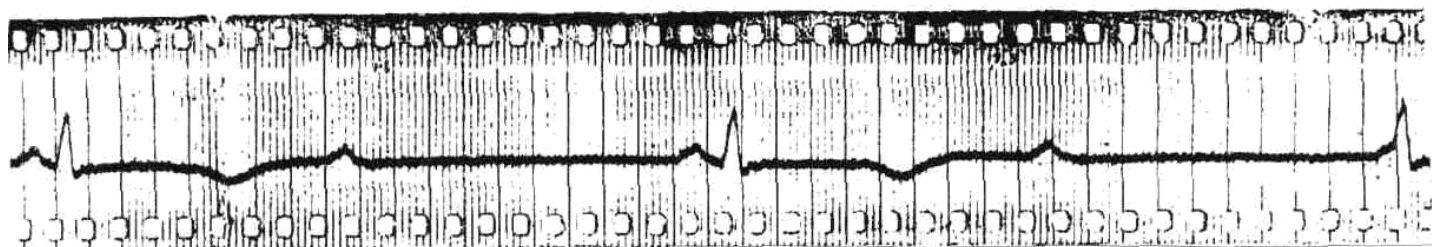
Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, одышку при ходьбе, отеки на ногах, повторные приступы потери сознания.

Перечисленные жалобы появились постепенно 3 месяца назад. Участковый врач объяснил недомогание "возрастом", не обследовал больную, терапии не назначил. Самочувствие ухудшалось, перестала выходить из дома. Неделю назад внезапно стало "плохо", потеряла сознание. Очнулась на полу. Сколько времени длилось это состояние - не знает, дома никого не было. Подобные приступы повторились еще два раза. Вновь обратилась к участковому врачу и с диагнозом "Хроническая церебро-васкулярная недостаточность" госпитализирована.

В прошлом - практически здоровый человек. Ничем серьезным не болела, до последнего времени была активна и бодра.

Объективно: состояние средней тяжести, бледна, акроцианоз, пульсация шейных сосудов. Пульс 39 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 170/80 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево, тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, чувствительная при пальпации. Отеки нижней трети голеней.

ЭКГ:



Задача № 23

Больная В.П., 33-летнего возраста, работает в библиотеке.

Жалобы: на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: В 20-летнем возрасте перенесла ревматизм с формированием комбинированного аортального порока сердца с преобладанием стеноза. В течение последующих десяти лет наблюдалась у ревматолога и регулярно получала профилактику ревматизма. В последние три года состояние сохранялось относительно удовлетворительное, больная отмечала плохую переносимость физических нагрузок, головокружение, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки. После удаления зуба, произведенного три недели назад, почувствовала субфебрильную температуру и познабливание, дважды наблюдала подъем температуры до 38,5С с ознобом, в связи с чем принимала аспирин. Постепенно выросла слабость, усилилось сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Накануне больная отметила кратковременный эпизод потери сознания в связи с чем была госпитализирована.

Объективно: При осмотре больная пониженного питания, кожа и слизистые бледные, на переднебоковой поверхности грудной клетки и шеи определяется петехиальная сыпь. PS-110 в 1 мин., ритмичный, АД=130/50 мм Hg. Тоны сердца: I тон приглушен, II тон ослаблен на аорте. Справа во втором межреберье выслушивается систолический шум с проведением на сосуды шеи; по левому краю грудины в III-IV-ом межреберье слышен нежный диастолический шум. ЧДД-20 в 1 мин., дыхание жесткое, в нижних отделах легких определяются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги по lin. medioclavicularis пальпируется нижний полюс селезенки. Периферических отеков нет.

Лабораторные данные:

Анализ крови:

Эритроциты	2,9x10 ¹² /л
Гемоглобин	100 г/л
Цветной показатель	0,89
Лейкоциты	11,8x10 ⁹ /л
П	12%
Н	80%
Лимфоциты	2%
М	6%
Тр.	140x10 ⁹ /л
СОЭ	46 мм в час

Анализ мочи:

цвет	соломенно-желтый
реакция	кислая
удельный вес	1026
белок	0,231 г/л
сахар	нет
эритроциты	5-7 в п/зр.
лейкоциты	1-3 в п/зр.
цилиндры	4-5 в п/зр.
эпителий	1-4 в п/зр.

Задача № 24

Больная П-ва Г.И., 22 лет, студентка, жалуется на слабость, повышение температуры тела до 37,2-37,6⁰ С, постоянные ноющие боли в прекардиальной области, одышку при повседневных физических нагрузках, периодически возникающие ощущения “перебоев” в работе сердца, сопровождающиеся головокружением.

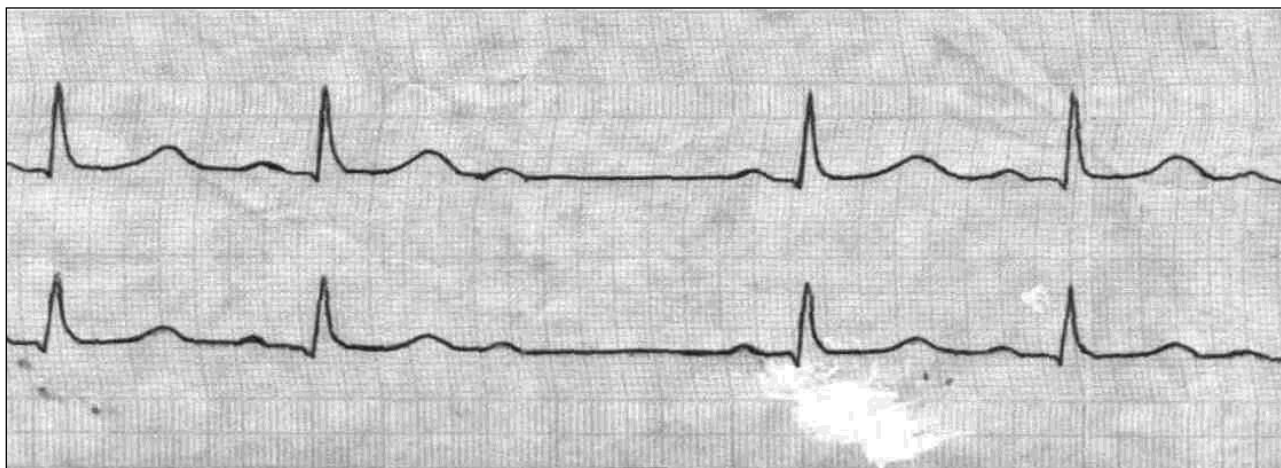
Считает себя больной в течение двух недель, когда после переохлаждения появилась небольшая слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, субфебрильная температура. Симптомы заболевания были выражены умеренно, поэтому к врачу не обращалась, продолжала посещать занятия в институте, лечилась “домашними” средствами. Через несколько дней самочувствие улучшилось, однако вчера появились жалобы на ощущение перебоев в работе сердца и головокружение, послужившие поводом для вызова врача неотложной помощи.

Ранее ничем, кроме редких острых респираторных вирусных инфекций не болела, физические нагрузки переносила хорошо.

Родители здоровы.

Объективно: состояние средней тяжести, небольшой цианоз губ. Пульс аритмичный 68 в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в 5 межреберья слева: на 1 см кнаружи от l. medioclavicularissin. Тоны сердца глухие, выслушивается III тон (ритм галопа), определяется мягкий дующий систолический шум на верхушке сердца и шум трения перикарда в области абсолютной сердечной тупости. Частота дыханий - 22 в минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет.

Зарегистрирована ЭКГ.



Задача № 25

Больной К. 52 лет, инженер-нефтяник, доставлен с работы после короткого эпизода потери сознания. **Жалобы** на сильное сердцебиение, одышку, ощущение сжатия за грудиной при ходьбе, склонность к головокружению при быстром вставании с кровати и физических усилиях.

Анамнез заболевания: за грудинный дискомфорт - сжатие, давление, возникающий при быстрой ходьбе, впервые появились 2 года назад во время длительной командировки в Алжире. К врачам не обращался, но по совету друзей приобрел таблетки нитроглицерина. Пробовал принять лекарство, если отдых быстро не приносил облегчения. Однако, от нитроглицерина часто становилось еще хуже, появлялась слабость, холодный пот и пришлось от него отказаться.

После возвращения за грудинный дискомфорт не беспокоил (ездил на автомашине), но при физической работе на даче чувствовал одышку, которую объяснил "растренированностью". Через месяц одышка усилилась, появился кашель, особенно по ночам. По утрам при вставании немного кружилась голова, но это неприятное ощущение быстро проходило. Сегодня на работе после быстрого подъема на IV этаж (не работал лифт) появилось очень сильное сердцебиение и больной потерял сознание, но быстро пришел в себя. Госпитализирован экстренно специализированной кардиологической машиной скорой помощи.

Анамнез жизни: в детстве развивался нормально, хорошо учился, занимался велоспортом. Считал себя здоровым и полной неожиданностью было освобождение от армейского призыва из-за "шума в сердце". Ни в институте, ни при последующих редких врачебных осмотрах о болезни сердца никто не говорил. Работал в НИИ, 4 года провел в Алжире, где нагрузка была большой. Курил много. Алкоголь употреблял умеренно. Наследственность не отягощена. Бытовые условия хорошие. Женат. Жена и 20-летний сын здоровы.

Объективно: состояние средней тяжести, лежит с высоко приподнятым изголовьем. Отеков нет, легкий цианоз губ. АД - 110/70 мм рт ст, пульс - 96/70 мерцательная аритмия. Патологической

пульсации шейных сосудов нет. При осмотре области сердца виден приподымающий верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см левее от срединноключичной линии. При пальпации систолическое дрожание и во II межреберье справа, которое более четко ощущается при наклоне больного вперед. Границы относительной сердечной тупости слева в III межреберье + 2 см от левой парастеральной линии, в V – по срединноключичной линии, в VI - на 2 см кнаружи от срединноключичной линии.

При аускультации: ослабление I и II тонов сердца, интенсивный скребущий, близкий к “тулу”, систолический шум изгнания с максимумом в III-IV межреберьях. Шум проводится к верхушке сердца, вверх во II межреберье справа и на сосуды шеи. Грудная клетка правильной формы, отставания при дыхании нет. Над легкими перкуторный звук ясный, легочный. Число дыханий 20 в минуту. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон небольшое количество мелких влажных хрипов. Границы печени: относительная печеночная тупость в V межреберье, абсолютная - в VI межреберье, край печени не прощупывается. Селезенка с IX по XI ребро. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные данные:

Анализ крови: Гем.-142 г/л, Эр.- $4,9 \times 10^{12}$, Лейк.- $6,4 \times 10^9$ э-1, п-3, с-64, лимф.-32, СОЭ-10 мм/ч

Анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес -1024, эритроцитов - нет, лейкоциты-0-3 в п. зр., соли - ураты в небольшом количестве.

Задача № 26

Больная 32 лет жалуется на одышку и боли за грудиной при физической и эмоциональной нагрузке, а также приступы головокружения и кратковременной потери сознания, возникающие без видимой причины. Названные симптомы нарастают на протяжении 5 лет. В прошлом перенесла детские инфекции, часто болела ангинами вплоть до тонзиллэктомии в 15-летнем возрасте. В возрасте 20 лет выносила беременность и родила здорового ребенка. Отец больной и дядя умерли внезапно в связи с “сердечным приступом” в молодом возрасте.

При физикальном обследовании обнаруживается грубый систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. Пульс 72 в 1 мин., симметричный, ритмичный, АД 120/80 мм рт.ст. Нет каких-либо других объективных особенностей.

Эхокардиография:

Конечнодиастолический размер ЛЖ - 42 мм

Передне-задний размер лев.предсердия - 44 мм

Толщина задней стенки ЛЖ - 10 мм

Толщина межжелудочковой перегородки - 27 мм

Фракция выброса ЛЖ (по Simpson) - 68 %

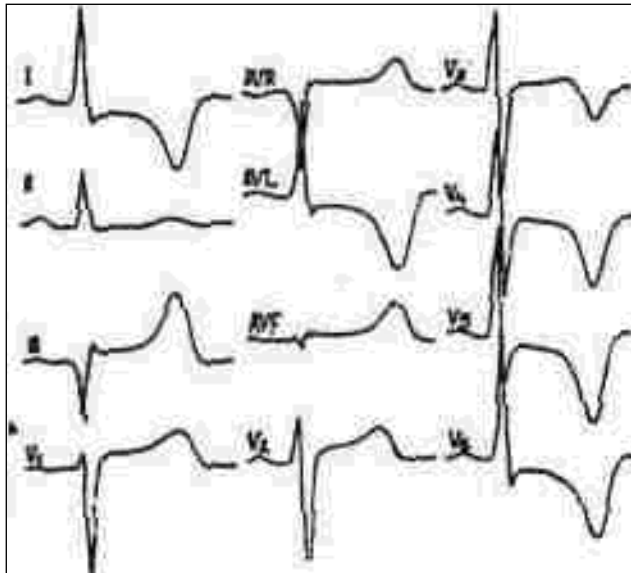
Межжелудочковая перегородка гипокинетична.

Клапаны:

Аортальный – створки не изменены, в выходном тракте ЛЖ градиент давления – 49 мм рт ст., регургитации не определяется.

Митральный – створки не изменены, регистрируется передне-систолическое движение передней створки, лоцируется митральная регургитация 1 степени.

ЭКГ имеет следующий вид:



Задача № 27

Больной 59 лет поступил с жалобами на сильную одышку в покое, сердцебиение, слабость, потерю аппетита.

Ухудшение самочувствия, снижение работоспособности, утомляемость отмечает в течение последних 2 месяцев. Эти явления объяснял увеличением рабочей нагрузки в предыдущее время и к врачам не обращался. Неделью назад заметил сердцебиение, одышку и небольшие боли в левой прекардиальной области двоякого характера: длительная давящая боль, которая отдавала вверх в область плеча и шеи и более острую, но быстро исчезающую боль при глубоком дыхании и кашле. За последние 3 дня боли почти прекратились, но стало трудно дышать, по утрам появились отеки на лице, которые в течение дня “перемещались” и к вечеру отекали ноги. Впервые вчера вызвал врача на дом и был госпитализирован.

Анамнез жизни: с детства не имел проблем со здоровьем. Закончил ЛЭТИ, работал на заводе “Светлана”, профвредностей не было. Питался дома. Алкоголем не злоупотреблял. Наследственность не отягощена. Жена и двое взрослых дочерей здоровы.

Объективно: Состояние средней тяжести. В сознании. Нормостеник. несколько пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноваты, влажные, лицо одутловатое, пастозность стоп. Над ключицей слева увеличенный лимфатический узел, величиной с лесной орех, малоподвижный, но с кожей не спаянный.

Пульс 82 в минуту, слабого наполнения, аритмичный. частота сокращений сердца 110 в минуту, момент выпадения пульса отчетливо совпадает с вдохом.

АД - от 100/60 мм рт ст, до 85/60 мм рт ст. При осмотре области сердца патологических изменений нет. Справа границы относительной сердечной тупости в III и IV межреберьях по парастернальной линии. Границы относительной сердечной тупости слева: во II межреберье – 2 см кнаружи от срединноключичной линии, в III межреберье – 3 см кнаружи от срединноключичной линии в V межреберье – на 4 см кнаружи от срединноключичной линии.

Верхушечный толчок ослаблен и прощупывается в V межреберье на 3 см кнутри от сердечной тупости. Тоны сердца глухие. Шумы не выслушиваются.

Число дыханий 24 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное.

Верхняя граница относительной печеночной тупости в V м/р, край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, чувствительный при пальпации.

Лабораторные данные:

Анализ крови: Гем.- 126 г/л, эр $3,5 \times 10^{12}$, лейко.- $9,2 \times 10^9$, п.-6, с.-68, лимф.- 19, м. - 5, СОЭ- 42 мм в час.

Анализ мочи: прозрачная, желтая, удельный вес-1021, белок - следы, осадок: лейкоциты- 0 - 2 в п. зр., кристаллы трипельфосфата.

Задача № 28

Больная Б-а Т.И. 56 лет, пенсионерка, жалуется на частые головные боли в теменной и затылочной областях, отечность век, кистей рук по утрам, обычно после приема соленой пищи, частые гипертонические кризы.

Впервые повышение АД зарегистрировано в 40-летнем возрасте. АД тогда колебалось от 150/90 до 160/100 мм рт ст. Лечилась клофелином с хорошим эффектом, АД снижалось до 130/80 мм рт ст. Однако лекарства принимала нерегулярно. В последние 5-6 лет самочувствие ухудшилось, АД повысилось до 180/105 мм рт ст., часто появляются гипертонические кризы, при этом отмечается внезапное повышение АД до 230/120 мм рт ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, головокружением, сонливостью, отечностью лица. Возникновение кризов часто связано с резкой переменой погоды или употреблением соленой пищи. Гипертонические кризы обычно купируются введением лазикса и сернокислой магнезии, однако после купирования криза наблюдается выраженная слабость, сердцебиение и перебои в работе сердца, а также ощущение "ползания мурашек", онемения в руках и ногах. В течение последнего года принимает коринфар ретард с неполным эффектом - АД колеблется от 160/100 мм рт. ст. до 180/105 мм рт. ст.

Родители болели гипертонической болезнью. Мать умерла от инсульта, отец - от инфаркта миокарда.

Больная до 55 лет работала участковым терапевтом, последний год - пенсионерка.

Менопауза с 50 лет. С этого времени прибавила в весе 13 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное, избыточного питания с преимущественным отложением подкожной жировой клетчатки на животе и туловище. Рост - 162 см, вес - 80 кг. Небольшая отечность век. Пульс 82 в мин., напряжен, с редкими экстрасистолами. АД на обеих руках при первом измерении 195/110 мм рт ст., при повторном измерении через 3 мин. - 190/106 мм рт ст. Граница относительной сердечной тупости в V межреберье - на 1 см кнаружи от I. medioclavicularis sin. Прощупывается усиленный верхушечный толчок. Акцент II тона на аорте, шумов нет. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

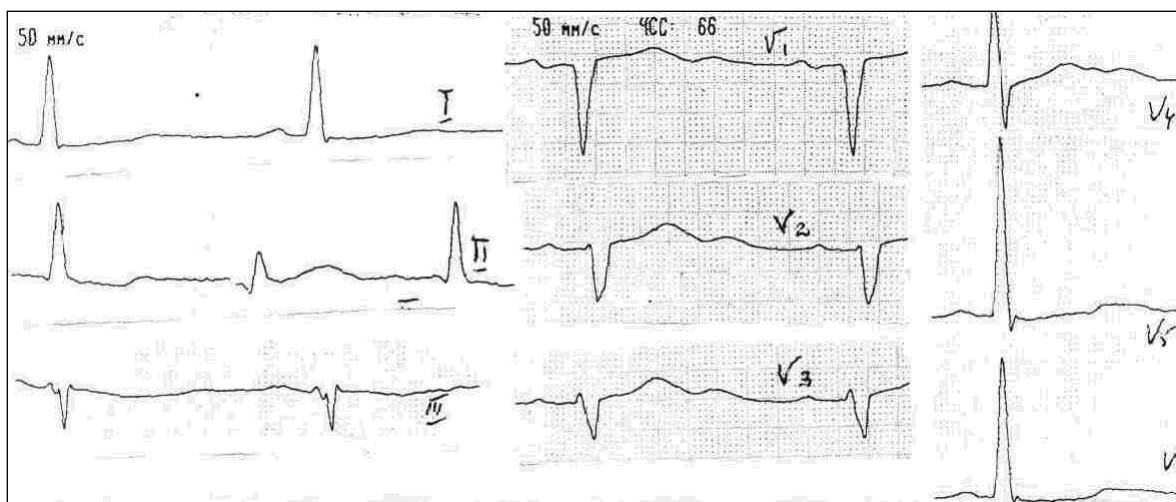
Лабораторные данные:

калий плазмы 3,6 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, коэффициент атерогенности 4,5; креатинин сыворотки крови 0,11 ммоль/л.

Общий анализ мочи без изменений.

Глазное дно: Артерии сужены, вены расширены. Сосок зрительного нерва не изменен.

ЭКГ имеет следующий вид:



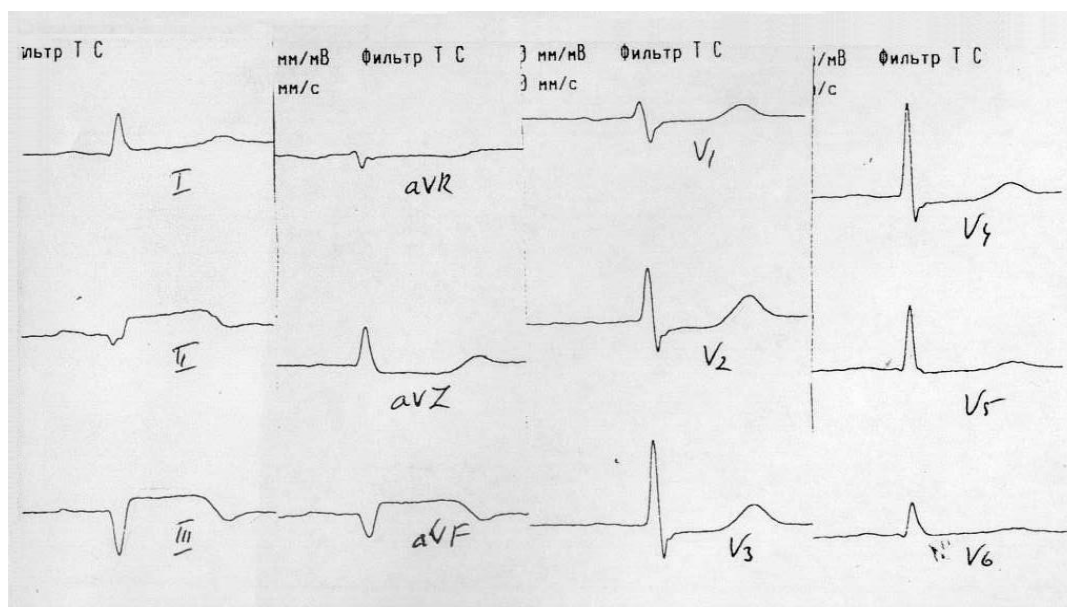
Задача № 29

Больной В., 56 лет, по специальности – слесарь-сборщик, обратился к врачу медсанчасти по месту работы с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую половину шеи, возникающие при минимальной физической нагрузке (практически не может выполнять обычную работу у станка). Боли сопровождаются появлением холодного пота, возникает чувство страха. Подобные боли, но менее интенсивные и без иррадиации в шею, появились пять дней тому назад утром при ходьбе на работу; боли проходили при остановке. По этому поводу к врачу не обращался. Сегодня утром, когда шел на работу, боли возникли повторно при медленной ходьбе на расстояние 50 метров; они были более интенсивные, и впервые появилась иррадиация в шею и левую руку.

В анамнезе у больного имеется артериальная гипертензия, выявлена три года назад при профилактическом осмотре. По этому поводу не обследовался и не лечился. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от инфаркта миокарда. Курит в течение 25 лет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Избыточного питания – вес 90 кг при росте 170 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Пульс ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения, напряжен, число сердечных сокращений 84 в мин. АД = 170/105 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона на аорте. В легких – жесткое дыхание, выдох удлиннен, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп ослаблена.

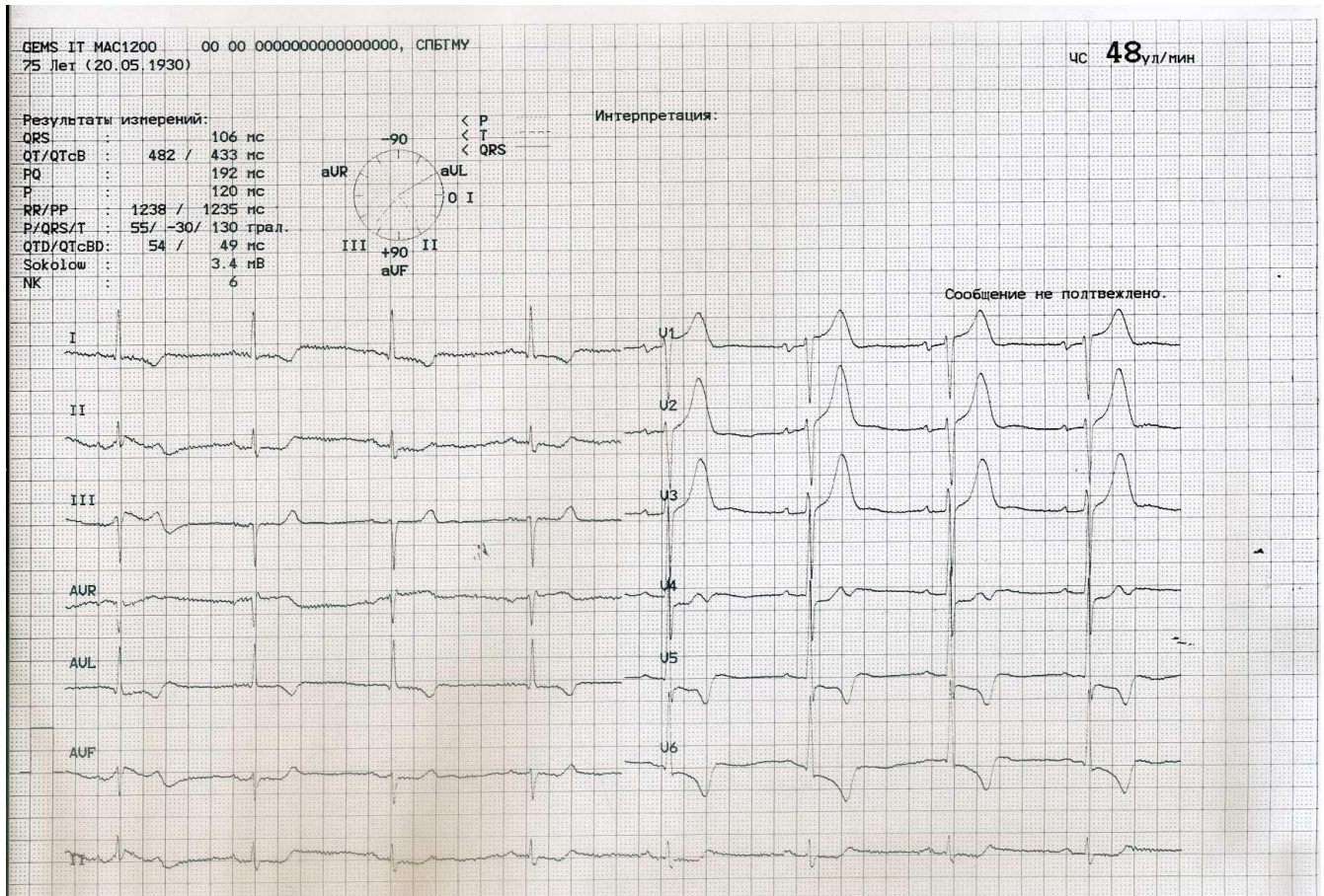
В момент осмотра развился очередной приступ болей за грудиной. Врач срочно снял ЭКГ на высоте болей.



Задача № 30

Больного В., 52 лет, по специальности инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3-П этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приема нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к терапевту в поликлинику. При съемке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Участковый врач рекомендовал прием длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к участковому врачу на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения.



Задача № 31

Больная Ш. 78 лет поступила в терапевтическую клинику 7.08.00 в связи с резкой слабостью, внезапно возникшей одышкой инспираторного характера, сопровождающейся кашлем с обильной розовой мокротой.

Из анамнеза заболевания известно, что 5.08.00 у нее во время уборки квартиры впервые в жизни появились сильные давящие боли за грудиной, длившиеся около 1 часа и сопровождающиеся резкой слабостью. Боли были купированы после приема нитроглицерина и анальгетиков. Далее в течение двух дней беспокоила слабость, перебои в работе сердца, небольшой озноб и субфебрильная температура. Практически все время лежала в кровати. 7.08.00 утром расширила режим и во время уборки комнаты почувствовала внезапную одышку, сопровождающуюся кашлем. Изменение положения тела не принесло облегчения, чувство нехватки воздуха нарастало, и больная вызвала врача. Врач «Скорой помощи» ввел в/в какие-то препараты и госпитализировал больную в стационар.

При поступлении: состояние больной тяжелое, положение вынужденное – сидит, фиксируя руками плечевой пояс. ЧД – 32 в 1 мин. На расстоянии слышны влажные, «клокочущие» хрипы. Акроцианоз. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный. АД = 110/70 мм рт.ст. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в V межреберья слева + 2 см кнаружи от l.medioclavicularissinistra, справа в IV межреберья – l.parasternalisdextra. I тон сердца на верхушке глухой, акцент II тона на легочной артерии, выслушивается интенсивный пансистолический шум регургитации с максимумом над верхушкой, проводится в подмышечную область. В легких дыхание жесткое, множество влажных застойных хрипов, выслушиваемых до 3-го ребра с обеих сторон. Край печени выступает на 1 см ниже края реберной дуги по l.medioclavicularisdex. Свободная жидкость в брюшной полости не

определяется. На

снятой

ЭКГ:



Задача № 32

Больная 75 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке и в положении лежа, слабость, сердцебиение, появление отеков на стопах и голенях к вечеру.

Из анамнеза известно, что в течение многих лет знает о повышении АД до 180/110 мм рт.ст; антигипертензивную терапию регулярно не получала, у врача не наблюдалась. Вышеописанные жалобы появились 2 месяца назад, нарастали по степени выраженности. Другие заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести, акроцианоз, одышка при перемене положения тела, при разговоре. Частота сердечных сокращений - 120 в минуту, частота пульса - 102 в минуту, пульс аритмичный, пульсовые волны разного наполнения. АД = 160/100 мм рт.ст. Границы сердца умеренно расширены влево в 4-5 межреберных промежутках. Тоны сердца аритмичные, I тон ослаблен, трехчленный ритм, выслушивается систолический убывающий шум в точке Боткина, на верхушке, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на аорте. Ортопноэ, ЧД - 26 в минуту. Перкуссия легких без особенностей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы (больше справа - до уровня угла лопатки). Печень выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, край ее округлый, мягкий. Умеренные отеки стоп и голеней.

На рентгенограмме органов грудной клетки определяется увеличение тени сердца влево, признаки венозного застоя, интерстициального отека (более выраженные справа), небольшое количество жидкости в синусах.

ЭКГ имеет следующий вид:

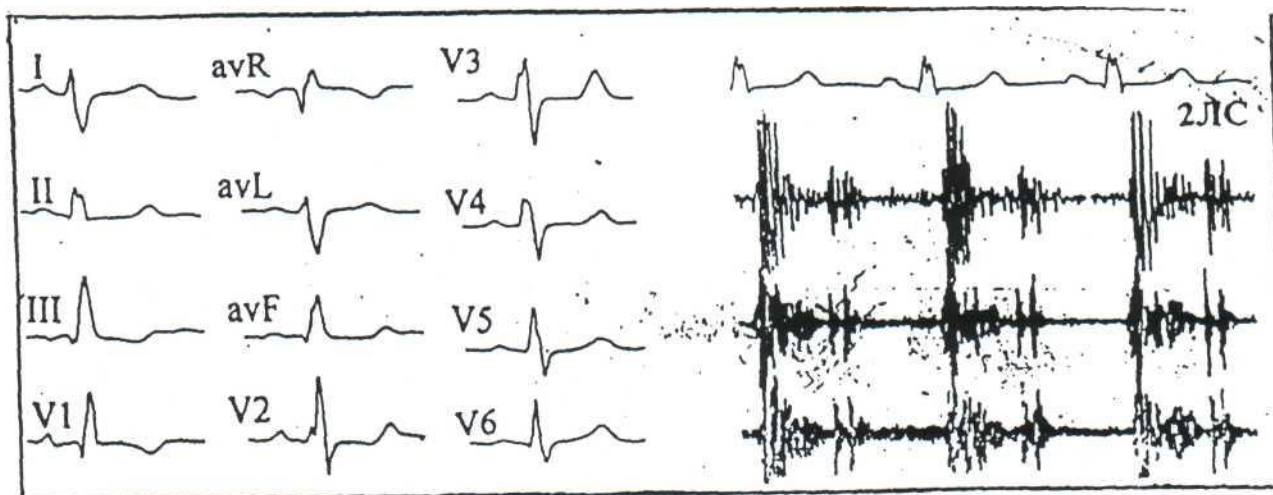


Задача № 33

Пациентка 27 лет, ранее считавшая себя практически здоровой обратилась на прием к врачу в связи с появившейся одышкой при выполнении значительной, а потом обычной физической нагрузки.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожа чистая, цианоза, одышки в покое нет. Пульс 68 ударов в минуту. 2 экстрасистолы за 1 минуту. Тоны сердца сохранены I тон громче II на верхушке, выслушивается систолический шум во втором межреберье слева (точка 2 ЛС), а также отмечается фиксированное расщепление II тона, не связанное с дыханием. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости в пределах нормы.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги по 1. medioclavicularisdextra. Периферических отеков нет.



Задача № 34

Больной Н., 45 лет, инженер.

Жалобы на выраженную слабость, нарастающую адинамию, тошноту, рвоту, понос, судороги, сухость во рту, боли ноющего характера по всему животу.

Анамнез заболевания: Много лет болел туберкулезом легких, снят с учета 2 года назад. В течение последнего года состояние больного ухудшилось: появились повышенная утомляемость, прогрессирующая слабость, исчез аппетит, стал худеть, периодически беспокоили головные боли, тошнота, диарея. Родственники обратили внимание на потемнение кожных покровов у больного. Участковый врач фиксировал понижение артериального давления. Значительное ухудшение самочувствия после трех дней высокой температуры, головной боли, кашля, насморка, когда к этим явлениям присоединились тошнота, рвота, боль в животе, появились судороги, что и послужило поводом для госпитализации в стационар.

Объективно: больной пониженного питания, состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы серовато-коричневого цвета, цианоз губ. Петехии на коже живота. Редкие волосы в подмышечных впадинах. Язык сухой, красный, посередине обложен толстым, желтоватым налетом. Болезненность при поколачивании в области правого реберно-позвоночного угла. Пальпируются слегка увеличенные, болезненные лимфоузлы – шейные, подмышечные, паховые. PS-98 уд в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 85/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Дыхание жесткое. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области

Лабораторные данные:

Гематокрит 42%, сахар крови – 3,6 ммоль/л, Калий сыворотки крови – 6,3 ммоль/л, натрий сыворотки крови – 100 ммоль/л.

Уровень кортизола в крови 40 нмоль/л.

Задача № 35

Больная Т., 62 года, пенсионерка

Доставлена в клинику машиной “скорой помощи” в бессознательном состоянии.

Из анамнеза известно, что болеет сахарным диабетом 10 лет. Получает утром 60 ЕД инсулина (20 ЕД актрапида и 40 ЕД протофана). Состояние больной ухудшилось остро в 15 часов. Со слов дочери, появились резкая общая слабость, потливость, невнятная речь. Дочь дала выпить сладкий чай в 16 часов, но состояние не улучшилось. В 19 часов дочь обнаружила мать

без сознания. Бригада “скорой помощи” ввела больной 20 ЕД инсулина короткого действия и доставила ее в эндокринологическое отделение.

При осмотре: общее состояние тяжелое, больная без сознания, анизокория. Тонус глазных яблок не снижен. Язык влажный. Кожные покровы влажные. Выраженные судороги конечностей, мимических мышц лица. PS 96 уд в минуту, АД 190/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание непроизвольное.

Гликемия – 2,2 ммоль/л, сахара в моче нет.

Задача № 36

Студентка А., 22 лет доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на тошноту, повторную рвоту, боли в животе.

Из анамнеза: в течение 2 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает терапию инсулином: актрапид: 8.00 – 8 ЕД., 19.00 – 6 ЕД.

протофан: 8.00 – 18 ЕД., 19.00 – 22 ЕД.

Три дня назад заболела ангиной, начата терапия антибиотиками. В связи с ухудшением аппетита самостоятельно снизила дозу инсулина на 50%. Глюкозу крови не контролировала. В течение 2 дней нарастала жажда, появилась полиурия, в день госпитализации – повторная рвота и боли в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание сохранено. Кожа сухая, тургор снижен. Язык обложен белым налетом, зев гиперемирован, миндалины отечны, гной в лакунах. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Пульс – 106 уд. в мин., ритмичный.

АД – 100/60 мм рт.ст.

Живот безболезненный при пальпации, кишечные шумы не выслушиваются, имеются симптомы раздражения брюшины.

Лабораторные данные:

Лейкоциты – 14×10^6 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; глюкоза 27,8 ммоль/л; гематокрит – 56%.

Предположительный диагноз хирурга: острая кишечная непроходимость у больной сахарным диабетом.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОСТАВЛЕНИЮ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ИТОГОВУЮ АТТЕСТАЦИЮ

1. Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Законодательные акты и нормативные документы, регламентирующие работу врача общей практики
2. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП.
3. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ
4. Острый коронарный синдром: определение, классификация, диагностика, тактика лечения больных с острым коронарным синдромом.
5. ИБС: стенокардия, классификация, факторы риска, клиника, диагностические методы исследования больных стенокардией.
6. Атипичные формы стенокардии. Дифференциальная диагностика стенокардий.
7. Лечение стенокардии: купирование ангинозного приступа, лечение хронических форм ИБС.
8. Инфаркт миокарда: определение, эпидемиология, факторы риска, классификация.
9. Ангинозная форма инфаркта миокарда, клиника затяжного, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.
10. Атипичные формы инфаркта миокарда, клиника, диагностика.
11. Инфаркт миокарда без зубца Q. Особенности инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.
12. Электрокардиографическая и лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
13. Лечение неосложненного инфаркта миокарда, методы инвазивной терапии ОИМ.
14. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
15. Постстационарная реабилитация больных с инфарктом миокарда: психологическая, физическая реабилитация, экспертиза трудоспособности, медикаментозная вторичная профилактика.
16. Внезапная сердечная смерть, этиология, факторы риска, диагностика, профилактика.
17. Острая сердечная недостаточность. Этиология, клиника, патогенез, диагностика, интенсивная терапия.
18. Дифференциальная диагностика кардиалгий.
19. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии: причины, признаки прекращения кровообращения, основные неспециализированные реанимационные мероприятия, специализированные реанимационные мероприятия.
20. Гипертоническая болезнь. Классификация, стратификация пациентов по степени риска. Патогенетические механизмы эссенциальной гипертензии. Факторы риска возникновения гипертонической болезни. Методы обследования пациентов с артериальной гипертензией.
21. Особенности артериальной гипертензии у женщин в период климакса и менопаузы, при беременности, АГ в сочетании с сахарным диабетом, АГ в пожилом и старческом возрасте.
22. Симптоматические артериальные гипертензии. Диагностика нефрогенных, вазоренальных, эндокринных, гемодинамических, нейрогенных и лекарственных АГ. Принципы лечения.
23. Гипертонические кризы, классификация, патогенез, лечение, показания к госпитализации.
24. Лечение гипертонической болезни, цели терапии, общие принципы ведения больных, мероприятия по изменению образа жизни. Медикаментозная терапия: стратегия стартовой терапии, выбор антигипертензивного препарата при поражении органов-мишеней, ассоциированных клинических состояниях, в особенных клинических ситуациях.
25. Миокардиты: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
26. Кардиомиопатии: классификация, клиника, диагностика, лечение.
27. Миокардиодистрофии, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

28. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения у лиц пожилого и старческого возраста
29. Хроническая сердечная недостаточность, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
30. Клиническая фармакология антиангинальных средств.
31. Клиническая фармакология гипотензивных средств.
32. Клиническая фармакология антиаритмических средств, классификация, общая характеристика, показания и противопоказания к назначению.
33. Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, вторичная профилактика.
34. Пароксизмальные и непароксизмальные желудочковые тахикардии, этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, вторичная профилактика.
35. Фибрилляция предсердий, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения на догоспитальном этапе, показания к госпитализации.
36. Нарушение функции проводимости, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
37. Хирургические методы лечения аритмий.
38. Ревматическая лихорадка: этиология, патогенез, классификация, диагностические критерии, лечение, профилактика, диспансеризация, вопросы МСЭ.
39. Ревматические пороки митрального клапана. Клиника, диагностика, особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Показания к оперативному лечению.
40. Ревматические пороки аортального клапана. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
41. Дифференциальная диагностика при аускультативном синдроме шумов в сердце, тактика врача.
42. Ревматоидный артрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
43. Анкилозирующий спондилоартрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
44. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация, МСЭ.
45. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
46. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика, вопросы МСЭ.
47. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, диагностические критерии, лечение, диспансеризация, МСЭ.
48. Подагра. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика, диспансеризация, вопросы МСЭ.
49. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, принципы лечения, диспансеризация, МСЭ.
50. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, основные клинические синдромы, варианты течения, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
51. Дерматомиозит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
52. Узелковый периартериит. Этиология, патогенез, основные клинические синдромы, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
53. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика врача.
54. Врожденные пороки сердца бледного типа с артериовенозным шунтом: ДМПП, ДМЖП, ОАП. Физикальные признаки, диагностика, показания к хирургическому лечению, профилактика, реабилитация, МСЭ.
55. Врожденные пороки сердца с препятствием выбросу крови из желудочков (стеноз аорты, коарктация аорты, стеноз устья легочной артерии). Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, диспансеризация, реабилитация, МСЭ.

56. Легочная гипертензия. Определение, классификация, этиология острого, подострого, хронического легочного сердца. Диагностика и лечение вторичной легочной гипертензии.
57. Классификация туберкулеза. Особенности современного течения и диагностика.
58. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
59. Острая дыхательная недостаточность, классификация, этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
60. Рак легкого. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
61. Дифференциальная диагностика инфильтративного синдрома.
62. Плевриты. Этиология, клиника, диагностика, лечение сухого и выпотного плеврита.
63. Бронхиальная астма: определение, классификация, методы диагностики.
64. Принципы и особенности современного лечения бронхиальной астмы.
65. Астматический статус: клиника, неотложная помощь.
66. Дифференциальная диагностика при синдроме бронхиальной обструкции.
67. Тромбоэмболия легочной артерии: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Спонтанный пневмоторакс, этиология, диагностика, неотложная помощь.
69. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
70. Пневмония: определение, классификация, показатели степени тяжести пневмонии. Легочные и внелегочные проявления пневмонии. Этиологическая диагностика, осложнения пневмонии.
71. Внебольничная пневмония: определение, особенности этиологии, клиника, диагностика, показания к госпитализации.
72. Саркоидоз легких: этиология, стадии заболевания, клиника, диагностика, лечение.
73. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
74. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, классификация, диагностика, лечение.
75. Острый бронхит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
76. Эмфизема легких: классификация, этиология и патогенез, клиника, диагностика.
77. Принципы лечения внебольничной пневмонии, особенности эмпирического назначения антибиотиков, критерии эффективности и продолжительности антибактериальной терапии.
78. Нозокомиальная пневмония: особенности, факторы риска развития, этиология, диагностика, антибактериальная терапия.
79. Атипичные пневмонии: особенности этиологии, клиника и диагностика микоплазменной, хламидийной, легионеллезной пневмонии. Лечение атипичных пневмоний.
80. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные взгляды на этиологию, клиническую симптоматику, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
81. Хронические гастриты. Особые формы гастритов. Лечение, профилактика.
82. Рак желудка: диагностика, клиническая симптоматика, подход к лечению.
83. Воспалительные заболевания кишечника. Диагностика, клиническая картина, лечение, диспансеризация.
84. Нарушение нормальной микрофлоры кишечника, клинические синдромы, выбор терапии.
85. Синдром раздраженного кишечника. Классификация, современные критерии диагностики (клинические и лабораторно-инструментальные), лечение, профилактика.
86. Хронический панкреатит: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
87. Печеночная недостаточность: классификация, патогенез, клиника, лечение.
88. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагиты. Ахалазия кардии. ГЭРБ. Дифференциальная диагностика.
89. Желчнокаменная болезнь. Хронический бескаменный холецистит: клиника, диагностика, лечение, профилактика.

90. Хронические вирусные гепатиты: этиология, патогенез, клинико-лабораторные проявления, общие принципы лечения, профилактика, диспансеризация.
91. Неалкогольная жировая болезнь печени. Современная трактовка этиопатогенеза, факторы риска, клинико-лабораторные проявления. Лечение.
92. Алкогольные, токсические и лекарственные поражения печени. Диагностика, клиника, лечение.
93. Острый жировой гепатоз у беременных. Внутрпеченочный холестаз при беременности. Диагностика и тактика терапевта.
94. Цирроз печени. Классификация, диагностика, лечение.
95. Портальная гипертензия (ПГ): основные причины, клинические признаки, исследования при ПГ, ведение больных с ПГ.
96. Дифференциальная диагностика при желтухе.
97. Дифференциальная диагностика при «остром животе». Тактика терапевта.
98. Дифференциальная диагностика при гепатомегалиях и гепатоспленомегалии.
99. Последствия желудочной хирургии: диарея, демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гастростаз. Тактика врача ВОП.
100. Сахарный диабет: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, диспансеризация, МСЭ.
101. Диета и медикаментозная терапия при сахарном диабете.
102. Диффузно-токсический зоб: патогенез, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
103. Гипотиреоз: патогенез, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Гипотиреоидная кома, интенсивная терапия.
104. Ожирение: патогенез, этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика различных форм, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
105. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
106. Гормональноактивные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Феохромоцитомный криз.
107. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, прогноз. Гипокортикоидный криз, интенсивная терапия.
108. Нефротический синдром: этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
109. Острый пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.
110. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.
111. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
112. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
113. Амилоидоз почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
114. Поражение почек при сахарном диабете: патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

115. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
116. Хроническая болезнь почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
117. Гемобластозы. Классификация. Острые и хронические лейкозы. Принципы диагностики и лечения.
118. Парапротеинемические гемобластозы. Особенности патогенеза, диагностические критерии, клиника, лечение. Показания к проведению плазмафереза. Вопросы МСЭ.
119. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
120. В₁₂ – дефицитная анемия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
121. Гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
122. Геморрагические диатезы. Классификация, методика обследования, клиника, диагностика. Принципы лечения различных геморрагических диатезов, профилактика, МСЭ.
123. Депрессии кроветворения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика, МСЭ.
124. Лимфопролиферативные заболевания: лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, диспансеризация, МСЭ.
125. Амбулаторное лечение и диспансеризация гематологических больных.
126. Показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.
127. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия ОПГА.
128. Гемолитические кризы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
129. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, интенсивная терапия.
130. Организация работы врача ВОП, права и обязанности. Основные нормативные документы.
131. Организационно-профилактическая работа врача ВОП.
132. Виды медицинских осмотров. Организация периодических медицинских осмотров.
133. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи.

134. Лихорадка неясного генеза, тактика врача ВОП.
135. Острые аллергические реакции: крапивница, отек Квинке, клиника, диагностика, первая врачебная помощь.
136. Лекарственная аллергия
137. Методы лабораторной экспресс-диагностики на дому
138. Ограничения метода ЭхоКГ
139. Основные синдромы ЭКГ.

Организационно-педагогические условия

1.1 Организационно-педагогические условия

Форма обучения: очная с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение слушателями образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения слушателей. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе «AcademicNT».

Освоение очной части программы обеспечено набором мультимедийных презентаций по основным темам программы, нормативно-правовыми документами, набором методическим материалов, контрольными заданиями для оценки достижения результатов обучения.

1.2 Требования к материально-техническому обеспечению

Очная часть обучения проводится на базе кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, расположенной по адресу: 197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д. 6-8, корпус 5. Для организации и ведения образовательного процесса в распоряжении кафедры имеются два конференц-зала и симуляционный класс. Оснащение учебных помещений представлено ниже:

Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
Конференц-зал № 1 - Доска для фломастера-1 шт. -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлиннитель по 1 шт.) - Компьютер - 1 шт. - Столы – 18 шт. - Стулья – 35 шт. - Табуретки- 4 шт. -Вешалки - 3 шт. (2 большие, 1 малая) - Раковина – 1 шт. - Кушетка – 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ
Симуляционный класс -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлиннитель по 1 шт.) - Компьютер - 21 шт. - Столы – 16 шт. - Стулья – 23 шт.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ

<p>Конференц-зал № 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Доска для фломастера-1 шт. -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.) - Компьютер - 1 шт. - Столы – 16 шт. -Стулья – 35 шт. -Табуретки- 2 шт. 	<p>197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ</p>
---	--

1.3 Требования к начальной подготовке, необходимые для успешного освоения программы

Программа предназначена для врачей, имеющих высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия» при наличии послевузовского профессионального образования по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или «Терапия»

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Амлаева К.Р., Общие и частные вопросы медицинской профилактики [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
5. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
6. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>
7. Рукавицына О.А., Анемии [Электронный ресурс] / под ред. О.А. Рукавицына - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3978-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439784.html>
8. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
9. Мухин Н.А., Профессиональные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.А. Мухин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-3666-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436660.html>
10. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>
11. Гордеев И.Г., Электрокардиограмма при инфаркте миокарда [Электронный ресурс] / И.Г. Гордеев, Н.А. Волон, В.А. Кокорин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3231-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432310.html>
12. Бржеский В.В., Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3779-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437797.html>
13. Гундаров И.А., Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска - к резервам здоровья и социальной профилактике [Электронный ресурс] / И.А. Гундаров, В.А. Полесский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3871-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438718.html>

Дополнительная литература

14. Юренева С. В., Современные подходы к коррекции менопаузальных расстройств [Электронный ресурс] / С. В. Юренева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4108-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441084.html>
15. Котенко К. В., Боль в спине : диагностика и лечение [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438619.html>
16. Багненко С.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
17. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
18. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
19. Давыдкин И.Л., Болезни крови в амбулаторной практике: руководство [Электронный ресурс] / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-2725-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427255.html>
20. Киякбаев Г.К., Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Г.К. Киякбаев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3100-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431009.html>
21. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
22. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
23. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>
24. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>
25. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html>
26. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khiga>