

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 № 73 от «06» декабря 2021 г.



Проректор по учебной работе,
д.м.н., профессор А.И.Яременко

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Наименование
программы

**Общая врачебная практика (семейная
медицина)**

(наименование дисциплины)

по
специальности

**31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная
медицина)»**

(наименование и код специальности)

Факультет

Послевузовского образования (далее – ФПО)

(наименование факультета)

Кафедра

Общей врачебной практики (семейной медицины)

(наименование кафедры)

Категория
слушателей

Врач терапевт, врач педиатр

576 часов

Срок обучения

очная

Форма
обучения

Санкт-Петербург

2021

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки (далее ДПП ПП) для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности Общая врачебная практика (семейная медицина) (код специальности 31.08.54, «Общая врачебная практика (семейная медицина)», разработана коллективом кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), утвержденным Приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1097 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 № 34506); Приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29444); Приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696), проектом Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач)" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018) и на основании примерной основной образовательной программы дополнительного профессионального образования по терапии и общей врачебной практике.

ДПП ПП обсуждена на заседании кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФПО «17» ноября 2021 г., протокол № 4

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



(подпись)

Н.Л. Шапорова
(Расшифровка фамилии И. О.)

ДПП ПП одобрена цикловой методической комиссией ФПО «23» ноября 2021 г., протокол № 8.

Председатель цикловой методической комиссии
Профессор, д.м.н.

(ученое звание или ученая степень)


(подпись)

Н.Л. Шапорова
(Расшифровка фамилии И. О.)

Аннотация к дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» объемом 576 часов

Актуальность дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» объемом 576 часов связана с реформированием и модернизацией здравоохранения на фоне интенсивного развития медико-биологических наук, внедрением новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, и обновлением клинических рекомендаций по ведению пациентов с различной патологией внутренних болезней, относящихся к компетенции врача общей практики (семейного врача).

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» объемом 576 часов предназначена для обучения врачей педиатров и врачей терапевтов.

Программа профессиональной переподготовки по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» объемом 576 часов предназначена для освоения вопросов общей врачебной практики (семейной медицины): организационных и юридических аспектов в профессиональной деятельности в общей врачебной практике, изучения вопросов терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики, кардиологии, ревматологии, пульмонологии и аллергологии, гастроэнтерологии, заболеваний мочевыделительной системы, эндокринологии, гематологии, отдельных аспектов неврологии, ЛОР-болезней, офтальмологии, дерматовенерологии, профессиональных, инфекционных болезней и туберкулеза, медицинской психологии в общей врачебной практике, а также вопросов общей хирургии, урологии, интенсивной терапии и реанимации, травматологии и ортопедии, акушерства и гинекологии в ОВП, болезней детей и подростков в работе врача общей практики (семейного врача).

Преподавание ведется профессорами и доцентами кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФПО с привлечением преподавателей других кафедр университета, являющихся лидерами соответствующих разделов внутренней медицины.

Освоение программы предусматривает очное обучение с использованием аудиторных занятий и привлечением электронной образовательной среды университета, а также в симуляционном центре при отработке определённых практических навыков.

Итоговый экзамен проводится в виде тестового контроля и решения клинических задач по материалам, изученным в рамках указанной программы.

СТРУКТУРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

1. ЦЕЛЬ

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

- Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий
- Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
- Учебный, учебно-тематический план дисциплины
- Обучающий симуляционный курс

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

5. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

7. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ОП ДПО
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

8. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ, ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине
- Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
- Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

9. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ), А ТАКЖЕ ДРУГИХ ВИДОВ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ПОСОБИЙ

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке дополнительной профессиональной программы профессиональной
переподготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Дудина Ольга Владимировна	к.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
2.	Яблонская Вера Николаевна	к.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
3.	Филатова Татьяна Анатольевна	нет	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
По методическим вопросам				
9.	Шапорова Наталия Леонидовна	Д.м.н.	Декан факультета послевузовского образования	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

ДПП ПП по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную Университетом с учетом требований рынка труда, на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего образования.

1. Цель реализации образовательной программы

1. Целью ДПП ПП по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Также ДПП ПП направлена на формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области «Общая врачебная практика (семейная медицина)», призвана обеспечить конкурентоспособность обучающихся в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности.

Цель вида профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение, реабилитация заболеваний и/или состояний, сохранение и укрепление здоровья пациентов вне зависимости от возраста, пола и характера заболевания амбулаторно и оказание помощи взрослому населению.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

(включая описание перечня профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате реализации программы)

В результате освоения программы повышения квалификации у слушателя должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Слушатель, освоивший программу повышения квалификации, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

Умеет:

- выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств;
- анализировать и систематизировать любую поступающую информацию;
- выявлять основные закономерности изучаемых объектов.

УК-2. Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

Умеет:

- уважительно принимать особенности других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах;
- терпимо относиться к другим людям, отличающимся по их убеждениям, ценностям и поведению;

- сотрудничать с людьми, различающимися по внешности, языку, убеждениям, обычаям и верованиям.

УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Умеет:

- определять индивидуальные психологические особенности личности больного и типичные психологические защиты;
- формировать положительную мотивацию пациента к лечению;
- достигать главные цели педагогической деятельности врача;
- решать педагогические задачи в лечебном процессе.

Слушатель, освоивший программу повышения квалификации, должен обладать профессиональными компетенциями:

ПК-1. 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 у детей и подростков, 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.

Умеет:

- проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний;
- разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- организовывать и проводить иммунопрофилактику инфекционных заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и контролировать их эффективность;
- обеспечивать необходимой информацией о здоровом образе жизни все социальные и возрастные группы населения;
- проводить мотивационное (поведенческое) консультирование по вопросам здорового образа жизни и факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний (далее ХНИЗ);
- проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях;
- обеспечивать личную и общественную безопасность при обращении с медицинскими отходами в местах их образования;
- проводить профилактические рекомендации семье, имеющей здорового/больного ребенка от 0 до 14 лет и/или подростка: по уходу за новорожденным; естественному и искусственному вскармливанию; образу жизни (рациональное питание, личная гигиена, физическая активность, распорядок дня); иммунизации; воспитанию в семье; по подготовке к детским дошкольным учреждениям и школе; выполнению рекомендаций семейного врача;
- осуществлять продвижение здоровья и профилактику заболеваний репродуктивной сферы, наиболее часто встречающиеся у женщин;

- проводить консультации по вопросам планирования семьи и контрацепции;
- наблюдать за здоровым ребенком. Исследовать и интерпретировать состояние здоровья детей по годам: оценка физического развития; оценка полового созревания; оценка психомоторного развития; комплексная оценка состояния здоровья детей; выделение групп здоровья.

ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

Умеет:

- проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными документами;
- проводить диспансеризацию, скрининг и профилактические осмотры взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития;
- осуществлять мероприятия по диспансеризации, реабилитации и экспертизе трудоспособности беременных и больных гинекологическими заболеваниями;
- планировать и проводить профилактические осмотры в поликлиниках, детских учреждениях, по месту учебы, работы населения.

ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Умеет:

- определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту ;
- проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях;
- осуществлять динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями, по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами инфекционных заболеваний;
- проводить профилактику внутрибольничных инфекций, соблюдать санитарные нормы и правила (далее – СанПиН) в медицинской организации.

ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

Умеет:

- оформлять документацию для направления больных в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- оформлять документацию в связи со смертью пациента;
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности и оформлять листок нетрудоспособности;
- выявлять признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами и оформлять направительные документы для проведения медико-социальной экспертизы;
- вести медицинскую документацию
- осуществлять выписку рецептов лекарственных средств, в том числе содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю ;
- вести учет и отчетность деятельности, согласно утвержденным статистическим формам;
- проводить расчет показателей общественного здоровья; - исследовать и проводить анализ демографических и медико-социальных показателей общественного здоровья населения, прикрепленного к общей врачебной практике: заболеваемость; болезненность (распространенность); заболеваемость с временной утратой трудоспособности; структура заболеваемости, в том числе в различные возрастные периоды; кратность заболеваний;

удельный вес преждевременных родов; число аборт у женщин фертильного возраста; рождаемость населения; общая смертность населения; смертность в возрастно-половых группах населения; структура причин смерти; младенческая смертность; перинатальная смертность; смертность трудоспособного возраста; материнская смертность; естественный прирост населения; миграция населения (число прибывших и выбывших из прикрепленной территории миграционный прирост); показатель средней продолжительности предстоящей жизни; первичная инвалидность; распространенность инвалидности; структура инвалидности;

- применять методы медицинской информатики в общей врачебной практике: работа на персональном компьютере, с пакетом прикладных медицинских программ; создание и ведение базы данных пациентов и их семей; работа в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения); информационно-телекоммуникационная сеть «Интернет»;

- проводить телемедицинские консультации со специалистами и пациентами (их законными представителями);

- применять мобильные телемедицинские комплексы для дистанционного биомониторинга пациентов;

- проводить поиск доказательств в медицинских базах данных для принятия решений в конкретной клинической ситуации и организации работы врача общей практики на основе доказательной медицины;

- работать с персональными данными пациента и сведениями, составляющими врачебную тайну.

ПК–5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ).

Умеет:

- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) и анализировать полученную информацию;

- проводить объективное обследование и оценивать состояние здоровых и больных взрослых пациентов по органам и системам независимо от пола и типа проблем со здоровьем, с учетом возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей, конкретной клинической ситуации и семейных аспектов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- проводить диагностические процедуры, манипуляции и интерпретировать их результаты у взрослых пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- при хирургических заболеваниях; обследование хирургического больного; наблюдение за оперированными пациентами после выписки из стационара; зондирование полостей и свищей; соблюдение асептики и антисептики (техники обработки рук, стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала, утилизация медицинских отходов); пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы; определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с содержимого ран, из уретры;

- при заболеваниях органов зрения: клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века, слезной железы, определение подвижности глазных яблок); осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения; осмотр глубоких сред методом проходящего света; офтальмоскопия; определение остроты зрения; определение цветового зрения; измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия); взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы;

- при болезнях уха, горла, носа: риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия непрямая, отоскопия, отоскопия с помощью оптики, определение проходимости слуховой трубы, речевая аудиометрия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха;
- в акушерстве и гинекологии: наружное обследование половых органов; диагностика беременности и ее срока; наружное акушерское обследование, диагностика и лечение экстрагенитальной патологии у беременных;
- при внутренних болезнях: измерение артериального давления, регистрация и анализ ЭКГ, методика снятия и анализа спирограмм, пикфлоуметрия, пульсоксиметрия, методика чтения рентгенограмм, глюкометрия экспресс-методом; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования крови, мочи, кала, мокроты; исследование экспресс-методом в моче белка, сахара и ацетона; определение бактерий и вирусов экспресс методами;
- при заболеваниях кожи и болезнях, передающихся половым путем: диаскопия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок;
- при исследовании нервной системы: 12 пар черепно-мозговых нервов, патологические рефлексы, менингеальные симптомы, моторные качества (позы, мышечный тонус, контрактуры, атрофия мышц), исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек), тактильная и болевая чувствительность, оценка координации движений;
- при инфекционных заболеваниях и туберкулезе: исследование инфекционных больных, интерпретация пробы Манту; диаскинтест; интерпретация результатов серологических тестов при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях;
- при исследовании пациентов, имеющих психические расстройства и расстройства поведения: оценка риска суицида, оценка курительного поведения и степени табачной зависимости, оценка уровня употребления алкоголя и ассоциированных рисков для здоровья, выявление признаков депрессии, тревожных расстройств, оценка когнитивного статуса;
- при исследовании состояния зубов, слизистой полости рта и языка: методика осмотра полости рта, зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта.
- выполнять диагностические процедуры, манипуляции в соответствии со стандартом, показаний/противопоказаний и с учетом возникновения возможных побочных эффектов/осложнений;
- проводить диагностику и дифференциальную диагностику основных симптомов, синдромов, острых и хронических заболеваний/состояний наиболее часто встречающихся у пациентов врача общей практики по профилям: терапия, включая пульмонологию, кардиологию, гастроэнтерологию, гематологию, эндокринологию, нефрологию, ревматологию, аллергологию; хирургия, включая травматологию, ортопедию, урологию; акушерство и гинекология, неврология, офтальмология, оториноларингология, дерматовенерология, фтизиатрия, инфекционные болезни, психиатрия, профессиональные болезни, стоматология;
- проводить раннюю клиническую (синдромную) диагностику предраковых заболеваний, состояний. Выполнять предварительную диагностику наиболее распространенных злокачественных новообразований по ранним клиническим синдромам;
- определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- проводить обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов. Проводить контроль интенсивности боли и других тягостных для пациента симптомов;
- своевременно выявлять нарушения функций органов и систем для паллиативного лечения в условиях стационара с целью улучшения качества жизни пациентов;
- проводить объективный осмотр пациента с заболеваниями по профилю «терапия»;
- проводить диагностические процедуры, манипуляции пациентам, интерпретировать их результаты в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: измерение артериального давления, регистрация и анализ ЭКГ, спирометрии, пикфлоуметрии, пульсоксиметрии, рентгенограмм; ректоскопия, взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования крови, мочи, кала, мокроты; интерпретация лабораторных, инструментальных и лучевых методов исследования (данных ультразвукового исследования и компьютерной томографии); проведение ректоскопии, электрокардиографии (далее – ЭКГ) проб с физической нагрузкой (велозргометрия), холтеровского мониторинга, суточного мониторинга артериального давления (далее – АД);
- проводить дифференциальный диагноз симптомов, синдромов и заболеваний, формулировать диагноз (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ;
- обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам и интерпретировать их результаты;
- определять медицинские показания к трудоустройству;
- проводить процедуры и манипуляции при оказании акушерской и гинекологической помощи женщинам амбулаторно: двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование; осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах; определение предполагаемой даты родов; ведение физиологической беременности; введение внутриматочных контрацептивов; применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное); взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с шейки матки, влагалища, уретры;
- проводить диагностику и ведение нормально протекающей беременности;
- проводить дифференциальную диагностику физиологических и патологических родов;
- проводить диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, индивидуализированное лечение заболеваний/ состояний в антенатальном, интранатальном и постнатальном периоде, по показаниям, направляя пациенток на консультацию к врачам-специалистам и на госпитализацию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- проводить раннюю и дифференциальную диагностику, профилактику, индивидуализированное лечение часто встречающихся заболеваний репродуктивной сферы; своевременно направлять на консультацию к врачу-специалисту и госпитализацию, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- осуществлять мероприятия по диспансеризации, реабилитации и экспертизе трудоспособности беременных и больных гинекологическими заболеваниями;
- проводить лечебно-диагностические мероприятия детям разных возрастных периодов с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов проблем в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям, с учетом стандартов медицинской помощи амбулаторно;

-исследование состояния здоровья и оказание помощи детям: методы определения функционального состояния организма; выделение групп здоровья детей; комплексная оценка состояния здоровья ребенка; уход за новорожденным; расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери; расчет питания для детей 1-го года жизни; выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала); составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии; применение лекарственных средств у детей (peros, perrectum, в ингаляциях, наружно);

- при хирургических заболеваниях и травмах: наблюдение за оперированными пациентами после выписки из стационара; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с содержимого ран, из уретры; проведение местной инфильтрационной анестезии; первичную хирургическую обработку поверхностных ран; снятие швов, обработка ожоговой поверхности, наложение повязок; переливание кровезаменителей; все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей); капельное и струйное введение лекарств и кровезаменителей, сывороток; временная остановка наружного кровотечения; промывание желудка и кишечника (очистительные клизмы); постановка лечебных клизм; транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;

-при заболеваниях органов зрения: клиническое обследование (сбор жалоб и анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века, слезной железы, определение подвижности глазных яблок); определение остроты зрения; определение цветового зрения; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы; местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней;

-при болезнях уха, горла, носа: риноскопия; фарингоскопия; ларингоскопия непрямая; отоскопия; отоскопия с помощью оптики; определение проходимости слуховой трубы; речевая аудиометрия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха; передняя тампонада носа; введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах); туалет уха; удаление серных пробок; удаление инородного тела из уха и носа; первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины; прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки;

-при кожных болезнях и болезнях, передающихся половым путем: диаскопия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок; применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней; удаление клеща;

- исследовать и интерпретировать неврологический статус: 12 пар черепно-мозговых нервов; патологические рефлексы; менингеальные симптомы; моторные качества (позы, мышечный тонус, контрактуры, атрофия мышц); исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек); исследование тактильной и болевой чувствительности; оценка координации движений;

-при психических расстройствах и расстройствах поведения: оценка когнитивного статуса; нарушения поведения, умственного и психоэмоционального развития;

- проводить экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности детей и подростков;

- определять медицинские показания к посещению детских дошкольных учреждений, школе, занятиям физической культурой и спортом, трудоустройству.

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины).

Умеет:

- проводить лечебные мероприятия, процедуры, манипуляции взрослым пациентам независимо от пола и типа проблем со здоровьем, с учетом возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации,

индивидуально-психологических и семейных аспектов проблем в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:

при хирургических заболеваниях и травмах:

- местную инфильтрационную анестезию; первичную хирургическую обработку поверхностных ран; снятие швов, обработку ожоговой поверхности, наложение повязок; переливание крови и кровезаменителей: все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей); капельное и струйное введение лекарств и кровезаменителей, сывороток; определение индивидуальной и биологической совместимости крови; определение годности крови к переливанию, гемотрансфузия; остановка наружного кровотечения: временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, пальцевым прижатием, сгибанием конечности в суставе, давящей повязкой, тампонадой и наложением зажима в ране; остановка кровотечения гемостатическими веществами местного действия (гемостатическая губка и др.); катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером; промывание желудка через орогастральный и назогастральный зонд; промывание кишечника (очистительные клизмы); постановка лечебных клизм; транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;

при заболеваниях органов зрения:

- оптическую коррекцию зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии; местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней; удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу;

при заболеваниях уха, горла, носа:

- переднюю тампонаду носа; промывание лакун миндалин; введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах); туалет уха; удаление серных пробок; уход за трехеостомой и трахеостомической трубкой; удаление инородного тела из уха и носа; первичную обработку поверхностных ран лица, носа и ушной раковины; прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки;

в акушерстве и гинекологии:

- оказывать первичную врачебную помощь при внебольничных родах;

- при внутренних заболеваниях:

- применение ингаляторов, спейсеров и небулайзеров;

- при кожных болезнях и болезнях, передающихся половым путем: применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней, удаление клеща;

при заболеваниях нервной системы и психоэмоциональной сферы:

- новокаиновые блокады (паравертебральная, циркулярная (футлярная) блокада), назначение лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения;

- назначать лекарственные средства, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания;

- проводить обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- планировать и оказывать паллиативную медицинскую помощь с учетом культурных, религиозных, этнических, психологических особенностей и экзистенциальных аспектов жизни пациента;

- разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи пациентам, с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- назначать пациентам обезболивающие лекарственные препараты и медицинские изделия с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- проводить лечебные процедуры, манипуляции пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам по профилю «терапия»: переливание крови и кровезаменителей: все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей); капельное и струйное введение лекарств и кровезаменителей, сывороток; определение индивидуальной и биологической совместимости крови; определение годности крови к переливанию гемотрансфузия; катетеризация мочевого пузыря мягким эластичным катетером; промывание кишечника (очистительные клизмы); постановка лечебных клизм; применение ингаляторов, спейсеров и небулайзеров, пункция брюшной полости при асците, пункция полости суставов, плевральная пункция, дренирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе с использованием манипуляционных игл, определение индивидуальной и биологической совместимости крови, определение годности крови к переливанию, гемотрансфузия, новокаиновые блокады при болевых синдромах;

- проводить мониторинг эффективности лечебных мероприятий, их коррекцию в зависимости от особенностей течения заболевания;

- проводить диагностику, дифференциальную диагностику, профилактику, индивидуализированное лечение заболеваний/ состояний в антенатальном, интранатальном и постнатальном периоде, по показаниям, направляя пациенток на консультацию к врачам-специалистам и на госпитализацию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- проводить раннюю и дифференциальную диагностику, профилактику, индивидуализированное лечение часто встречающихся заболеваний репродуктивной сферы; своевременно направлять на консультацию к врачу-специалисту и госпитализацию, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- проводить лечебно-диагностические мероприятия детям разных возрастных периодов с учетом показаний и противопоказаний, возрастных анатомо-функциональных и психологических особенностей и конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов проблем в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям, с учетом стандартов медицинской помощи амбулаторно;

-исследование состояния здоровья и оказание помощи детям: методы определения функционального состояния организма; выделение групп здоровья детей; комплексная оценка состояния здоровья ребенка; уход за новорожденным; расчет количества молока и

вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери; расчет питания для детей 1-го года жизни; выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала); составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии; применение лекарственных средств у детей (peros, perrectum, в ингаляциях, наружно);

- при хирургических заболеваниях и травмах: наблюдение за оперированными пациентами после выписки из стационара; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с содержимого ран, из уретры; проведение местной инфильтрационной анестезии; первичную хирургическую обработку поверхностных ран; снятие швов, обработка ожоговой поверхности, наложение повязок; переливание кровезаменителей; все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей); капельное и струйное введение лекарств и кровезаменителей, сывороток; временная остановка наружного кровотечения; промывание желудка и кишечника (очистительные клизмы); постановка лечебных клизм; транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;

- при заболеваниях органов зрения: клиническое обследование (сбор жалоб и анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века, слезной железы, определение подвижности глазных яблок); определение остроты зрения; определение цветового зрения; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы; местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней;

- при болезнях уха, горла, носа: риноскопия; фарингоскопия; ларингоскопия непрямая; отоскопия; отоскопия с помощью оптики;

определение проходимости слуховой трубы; речевая аудиометрия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха; передняя тампонада носа; введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах); туалет уха; удаление серных пробок; удаление инородного тела из уха и носа; первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины; прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки;

- при кожных болезнях и болезнях, передающихся половым путем: диаскопия; взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок; применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней; удаление клеща;

- исследовать и интерпретировать неврологический статус: 12 пар черепно-мозговых нервов; патологические рефлексы; менингеальные симптомы; моторные качества (позы, мышечный тонус, контрактуры, атрофия мышц); исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек); исследование тактильной и болевой чувствительности; оценка координации движений;

- при психических расстройствах и расстройствах поведения: оценка когнитивного статуса; нарушения поведения, умственного и психоэмоционального развития.

- применять специальный инструментарий, оборудование, диагностические экспресс-тесты для диагностики и лечения угрожающего жизни состояния/заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

- проводить базовую и расширенную сердечно-легочную реанимацию и дефибрилляцию у взрослых, применять методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости;

- проводить базовую сердечно-легочную реанимацию у детей, применять методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости;

- оценивать тяжесть состояния пациента с заболеваниями и/или состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, и принимать необходимые меры для выведения пациента из этого состояния;

- выявлять у пациентов основные клинические проявления заболеваний и/или патологических состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, способные вызвать тяжелые осложнения и/или угрожающие жизни, определять тактику лечения с целью их предотвращения;

- осуществлять медицинскую помощь беременным, родильницам при экстренных и неотложных состояниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме амбулаторно: при родах, включая оценку состояния новорожденного; оценку состояния последа; оценку состояния родильницы; эмболии околоплодными водами; «остром животе»;

- осуществлять медицинскую помощь детям разного возраста при экстренных и неотложных состояниях амбулаторно в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям в экстренной и неотложной форме, с учетом стандартов медицинской помощи при следующих заболеваниях/состояниях:

- дегидратация; синдром гипертермии; внезапная смерть ребенка; тяжелый астматический приступ и статус; обморок; острая сердечная недостаточность; жизнеугрожающие нарушение ритма и проводимости сердца; отек гортани, ложный круп; синдром острой боли в животе; судорожный синдром, эпилептический припадок/статус; утопление; травма; обструкция инородным телом дыхательных путей; отравления; острые аллергические реакции.

ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе, участием в медицинской эвакуации .

Умеет:

- оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе при медицинской эвакуации

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

Умеет:

- назначать немедикаментозное лечение пациентам с заболеваниями/ состояниями с учетом конкретной клинической ситуации, индивидуально-психологических и семейных аспектов проблем в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- применять средства медицинской реабилитации (лекарственные средства, природные и преформированные (аппаратные) лечебные факторы, лечебную физкультуру, массаж, ассистивную терапию, трудотерапию, психологическую реабилитацию) пациентам согласно индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов амбулаторно, в дневном стационаре, дистанционно или на дому в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- осуществлять мероприятия по диспансеризации, реабилитации и экспертизе трудоспособности беременных и больных гинекологическими заболеваниями.

ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Умеет:

- применять навыки эффективного общения с пациентом для достижения комплаентности(приверженности лечению) и повышения результативности лечения пациентов;
- использовать эффективные приемы общения с пациентами, в том числе с пациентами, имеющими когнитивный дефицит и с пациентами, страдающими психическими заболеваниями;
- общаться с пациентом (его законными представителями), имеющим когнитивные нарушения, нарушения зрения, слуха или речи, находящемуся в терминальной стадии болезни;
- формировать у пациента отношение к смерти как к этапу жизненного пути человека;
- обучать родственников, близких пациента, волонтеров принципам паллиативного ухода;
- оказывать психологическую поддержку семье при потере, горе, смерти больного;
- консультировать пациента (его законных представителей) по выполнению рекомендаций, предупреждению острых и обострению хронических заболеваний;
- осуществлять помощь при психосоциальных проблемах у детей и подростков с привлечением специалистов-психологов, социальных работников при выявлении: жестокого обращения с детьми; проблем общения со сверстниками; проблем в семье, в школьных и дошкольных учреждениях;
- применять требования медицинской деонтологии и психогигиены, методы психопрофилактики и психотерапии при консультировании пациента (его законного представителя);
- использовать активное слушание, понятный язык/терминологию (врач избегает жаргона) и невербальный язык (жесты, мимику, положение тела, голос, ритм);
- создавать ощущение безопасности и комфорта при общении с пациентом;
- эффективно применять личные качества врача: сочувствие, доверие, конфиденциальность, обеспечивать поддержку, ободрение и вдохновение пациенту;
- общаться с детьми, подростками, беременными и пожилыми;
- сообщать плохие новости о состоянии здоровья пациенту и его родственникам;
- выбирать поведение, которое предотвращает жалобы;
- интерпретировать результаты психотерапевтических методов диагностики и лечения;
- получать информированное согласие пациента;
- консультировать пациентов и их родственников по телефону;
- общаться с пациентами иммигрантами и иностранцами;
- относиться с уважением к ценностям и представлениям пациента;
- применять методы рациональной психотерапии;
- консультировать пациентов, используя личностно-ориентированный подход;
- решать личные этические и психологические проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи пациентам;
- обучать пациента и его семью адаптации жилого помещения с учетом нарушенных функций организма.

ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Умеет:

- эффективно взаимодействовать со специалистами поликлиник и стационаров: своевременно направлять пациентов по показаниям на консультацию и госпитализацию для уточнения диагноза; контролировать выполнение назначений врачей консультантов;
- обеспечивать хранение, отпуск, учет лекарственных средств и отчетность в соответствии с нормативными документами;
- организовывать процесс паллиативного ухода в домашних условиях с учетом потребностей и желаний пациента;
- организовывать консультацию больных врачом-специалистом по паллиативной медицине и другими специалистами, в том числе дистанционно;

- осуществлять контроль за правильностью проведения диагностических и лечебных процедур, эксплуатацией оборудования и аппаратуры, инструментария, лекарственных препаратов, реактивов;

- организовывать оказание медицинской помощи населению амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение):

- определять маршрут пациента в амбулаторных условиях: комплекса диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, консультации специалистов, госпитализации;

- определять маршрут пациента в круглосуточном стационаре;

- организовывать работу общей врачебной практики: оформление деловых бумаг (приказы, распоряжения, указания, деловые письма и др.); составление плана работы общей врачебной практики; составление плана работы дневного стационара и стационара на дому; организация стационарозамещающих форм; оценка эффективности профилактических мероприятий; оценка эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

- контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

Умеет:

- заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, контролировать качество ведения медицинской документации;

- проводить анализ и оценку качества работы врача общей практики: анализ качества оказания медицинской помощи; анализ качества и эффективности ведения медицинской документации; анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения обслуживаемой территории; анализ эффективности диспансеризации; экспертная оценка качества медицинской помощи; клинический аудит в общей врачебной практике.

ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Умеет:

- оценивать тяжесть состояния пациента с заболеваниями и/или состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, и принимать необходимые меры для выведения пациента из этого состояния;

- выявлять у пациентов основные клинические проявления заболеваний и/или патологических состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, способные вызвать тяжелые осложнения и/или угрожающие жизни, определять тактику лечения с целью их предотвращения.

КВАЛИФИКАЦИЯ, присваиваемая слушателю, после завершения обучения – врач общей практики (семейный врач)

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся слушатели, освоившие программу профессиональной переподготовки:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;

- организационно-управленческая.

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения различных возрастно-половых групп путём 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 на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- диагностика неотложных состояний;

- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;

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

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 учётно-отчётной документации в медицинской организации и её структурных подразделениях;

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

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ :

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

4. Подготовить врача по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с

квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу общей врачебной практики свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;

7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения различных возрастно-половых групп оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий;

8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;

9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;

10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

Формируемые компетенции

Формирование части компетенций *ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3* осуществляется в ходе всех видов занятий, практики а контроль их сформированности на этапе текущей и итоговой аттестации.

Формируемая компетенция	Формулировка
УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с

	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТАЕМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ С УТОЧНЕНИЕМ НЕОБХОДИМЫХ ТРУДОВЫХ ДЕЙСТВИЙ (ВЛАДЕНИЕ), ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ.

Проведение обследования пациента с целью установления диагноза в амбулаторных условиях	
Трудовые действия	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Первичный осмотр пациентов в соответствии с действующей методикой
	Повторный осмотр пациентов в соответствии с действующей методикой
	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза
	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Интерпретация данных первичного осмотра пациентов
	Интерпретация данных повторного осмотра пациентов
	Установление предварительного диагноза
	Направление пациентов на лабораторные исследования
	Направление пациентов на инструментальные исследования
	Направление пациентов на консультации к врачам-специалистам
	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза
	Интерпретация данных лабораторных исследований
	Интерпретация данных инструментальных исследований
	Интерпретация данных консультаций пациентов врачами-специалистами
Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов	
Постановка окончательного диагноза	
Необходимые умения	Анализировать полученную информацию от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Проводить и интерпретировать результаты физикальных исследований
	Интерпретировать результаты первичного осмотра пациентов
	Интерпретировать результаты повторного осмотра пациентов
	Обосновывать необходимость и объем лабораторных исследований
	Обосновывать необходимость и объем инструментальных исследований
	Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам

Анализировать полученные результаты обследования, при необходимости обосновать и планировать объем дополнительных исследований
Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников/законных представителей)
Интерпретировать данные лабораторных исследований
Интерпретировать данные инструментальных исследований
Интерпретировать данные консультаций пациентов врачами-специалистами
Интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов
Пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
Проводить с диагностической целью акушерско-гинекологические манипуляции: диагностика беременности
Проводить с диагностической целью акушерско-гинекологические манипуляции: наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода
Проводить с диагностической целью акушерско-гинекологические манипуляции: оценку состояния последа
Проводить с диагностической целью акушерско-гинекологические манипуляции: оценку состояния новорожденного
Выявлять инфекционную патологию в очаге, устанавливать контактных лиц, проводить медицинскую сортировку в эпидемическом очаге
Проводить клиническую оценку результатов туберкулиновых проб
Проводить с диагностической целью офтальмологические манипуляции: определять субъективными методами рефракцию глаза
Проводить с диагностической целью ЛОР манипуляции: передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия непрямая, отоскопия
Проводить с диагностической целью ЛОР манипуляции: определение проходимости слуховой трубы (отоскопия, проба с глотанием, проба Вальсальвы)
Проводить с диагностической целью офтальмологические манипуляции: надавливание на область слезного мешочка
Проводить с диагностической целью офтальмологические манипуляции: исследование глазного дна прямой и обратной офтальмоскопией
Проводить с диагностической целью офтальмологические манипуляции: определение цветового зрения
Проводить с диагностической целью офтальмологические манипуляции: измерение внутриглазного давления
Диагностировать кожные заболевания, в том числе специальными методиками (гратаж, пальпация, диаскопия)
Проводить раннюю клиническую (посиндромную) диагностику предраковых заболеваний, состояний
Выполнять предварительную диагностику наиболее распространенных злокачественных новообразований по ранним клиническим синдромам
Организовать и проводить дифференциальную диагностику с привлечением для консультации врача-специалиста на предмет верификации диагноза и определения лечебной тактики при выявлении у пациента клинических признаков злокачественного новообразования
Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Болезни органов дыхания
Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Болезни системы кровообращения
Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания системы пищеварения
Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания печени и желчевыводящих путей
Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по

	основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания мочевыделительной системы
	Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Болезни системы кроветворения
	Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания эндокринной системы
	Осуществлять раннюю диагностику и дифференциальную диагностику по основным клиническим симптомам и синдромам, нозологическим формам: Заболевания суставов и соединительной ткани
	Оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
	Выполнять реанимационные мероприятия
Необходимые знания	Организация хирургической службы в системе первичной медико-санитарной помощи населению
	Организация инфекционной службы, принципы противоэпидемических мероприятий при различной инфекционной патологии
	Порядки оказания медицинской помощи по профилям, применяемые в общей врачебной практике (семейной медицине), терапии, а также на междисциплинарном уровне
	Закономерности функционирования здорового организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; а также особенности регуляции функциональных систем и при патологических процессах
	Сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, которые широко используются в практической медицине
	Основные закономерности общей этиологии заболеваний (роль причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний), закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни
	Причины, механизмы развития и проявления типовых патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний
	Этиология, патогенез, патоморфология, клиническая картина, особенности течения, осложнения, исходы наиболее важных деструктивных, воспалительных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней
	Особенности сбора анамнеза у пациентов с различной патологией
	Методика физикального исследования
	Особенности первичного осмотра пациентов
	Особенности повторного осмотра пациентов
	Принципы классификации заболеваний
	Клинические проявления и течение часто встречающихся хирургических болезней и травм у взрослых, лиц пожилого, старческого возраста
	Общие принципы внестационарной диагностики хирургических болезней и травм
	Клиническая картина состояний, требующих хирургического лечения «острый живот», острые желудочно-кишечные кровотечения, болезни сосудов, гнойные заболевания, раневая инфекция, заболевания прямой кишки и анальной зоны, травмы
	Организацию службы акушерства и гинекологии в системе первичной медико-санитарной помощи населению
	Медико-биологические и социально-психологические факторы, влияющие на планирование семьи
	Физиология беременности
	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией (анемия, заболевания щитовидной железы, патология почек, сахарный диабет)
	Этиология, патогенез, клиническая картина ранних и поздних гестозов беременности
	Биомеханизм родов
	Часто встречающиеся гинекологические заболевания женщин разного возраста и

репродуктивного статуса (ведущие клинические синдромы и нозологические формы)
Общие принципы внестационарной диагностики гинекологических заболеваний
Этиология, эпидемиология, ранние признаки клинического проявления, принципы диагностики инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, у взрослых (по нозологическим формам)
Основные инфекционно-токсические синдромы: шок инфекционно-токсический, отек и отек-набухание головного мозга, гипертермия (по нозологическим формам)
Современные особенности эпидемиологии туберкулеза
Начальные клинические проявления ранней туберкулезной интоксикации, первичного туберкулезного комплекса, туберкулеза органов дыхания, наиболее часто встречающихся внелегочных форм туберкулеза (по нозологическим формам и синдромам)
Ведущие клинические синдромы при патологии и травматических повреждениях ЛОР органов
Основы физиологии зрения, зрительные функции и клинические проявления их нарушений
Субъективные методы исследования рефракции глаза
Общая семиотика заболеваний глаз, основные синдромы и нозологические формы патологии глаза
Общие сведения о физиологии кожи, общая симптоматология заболеваний кожи
Клинические проявления сифилиса и парасифилитических заболеваний
Принципы диагностики сифилиса
Этиология, патогенез, клиническая картина гонореи у мужчин, женщин. Принципы диагностики гонореи
Этиология, патогенез негонорейных заболеваний мочеполовых органов, клиническая картина негонорейных заболеваний у мужчин, женщин. Принципы диагностики негонорейных заболеваний
Принципы посиндромной диагностики дерматовенерологических болезней. Основные синдромы и симптомы в дерматовенерологии: субъективные (зуд, жжение, боль, анестезии, гиперестезии, парестезии), объективные. Неинфекционные болезни кожи
Основы предрака: понятия «облигатный», «факультативный» предрак. Значение фоновых процессов в формировании предрака. Клинические и морфологические формы предрака
Клиническая картина предрака и ее особенности при поверхностных формах предрака, при предраковых заболеваниях внутренних органов
Клинические проявления наиболее распространенных злокачественных новообразований
Определение понятия «паранеопластический синдром». Клиническое проявление наиболее часто встречающихся паранеопластических синдромов
Общие принципы ранней диагностики злокачественных новообразований по клиническим синдромам
Современные возможности лабораторной, лучевой, инструментальной диагностики в онкологии
Клинические проявления и течение распространенных заболеваний внутренних органов у взрослых, лиц пожилого, старческого возраста
Структура заболеваемости в пожилом, старческом возрасте
Функциональные изменения в организме стареющего человека, адаптационные возможности организма при старении
Особенности врачебного обследования пациентов пожилого, старческого возраста
Клиническая картина расстройств психоэмоциональной сферы
Показания к использованию современных методов лабораторной диагностики заболеваний
Показания к использованию современных методов инструментальной диагностики заболеваний
Показания к направлению пациентов на консультацию к врачам-специалистам

	Клинические рекомендации по заболеваниям
	Международная классификация болезней
	Общие вопросы организации медицинской помощи населению
	Основы законодательства о здравоохранении и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций
	Порядки оказания медицинской помощи по профилям
	Состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи
	Стандарты оказания медицинской помощи по заболеваниям
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Методика выполнения реанимационных мероприятий
Другие характеристики	Соблюдать врачебную тайну
	Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами
Назначение, контроль эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии, проводимой в амбулаторных условиях	
Трудовые действия	Разработка плана медикаментозного лечения с учетом течения болезни
	Подбор и назначение медикаментозной терапии
	Индивидуализированное лечение часто встречающихся хирургических заболеваний и травм
	Лечение распространенных гинекологических заболеваний, родовспоможение при физиологических родах
	Лечение распространенных инфекционных болезней
	Оказание экстренной первой врачебной помощи при неотложных состояниях, осложняющих течение туберкулеза
	Плановое лечение консервативными методами часто встречающихся заболеваний ЛОР органов
	Оказание неотложной первой врачебной помощи пациентам при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний, травм и ожогов ЛОР органов
	Плановое лечение консервативными методами часто встречающихся заболеваний глаз
	Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях
	Разработка плана немедикаментозного лечения с учетом течения болезни, возраста пациента
	Назначение диетотерапии при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях
	Направление пациентов на консультации к врачам-специалистам для назначения медикаментозной терапии
	Направление пациентов на консультации к врачам-специалистам для назначения немедикаментозной терапии
	Необходимые умения
Оказывать необходимую лечебную помощь при неотложных состояниях	
Выполнять реанимационные мероприятия	
Проводить с лечебной целью акушерско-гинекологические манипуляции ведение физиологических родов	
Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: снятие швов	
Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: обработка ожоговой поверхности, инфицированных ран	
Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: наложение мягких повязок	
Проводить с лечебной целью хирургические манипуляции: транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника	
Проводить медицинскую сортировку, плановое лечение и госпитализацию пациентов с инфекционными заболеваниями	
Проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции	

	Проводить карантинные мероприятия в офисе врача общей практики (семейного врача)
	Проводить с лечебной целью ЛОР манипуляции: остановка носового кровотечения (передняя и задняя тампонады носа)
	Проводить с лечебной целью ЛОР манипуляции: очистку верхних дыхательных путей, аспирацию жидкости
	Проводить с лечебной целью офтальмологические манипуляции: оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии
	Проводить с лечебной целью офтальмологические манипуляции: местное применение лекарственных средств при лечении глазных болезней
	Применять лекарственные препараты для наружного применения, наиболее часто применяемые для лечения кожных болезней и в косметологии для ухода за кожей
	Назначать медикаментозную терапию при заболеваниях в соответствии с имеющимися показаниями, учитывая фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств
	Анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологического воздействия
	Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных методов лечения
	Составлять рецептурные прописи лекарственных средств, а также выписывать рецепты при заболеваниях, патологических процессах и состояниях
	Назначать немедикаментозную терапию в соответствии с показаниями
	Использовать основные принципы организации лечебного питания при различных нозологических единицах
	Анализировать действие немедикаментозных методов лечения по совокупности их свойств
	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных методов лечения
	Оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
	Выполнять реанимационные мероприятия
Необходимые знания	Этиология и патогенез заболеваний
	Классификация и основные характеристики лекарственных средств
	Порядки оказания и стандарты медицинской помощи, применяемые в общей врачебной практике (семейной медицине), а также на междисциплинарном уровне
	Фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных средств
	Особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов при беременности, лактации
	Основы гериатрической клинической фармакологии
	Показания и противопоказания к назначению лекарственных средств
	Побочные эффекты лекарственных средств
	Общие принципы оформления рецептурных бланков
	Основные характеристики воздействия немедикаментозных методов лечения при заболеваниях
	Механизм лечебного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов
	Принципы организации лечебного питания
	Показания и противопоказания к проведению немедикаментозных методов лечения
	Побочные эффекты немедикаментозных методов лечения
	Принципы неотложной медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, осложняющих течение хирургических заболеваний и травм, а также общие принципы амбулаторного лечения хирургических болезней и травм
	Принципы экстренной медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии
	Этиология, патогенез, клиническая картина, рациональная фармакотерапия инфекционных заболеваний, а также комплекс противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге

	Принципы современного лечения сифилиса, гонореи, негонорейных заболеваний мочеполовых органов
	Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения заболеваний кожи и ее придатков
	Возможности современной химиотерапии, лучевой терапии злокачественных новообразований; их возможные осложнения и лечение
	Принципы и возможности медикаментозного симптоматического лечения злокачественных новообразований и их осложнений
	Организация индивидуализированного лечения распространенных заболеваний внутренних органов, оценка его эффективности и безопасности
	Возможности современной психофармакологии, основные принципы терапии расстройств психозомоциональной сферы
	Методика выполнения реанимационных мероприятий
	Клинические рекомендации по заболеваниям
	Международная классификация болезней
	Общие вопросы организации медицинской помощи населению
	Основы законодательства о здравоохранении и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций
	Порядки оказания медицинской помощи по профилям
	Состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи
	Стандарты оказания медицинской помощи по заболеваниям
	Особенности общей и специальной гигиены пациентов пожилого, старческого возраста
	Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов пожилого, старческого возраста
	Психологические, поведенческие особенности пациентов пожилого, старческого возраста
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Методика выполнения реанимационных мероприятий
Другие характеристики	Соблюдать врачебную тайну
	Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами
Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ, проводимых в амбулаторных условиях	
Трудовые действия	Давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от нозологии и степени нарушения функционального состояния
Необходимые умения	Давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от нозологии и степени нарушения функционального состояния
Необходимые знания	Механизм реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, массажа и других методов при различных заболеваниях
	Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях
	Побочные эффекты реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях
	Основные медико-социальные проблемы стареющего человека
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Соблюдать врачебную тайну
	Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами
Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения в амбулаторных условиях	
Трудовые действия	Проведение профилактических осмотров населения
	Проведение мероприятий по оздоровлению населения (рекомендации по питанию, двигательной активности, режиму дня)
	Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими и

	социально-значимыми заболеваниями
	Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, в том числе инфекционными заболеваниями, инвалидизации, смертности, летальности
	Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции
	Проведение мероприятий по охране репродуктивного здоровья населения
	Организация и проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней
	Профилактика часто встречающихся хирургических заболеваний и травм
Необходимые умения	Проводить мероприятия по снижению заболеваемости, в том числе инфекционными заболеваниями, инвалидизации, смертности, летальности
	Проводить профилактические осмотры различных категорий граждан
	Определять показания и противопоказания к выполнению вакцинопрофилактики в различных группах населения
	Участвовать в проведении противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях (подача экстренного извещения об очаге инфекции, выявление и наблюдение контактных)
	Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями, инвалидами
	Осуществлять мероприятия по раннему выявлению гепатита В и С, ВИЧ-инфекции, туберкулеза
	Проводить профилактику онкологических заболеваний у населения
	Проводить диспансерное наблюдение реконвалесцентов после инфекционных заболеваний и бактерионосителей
	Проводить профилактику распространения контагиозных заболеваний кожи и ее придатков
	Проводить мероприятия по снижению распространения заболеваний, передающихся половым путем
Необходимые знания	Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения
	Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний
	Показания и противопоказания к применению вакцин, осложнения вакцинации
	Национальный календарь профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям
	Возможности профилактики онкопатологии в различных возрастных группах
	Социально-гигиенические факторы, используемые в профилактике преждевременного старения
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Соблюдать врачебную тайну
	Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами
Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни	
Трудовые действия	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни
	Формирование у граждан мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек
	Формирование у граждан позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья
Необходимые умения	Проводить санитарно-гигиеническое просвещение среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни
	Оценивать физическое развитие и функциональное состояние организма
	Проводить обучение членов семьи принципам здорового образа жизни и отказа от вредных привычек
	Владеть методами физического воспитания, дифференцированного применения разнообразных средств и форм физической культуры

	Формировать у населения позитивное медицинское поведение, направленное на сохранение и повышение уровня здоровья
Необходимые знания	Определение понятия «здоровье», его структуру и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи, а также факторы риска возникновения распространенных заболеваний
	Дифференциация контингентных групп населения по уровню здоровья и виды профилактик
	Основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования
	Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, основные принципы их профилактики
	Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала
	Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний
	Система физического воспитания и физиологическое нормирование двигательной активности подростков, взрослых
	Теоретические основы рационального питания
	Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения
	Принципы лечебно-профилактического питания
	Роль позитивного медицинского поведения в сохранении и повышении уровня здоровья населения
	Система физиологического нормирования двигательной активности и питания пациентов в пожилом, старческом возрасте
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Другие характеристики
Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами	
Организационно-управленческая деятельность	
Трудовые действия	Оформление документации, необходимой для проведения медико-социальной экспертизы
	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, а также определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортное лечение
	Контроль качества оказания медицинской помощи
	Руководство средним и младшим медицинским персоналом структурного подразделения амбулаторно-поликлинической медицинской организации
	Составление плана своей работы и среднего медицинского персонала
	Контроль выполнения средним и младшим медицинским персоналом врачебных назначений
	Ведение учетно-отчетной медицинской документации
	Предоставление данных в отчет структурного подразделения медицинских организаций о своей деятельности
	Составление отчета о работе терапевтического участка за год и проведение анализа этой работы
	Анализ основных медико-статистических показателей (заболеваемость, инвалидность, смертность, летальность) населения обслуживаемой территории
	Организация диагностической и лечебной работы на дому
	Организация госпитализации в стационар
Необходимые умения	Оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы
	Анализировать качество оказания медицинской помощи
	Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения)

	Составлять план своей работы и среднего медицинского персонала
	Заполнять учетные медицинские документы в медицинских организациях терапевтического профиля
	Анализировать качество и эффективность ведения медицинской документации
	Анализировать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения обслуживаемой территории
	Анализировать эффективность диспансеризации
	Организовать стационар на дому
	Организовать госпитализацию в стационар
Необходимые знания	Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности
	Правила оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
	Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
	Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях терапевтического профиля
	Критерии оценки качества медицинской помощи
	Особенности ведения медицинской документации в амбулаторно-поликлинических учреждениях
	Международная классификация болезней
	Общие вопросы организации медицинской помощи населению
	Основы законодательства о здравоохранении и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Соблюдать врачебную тайну
	Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

Срок освоения ДПП ПП

- в очной форме обучения составляет 4 месяца (576 часов).

Объем ДПП ПП

Объем программы профессиональной переподготовки по данному направлению составляет 16 зачетных единиц вне зависимости от формы обучения, применяемых образовательных технологий, реализации программы профессиональной переподготовки по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

Трудоемкость дисциплины

№	Вид учебной работы	ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)	Всего ЗЕ
1	Общее количество часов по учебному плану	576	16
2.	Аудиторные занятия, в том числе	576	16
2.1.	Лекции	144	4
2.2.	Клинические (практические) занятия	432	12
2.3.	Семинары		
4.	Итоговая аттестация (часы входят в пункт 2.3)	6	

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

№ п/п	Раздел	КЕ (Часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма контроля
1.	Введение в специальность, организационные и юридические аспекты профессиональной деятельности.	9	0,25	ЗАЧЕТ
2.	Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.	144	4	ЗАЧЕТ
3.	Вопросы смежных специальностей			
	хирургические болезни и реанимация	72	2	ЗАЧЕТ
	акушерство и гинекология	54	1,5	ЗАЧЕТ
	педиатрия	72	2	ЗАЧЕТ
	неврология	72	2	ЗАЧЕТ
	ЛОР-болезни	63	1,75	ЗАЧЕТ
	офтальмология	72	2	ЗАЧЕТ
4.	Обучающий симуляционный курс	12	0,5	ЗАЧЕТ
	Итоговая аттестация	6		Экзамен
	Итого:	576	16	

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ МОДУЛЕЙ ДПП ПП (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

№	Наименование раздела	Всего ЗЕ	Всего КЕ (часов)	В том числе (часы)		Формы контроля
				лекции	Клинические (практические) занятия	

1.	Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика, организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике.	0,25	9	2	7	зачет
1.1	Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Законодательные акты и нормативные документы, регламентирующие порядок перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ		1	1		тесты
1.2	Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ		1		1	тесты
1.3	Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи. Понятия "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.		1		1	тесты
1.4	Система физического воспитания. Физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине). Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Лечебно-профилактическое питание.		1		1	тесты
1.5	Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики.		1		1	тесты
1.6	Основы профилактической гериатрии. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Профилактика преждевременного старения. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.		1		1	тесты
1.7	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
1.8	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.		1		1	тесты

	Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента					
1.9	Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.		1	1		тесты
2.	Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.	4	144	36	108	зачет
2.1	<i>Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ</i>		12	3	9	зачет
2.1.1	Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура.		1	1		Тесты, задачи
2.1.2	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		1		1	Тесты, задачи
2.1.3	Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена		1		1	Тесты, задачи
2.1.4	Исследование мочи. Мочевой осадок. Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок.		1		1	Тесты, задачи
2.1.5	Спирография. Основные показатели.		1	1		Тесты, задачи
2.1.6	ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.		1	1		Тесты, задачи
2.1.7	Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы		1		1	Тесты, задачи
2.1.8	Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца.		2		2	Тесты, задачи
2.1.9	Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков		1		1	Тесты, задачи

2.1.10	Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом повреждении и некрозе сердечной мышцы		1		1	Тесты, задачи
2.1.11	Электрокардиограмма при инфаркте миокарда		1		1	Тесты, задачи
2.2	Кардиология.		24	6	18	зачет
2.2.1	Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии в работе врача общей практики. Этиология. Патогенез. Современная классификация.		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.2.2	Гипертонические кризы. Клиническая картина. Неотложная помощь		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.3	Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные и вазоренальные гипертензии. Эндокринные симптоматические артериальные гипертензии. Алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагноз		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.2.4	Гипертоническая болезнь. Тактика подбора медикаментозной терапии.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.5	Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.2.6	Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Современная классификация.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.7	Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая сердечная недостаточность. Врачебная тактика. Неотложная терапия.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.8	Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
2.2.9	Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.10	Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма.		1		1	Тесты, задачи, опрос

2.2.11	Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Дисфункции синусового узла. Синдром слабости синусового узла.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.12	Атриовентрикулярная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.13	Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
2.2.14	Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в работе врача общей практики		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.15	Врожденные и приобретенные пороки сердца.		2	1	1	Тесты, задачи, опрос
2.2.16	Дифференциальная диагностика кардиомегалий. Синдром «большого сердца».		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.17	Миокардиты. Этиопатогенез. Принципы терапии. Перикардиты. Этиопатогенез. Терапия.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.18	Инфекционный эндокардит		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.19	Кардиомиопатии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Дилатационная кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия. Тактика ведения больных		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.2.20	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
2.2.21	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля. Диспансеризация Диспансерное наблюдение		1		1	опрос
2.3	<i>Ревматология.</i>		7	1	6	зачет
2.3.1	Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика.		1	1		Тесты, задачи, опрос

2.3.2	Полимиозит и дерматомиозит. Смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа). Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. Современное представление о терапии.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.3.3	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.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.3.4	Острая ревматическая лихорадка. Пороки сердца. Принципы терапии и профилактики.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.3.5	Актуальные вопросы ведения больных остеоартрозом в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Остеопороз. Дифференциальная диагностика, профилактика и тактика ведения больных		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.3.6	Дифференциальный диагноз болей в мышцах, суставах, болевого синдрома в позвоночнике		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.3.7	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля. Оценка качества оказания медицинской помощи		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4	<i>Гастроэнтерология</i>		23	7	16	зачет
2.4.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, формы, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Кардиоспазм и ахалазия пищевода.		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.2	Дивертикулы пищевода. Опухоли пищевода.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.3	Острый гастрит. Хронические гастриты и гастродуодениты, функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.4	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, стандарты эрадикации Н.р.		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.5	Осложнения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.6	Рак желудка, предраковые заболевания желудка. Послеоперационные заболевания желудка		1	1		Тесты, задачи, опрос

2.4.7	Язвенный колит, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Болезнь Крона, системные поражения.		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.8	Туберкулез кишечника, особенности клинической картины и диагностики.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.9	Целиакия, организация диетотерапии. Дифференциальный диагноз при диарее, при запоре.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.10	Синдром мальабсорбции, клиническая картина, методы диагностики, медикаментозного лечения и нутриционной поддержки.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.11	Опухоли кишечника (полипоз, колоректальный рак, карциноидный синдром)		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.12	Синдром раздраженного кишечника, критерии диагностики и стандарты лечения		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.13	Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции.		1	1		Тесты, задачи, опрос
2.4.14	Хронические гепатиты, классификация, вопросы диагностики и лечения в зависимости от этиологии. Лекарственные поражения печени		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.15	Циррозы печени, синдром портальной гипертензии, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз желтух, асцита		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.16	Опухоли печени, методы диагностики (гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак печени, доброкачественные опухоли печени, гормональноактивные опухоли печени).		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.17	Хроническая печеночноклеточная недостаточность, классификация, стадии, клиническая картина, методы ранней диагностики и лечения		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.18	Желчно-каменная болезнь, особенности современного течения, диагностика и лечение. Осложнения ЖКБ. Взаимодействие терапевта и хирурга.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.19	Воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, ангиохолит)		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.20	Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, клиническая картина, методы диагностики и лечения		1		1	Тесты, задачи, опрос

2.4.21	Хронический панкреатит, формы, клиническая картина, осложнения, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли поджелудочной железы.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.22	Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнных желез. Врачебный осмотр полости рта. Карисес.		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.4.23	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля. Диспансеризация Диспансерное наблюдение		1		1	Тесты, задачи, опрос
2.5	Пульмонология и аллергология		21	5	16	зачет
2.5.1	Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация.. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.		1	1		Опрос, тесты
2.5.2	Бронхиальная астма. Принципы подбора терапии. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Неотложная терапия		2	1	1	Опрос, тесты
2.5.3	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
2.5.4	Пневмонии. Современная антибиотикотерапия внебольничных пневмоний. Инфекционные деструкции легких.		1		1	Опрос, тесты
2.5.5	Бронхоэктатическая болезнь. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
2.5.6	Острые респираторные заболевания. Новая коронавирусная инфекция.		1		1	Опрос, тесты
2.5.7	Саркоидоз органов дыхания.		1		1	Опрос, тесты
2.5.8	Интерстициальные заболевания легких.		1		1	Опрос, тесты
2.5.9	Тромбоэмболия легочной артерии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии.		1	1		Опрос, тесты

2.5.10	Заболевания плевры. Классификация, принципы терапии плевритов.		1		1	Опрос, тесты
2.5.11	Спонтанный пневмоторакс. Неотложная терапия.		1		1	Опрос, тесты
2.5.12	Рак легкого. Диагностика. Современные принципы терапии		1		1	Опрос, тесты
2.5.13	Легочное сердце. Дыхательная недостаточность. Виды, причины, принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
2.5.14	Лекарственные поражения легких		1		1	Опрос, тесты
2.5.15	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля. Диспансерное наблюдение Оценка качества оказания медицинской помощи		1		1	Опрос, тесты
2.5.16	Принципы терапии аллергических заболеваний. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит.		1	1		Опрос, тесты
2.5.17	Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
2.5.18	Лекарственная аллергия. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок.		1		1	Опрос, тесты
2.5.19	Хроническая идиопатическая крапивница		1		1	Опрос, тесты
2.6	<i>Заболевания мочевыделительной системы.</i>		9	2	7	зачет
2.6.1	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля. Синдромы в нефрологии: дизурия мочевой синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром. Понятие о ХПБ как наднозоологической форме. Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП.		2	1	1	Опрос, тесты

2.6.2	Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных врачом общей практики.		1		1	Опрос, тесты
2.6.3	Острый и хронический цистит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапия.		1		1	Опрос, тесты
2.6.4	Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Принципы неотложной терапии.		1		1	Опрос, тесты
2.6.5	Амилоидоз почек. Рак почки и мочевого пузыря.		1	1		Опрос, тесты
2.6.6	Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики		1		1	Опрос, тесты
2.6.7	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Принципы диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Заболевания яичек и мошонки. Мужское бесплодие.		1		1	Опрос, тесты
2.6.8	Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики. Хроническая болезнь почек. Классификация. Принципы терапии		1		1	Опрос, тесты
2.7	Гематология		4	1	3	зачет
2.7.2	Дифференциальная диагностика анемий. Тактика врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля. Железододефицитные анемии. Острая постгеморрагическая анемия. В-12 и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика. Принципы терапии и профилактики. Гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.		1		1	Опрос, тесты
2.7.3	Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии.		1		1	Опрос, тесты
2.7.4	Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкомоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз.		1	1		Опрос, тесты
2.7.5	Острые лейкозы в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий		1		1	Опрос, тесты

2.8	Эндокринология		6	2	4	зачет
2.8.1	Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика.		1	1		Опрос, тесты
2.8.2	Принципы терапии сахарного диабета I типа. Современное представление о лечении больных сахарным диабетом 2 типа. Диетотерапия.		1		1	Опрос, тесты
2.8.3	Климактерий и связанные с ним болезни. Ожирение и дефицит веса, гиперпаратиреоз: клиническая картина, основные причины, тактика врача ОВП.		1		1	Опрос, тесты
2.8.4	Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Тиреотоксический криз. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб.		1	1		Опрос, тесты
2.8.5	Узловые образования щитовидной железы. Дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики. Тиреоидиты. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Тактика врача общей практики.		1		1	Опрос, тесты
2.8.6	Дифференциальный диагноз синдромом полидипсии, офтальмопатии, полиурии.		1		1	Опрос, тесты
2.9	Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП		10	3	7	зачет
2.9.1	Общая дерматология (Общая патология кожи, сыпные элементы, методика обследования кожного больного, принципы наружной терапии)		2	1	1	Опрос, тест
2.9.2	Аллергические дерматозы (дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, зудящие дерматозы)		1		1	Опрос, тест
2.9.3	Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырьные дерматозы, экзема, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай)		1		1	Опрос, тест
2.9.4	Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пиодермии, дерматозоозы, поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях, вирусные заболевания кожи)		1		1	Опрос, тест
2.9.5	Грибковые заболевания (поверхностные микозы)		1		1	Опрос, тест

2.9.6	Наследственные дерматозы		1	1		Опрос, тест
2.9.7	Сифилис		1		1	Опрос, тест
2.9.8	ЗППП		1		1	Опрос, тест
2.9.9	Опухоли кожи		1	1		Опрос, тест
2.10	Болезни пожилых в ОВП		5	1	4	зачет
2.10.1	Особенности врачебного обследования пожилых пациентов. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте.		1	1		Опрос, тесты
2.10.2	Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов. Принципы диагностики и лечения.		1		1	Опрос, тесты
2.10.3	Особенности заболеваний легких у пожилых пациентов.		1		1	Опрос, тесты
2.10.4	Особенности патологии почек у пожилых пациентов.		1		1	Опрос, тесты
2.10.5	Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте.		1		1	Опрос, тесты
2.11	Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в ОВП болезни в ОВП		10	2	8	зачет
2.11.1	Вирусные и бактериальные воздушно-капельные инфекции. Принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия. Показания к госпитализации. Детские воздушно-капельные инфекции. Сроки вакцинации и ревакцинации.		1		1	Опрос, тесты
2.11.2	Кишечные инфекции. Показания к госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Тактика ведения. Диспансеризация. Вирусные гепатиты. Эпидемиология. Диагностика, тактика ведения. Лечение. Диспансерное наблюдение.		1		1	Опрос, тесты

2.11.3	Особо опасные инфекции. Эпидемиология. Тактика врача общей практики при подозрении на эти заболевания. Наблюдение за реконвалесцентами.		1	1		Опрос, тесты
2.11.4	Малярия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.		1		1	Опрос, тесты
2.11.5	ВИЧ-инфекция и СПИД. Диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении вирусоносителей и больных.		1		1	Опрос, тесты
2.11.6	Глистные и паразитарные заболевания. Группы риска. Принципы диагностики, лечение. Профилактика. Столбняк. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Профилактика.		1		1	Опрос, тесты
2.11.7	Лихорадка неясного генеза. Особенности ведения пациентов. Дифференциальная диагностика		1		1	Опрос, тесты
2.11.8	Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции. Неотложные мероприятия при инфекционных заболеваниях.		1	1		Опрос, тесты
2.11.9	Туберкулез. Легочные и внелегочные формы туберкулеза. Ранние симптомы туберкулеза. Методы их выявления.		1		1	Опрос, тесты
2.11.10	Тактика ведения и лечения больных. Группы риска. Оценка туберкулиновых проб у лиц разных возрастных групп. Профилактика туберкулеза ВОП/СВ. Вакцинация и ревакцинация.		1		1	Опрос, тесты
2.12	Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.		7	3	4	зачет
2.12.1	Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии. Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача.		1	1		Опрос, тесты
2.12.2	Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство. Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей		1	1		Опрос, тесты

2.12.3	Современные принципы и методы лечения психических заболеваний. Экстренная помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий. Медицинские показания к госпитализации. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний.		1		1	Опрос, тесты
2.12.4	Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления. Принципы лечения. Тактика ведения больных		1		1	Опрос, тесты
2.12.5	Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека. Психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.		1		1	Опрос, тесты
2.12.6	Основы семейной психологии. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики.		1		1	Опрос, тесты
2.12.7	Алкоголизм, наркомания, токсикомания: социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.		1	1		Опрос, тесты
2.12.8	<i>Зачет</i>		6		6	
3.	Хирургические болезни в общей врачебной практики. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация	2	72	18	54	зачет
3.1	Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного.. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургического профиля.		2	1	1	тесты
3.2	<i>Вопросы общей хирургии.</i>		4	3	1	

3.2.1	Асептика и антисептика. Операции.		1	1		тесты
3.2.2	Раны. Десмургия. Некрозы тканей.		2	1	1	тесты
3.2.3	Онкология.		1	1		тесты
3.3	<i>Острые заболевания органов брюшной полости.</i>		6	2	4	
3.3.1	Острый аппендицит.		2	1	1	Тесты, ситуац.задачи
3.3.2	Острый холецистит. Механическая желтуха. Острый панкреатит.		2	1	1	Тесты, ситуац.задачи
3.3.3	Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.3.4	Острая кишечная непроходимость. Ущемленные грыжи.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.4	<i>Заболевания толстой кишки.</i>		7	2	5	
3.4.1	Опухолевые заболевания толстой кишки.		4	2	2	Тесты, ситуац.задачи
3.4.2	Геморрой.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.4.3	Трещина заднего прохода.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.4.4	Парапроктит.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.5	<i>Некоторые вопросы сосудистой хирургии.</i>		2	0	2	

3.5.1	Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.5.2	Варикозное расширение вен нижних конечностей. Постромбофлебитически синдром.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.6	Эндокринная хирургия.		2	0	2	
3.6.1	Заболевания щитовидной железы.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.6.2	Заболевания надпочечников.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.7	Гнойная хирургическая инфекция.		4	0	4	
3.7.1	Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.7.2	Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.7.3	Остеомиелит. Сепсис. Тактика врача общей практики.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.7.4	Острый мастит.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.8	Урология		3	1	2	
3.8.1	Почечная колика.		1	1		Тесты,
3.8.2	Острые воспалительные заболевания.		1		1	Тесты,
3.8.3	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи. Фимоз. Парифимоз		1		1	Тесты,

3.9	<i>Интенсивная терапия и реанимация</i>		8	0	8	
3.9.1	Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния.		2		2	Тесты, ситуац.задачи
3.9.2	Коматозные состояния.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.9.3	Острые отравления.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.9.4	Поражение электрическим током, молнией, солнечный удар. Утопление, удушение		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.9.5	Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.9.6	Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.9.7	Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	Тесты, ситуац.задачи
3.10	<i>Травматология и ортопедия как специальность.</i>		4	2	2	
3.10.1	Определение предмета. Стандарты в травматологии		1	1		Опрос, тест
3.10.2	Организация травматолого-ортопедической службы. История травматологии и ортопедии		1	1		Опрос, тест

3.10.3	Общие понятия: травма, травматизм		1		1	Опрос, тест
3.10.4	Диагностика переломов. Ушибы, раны, вывихи, трещины. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	Опрос, тест
3.11	Методы лечения переломов.		6	2	4	
3.11.1	Консервативные методы лечения		2	1	1	Опрос, тест
3.11.2	Оперативные методы лечения		2	1	1	Опрос, тест
3.11.3	Эндопротезирование		1		1	Опрос, тест
3.11.4	Особенности послеоперационного ведения больных		1		1	Опрос, тест
3.12	Частная травматология.		4	2	2	
3.12.1	Переломы верхних конечностей		2	1	1	Опрос, тест
3.12.2	Переломы нижних конечностей. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Повреждения коленного сустава		2	1	1	Опрос, тест
3.13	Термические поражения.		1	0	1	
3.13.1	Ожоги, отморожение		1		1	Опрос, тест
3.14	Последствия повреждений		1	0	1	
3.14.1	Ложные суставы, артрогенные контрактуры. Деформации и укорочения.		1		1	Опрос, тест

3.15	<i>Детские ортопедические заболевания.</i>		4	0	4	
3.15.1	Мышечная кривошея		1		1	Опрос, тест
3.15.2	Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Врожденная косолапость.		2		2	Опрос, тест
3.15.3	Сколиозы. Остеохондропатии.		1		1	Опрос, тест
3.16	<i>Дегенеративно-дистрофические поражения суставов.</i>		2	1	1	
3.16.1	Общие вопросы диагностики и дифференциальной диагностики		1	1		Опрос, тест
3.16.2	Гонартроз. Коксартроз.		1		1	Опрос, тест
3.17	<i>Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника</i>		3	1	2	
3.17.1	Этиология и патогенез		1	1		Опрос, тест
3.17.2	Клиника и диагностика		1		1	Опрос, тест
3.17.3	Выбор метода лечения. Консервативное и оперативное лечение.		1		1	Опрос, тест
3.18	<i>Остеопороз</i>		3	1	2	
3.18.1	Постменопаузальный и старческий, профилактика переломов, особенности лечения переломов на фоне остеопороза.		1		1	Опрос, тест
3.18.2	Частные варианты (стероидный, гиперпаратиреоидная остеодистрофия)		2	1	1	Опрос, тест

3.19	<i>Зачет</i>		6	0	6	
4.	Акушерство и гинекология в ОВП	1,5	54	12	42	зачет
4.1	Акушерство в ОВП		26	6	20	
4.1.1	Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом акушерского и гинекологического профиля.		2	1	1	Опрос, тест
4.1.2	Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности		2	1	1	Опрос, тест
4.1.3	Методы оценки функционального состояния плода		2	1	1	Опрос, тест
4.1.4	Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения		1		1	Опрос, тест
4.1.5	Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения		3	1	2	Опрос, тест
4.1.6	Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика развития гестозов		2		2	Опрос, тест
4.1.7	Кровотечения во время беременности: причины, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения		1		1	Опрос, тест
4.1.8	Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Причины. Методы борьбы с кровотечением. Профилактика.		1		1	Опрос, тест
4.1.9	Материнский травматизм. Классификация. Причины. Диагностика. Разрывы матки во время беременности и в родах. Клиника. Тактика ведения		2	1	1	Опрос, тест
4.1.10	Физиологические роды. Причины наступления. Периоды родов. Клиника и принципы ведения родов. Биомеханизм родов.		1		1	Опрос, тест
4.1.11	Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего		1		1	Опрос, тест

	послеродового периодов					
4.1.12	Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода.		2	1	1	Опрос, тест
4.1.13	Беременность и роды у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца, оперированным сердцем.		1		1	Опрос, тест
4.1.14	Беременность и роды при гипертонической болезни.		1		1	Опрос, тест
4.1.15	Беременность и роды при заболеваниях почек и печени.		1		1	Опрос, тест
4.1.16	Беременность и роды при сахарном диабете: гестационный диабет, диабет 1 и 2 типов.		1		1	Опрос, тест
4.1.17	Беременность и роды при бронхиальной астме		1		1	Опрос, тест
4.1.18	«Острый живот» в акушерстве. Причины. Клиника. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.		1		1	Опрос, тест
4.2	Гинекология		26	6	20	
4.2.1	Методы обследования гинекологических больных. Основные принципы проведения профилактических осмотров в условиях офиса врача общей практики.		2		2	Опрос, тест
4.2.2	Регуляция функции яичников. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система.		2	1	1	Опрос, тест
4.2.3	Гормональная недостаточность функции яичников. Тесты функциональной диагностики.		2	1	1	Опрос, тест
4.2.4	Дисфункциональные маточные кровотечения: диагностика, тактика ведения в различных возрастных группах, профилактика рецидивов.		2	1	1	Опрос, тест
4.2.5	Предменструальный синдром. Теории патогенеза. Степени тяжести. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения.		1		1	Опрос, тест

4.2.6	Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология. Группы риска. Классификация. Диагностика.		1		1	Опрос, тест
4.2.7	Диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отдела женских половых органов.		1		1	Опрос, тест
4.2.8	Внематочная беременность		1		1	Опрос, тест
4.2.9	Планирование семьи. Современные методы контрацепции		2	1	1	Опрос, тест
4.2.10	Бесплодный брак. Алгоритмы обследования. Современные пути преодоления бесплодия		3	1	2	Опрос, тест
4.2.11	Эндометриозная болезнь. Миома матки.		1		1	Опрос, тест
4.2.12	Опухоли яичников. Группы риска. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.		2	1	1	Опрос, тест
4.2.13	Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг.		1		1	Опрос, тест
4.2.14	Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг.		1		1	Опрос, тест
4.2.15	Физиология и патология пери- и постменопаузы.		1		1	Опрос, тест
4.2.16	Климактерический синдром. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Принципы гормональной заместительной терапии (ГЗТ)		1		1	Опрос, тест
4.3	Зачет		2		2	
5.	Болезни детей и подростков в ОВП	2	72	20	52	зачет
5.1	Вскармливание детей первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания		3	1	2	Опрос, тест

5.2	Питание детей дошкольного возраста		3	1	2	Опрос, тест
5.3	Рахит и рахитоподобные заболевания		2	1	1	Опрос, тест
5.4	Гипотрофия, паратрофия		1		1	Опрос, тест
5.5	Ведение детей с расстройствами питания. Ожирение. Нарушение полового созревания.		1		1	Опрос, тест
5.6	Железодефицитная анемия		2		2	Опрос, тест
5.7	Болезни почек и мочевыводящих путей у детей		6	3	3	
5.7.1	Гломерулонефриты		2	1	1	Опрос, тест
5.7.2	пиелонефрит		2	1	1	Опрос, тест
5.7.3	цистит		2	1	1	Опрос, тест
5.8	Болезни дыхательной системы у детей		4	1	3	
5.8.1	Пневмония у детей		2	1	1	Опрос, тест
5.8.2	ОРВИ, диагностика и лечение		1		1	Опрос, тест
5.8.3	Бронхиты у детей		1		1	Опрос, тест
5.9	Аллергические болезни у детей		7	2	5	

5.9.1	аллергический ринит		3	1	2	Опрос, тест
5.9.2	бронхиальная астма		3	1	2	Опрос, тест
5.9.3	атопический дерматит		1		1	Опрос, тест
5.10	Болезни сердечно-сосудистой системы у детей		6	2	4	
5.10.1	Миокардиты у детей		3	1	2	Опрос, тест
5.10.2	Функциональные шумы сердца.		2	1	1	Опрос, тест
5.10.3	Дистонии.		1		1	Опрос, тест
5.11	Болезни желудочно-кишечного тракта у детей		10	5	5	
5.11.1	Заболевания органов пищеварения: хр. гастриты, гастроудениты. Язвенная болезнь		2	1	1	Опрос, тест
5.11.2	Заболевания желчевыделительной системы. Панкреатит у детей. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.		2	1	1	Опрос, тест
5.11.3	Гельминтозы у детей		2	1	1	Опрос, тест
5.11.4	Заболевания пищевода. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Распространенность ГЭРБ. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз. Лечение. Пилороспазм и пилостеноз		2	1	1	Опрос, тест
5.11.5	Заболевания тонкой и толстой кишки. Особенности клинической картины СРК у детей.		2	1	1	Опрос, тест
5.12	Инфекционные болезни у детей. Вакцинация		7	1	6	

5.12.1	Детские инфекционные заболевания, особенности современного течения		3	1	2	Опрос, тест
5.12.2	Вакцинация детей. Прививочный календарь		2		2	Опрос, тест
5.12.3	Острые кишечные инфекции у детей. Лечение и наблюдение при ОКИ		2		2	Опрос, тест
5.13	Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей.		3	1	2	Опрос, тест
5.14	Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Наследственная патология: муковисцидоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика		2		2	Опрос, тест
5.15	Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.		2		2	Опрос, тест
5.16	Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкомоидные реакции, геморрагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики.		2		2	Опрос, тест
5.17	Неотложная помощь в педиатрии. Внезапная смерть ребенка		3	1	2	Опрос, тест
5.18	Стандарты в педиатрии		2	1	1	Опрос
5.19	Зачет		6		6	
6.	Болезни нервной системы в ОВП	2	72	20	52	зачет
6.1	Пропедевтика клинической неврологии		21	7	14	
6.1.1	II,III, IV,VI пары черепных нервов		3	1	2	Опрос, тест

6.1.2	V, VII пары черепных нервов. Невралгия III п.ч.н., невропатия VII п.ч.н.		3	1	2	Опрос, тест
6.1.3	IX, X, XI, XII пары черепных нервов. Бульбарный, псевдобульбарный синдромы.		3	1	2	Опрос, тест
6.1.4	Произвольные движения и их нарушения.		3	1	2	Опрос, тест
6.1.5	Общая чувствительность и ее нарушения.		3	1	2	Опрос, тест
6.1.6	Мозжечок, нарушения координации, экстрапирамидные расстройства.		3	1	2	Опрос, тест
6.1.7	Высшие мозговые функции.		3	1	2	Опрос, тест
6.2	<i>Частная клиническая неврология</i>		45	13	32	Опрос, тест
6.2.1	Острые нарушения мозгового кровообращения		3	1	2	Опрос, тест
6.2.2	Хронические нарушения мозгового кровообращения. Деменция. Врачебная тактика.		3	1	2	Опрос, тест
6.2.3	Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, спондилогенные радикулиты		3	1	2	Опрос, тест
6.2.4	Плекситы и невриты		3	1	2	Опрос, тест
6.2.5	Полиневропатии		3	1	2	Опрос, тест
6.2.6	Болезнь Паркинсона		3	1	2	Опрос, тест
6.2.7	Менингиты		3	1	2	Опрос, тест

6.2.8	Эпилепсия		3	1	2	Опрос, тест
6.2.9	Опухоли головного мозга		3	1	2	Опрос, тест
6.2.10	Неврологические расстройства при сахарном диабете, патологии щитовидной железы, Инфекционные болезни нервной системы. Токсическое поражение нервной системы.		3	1	2	Опрос, тест
6.2.11	Травматические поражения головного мозга		3	1	2	Опрос, тест
6.2.12	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом неврологического профиля.		3	1	2	Опрос, тест
6.2.13	Дифференциальный диагноз синдромов: головная боль, головокружение, расстройства сна и бодрствования, лицевая боль, онемение лица, гиперкинезы, нарушения сознания. Врачебная тактика.		3	1	2	Опрос, тест
6.3	<i>Зачет</i>		6		6	
7.	Болезни уха, горла и носа в ОВП	1,75	63	16	47	зачет
7.1	Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)		7	3	4	Опрос, тест
7.1.1	Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.		1	1		Опрос, тест
7.1.2	Распространенность ЛОР-заболеваний		1	1		Опрос, тест
7.1.3	Методы осмотра ЛОР-органов		5	1	4	Опрос, тест
7.2	<i>Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов</i>		9	3	6	

7.2.1	Клиническая анатомия уха		1	1		Опрос, тест
7.2.2	Физиология слухового анализатора		2	1	1	Опрос, тест
7.2.3	Методы исследования слуха		2		2	Опрос, тест
7.2.4	Физиология вестибулярного анализатора		2	1	1	Опрос, тест
7.2.5	Методы исследования вестибулярного анализатора		2		2	Опрос, тест
7.3	<i>Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</i>		5	1	4	
7.3.1	Заболевания наружного уха		3	1	2	Опрос, тест
7.3.2	Острый средний отит. Боль в ухе – дифференциальный диагноз.		1		1	Опрос, тест
7.3.3	Мастоидит		1		1	Опрос, тест
7.4	<i>Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</i>		6	1	5	
7.4.1	Хронические отиты		2	1	1	Опрос, тест
7.4.2	Отогенный менингит		1		1	Опрос, тест
7.4.3	Отогенные абсцессы мозга		1		1	Опрос, тест
7.4.4	Отогенный тромбоз сигмовидного синуса		2		2	Опрос, тест

7.5	Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)		4	1	3	
7.5.1	Отосклероз		1		1	Опрос, тест
7.5.2	Болезнь Меньера, клиника, диагностика и лечение		1		1	Опрос, тест
7.5.3	Нейросенсорная тугоухость ,клиника, диагностика, лечение, слухопротезирование.		2	1	1	Опрос, тест
7.6	Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.		6	1	5	
7.6.1	Клиническая анатомия и физиология носа.		1	1		Опрос, тест
7.6.2	Острый ринит; клиника, диагностика, лечение.		1		1	Опрос, тест
7.6.3	Хронические риниты Классификация, клиника, диагностика, лечение,		2		2	Опрос, тест
7.6.4	Носовые кровотечения и методы их остановки: передняя и задняя тампонады носа		2		2	Опрос, тест
7.7	Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.		4	1	3	
7.7.1	Острый и хронический гайморит		1	1		Опрос, тест
7.7.2	Острый и хронический этмоидит		1		1	Опрос, тест
7.7.3	Острый и хронический фронтит		1		1	Опрос, тест
7.7.4	Острый и хронический сфеноидит		1		1	Опрос, тест

7.8	<i>Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней</i>		6	1	5	
7.8.1	Первичные вторичные ангины. Боль в горле – дифференциальный диагноз		2	1	1	Опрос, тест
7.8.2	Специфические поражения глотки (сифилис, туберкулез ,СПИД)		1		1	Опрос, тест
7.8.3	Хронический тонзиллит		1		1	Опрос, тест
7.8.4	Паратонзиллярный абсцесс		1		1	Опрос, тест
7.8.5	Метатонзиллярные осложнения		1		1	Опрос, тест
7.9	<i>Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани.</i>		5	2	3	
7.9.1	Острые и хронические ларингиты. Ложный круп.		2	1	1	Опрос, тест
7.9.2	Гортанная ангина		1		1	Опрос, тест
7.9.3	Острые и хронические стенозы гортани		1		1	Опрос, тест
7.9.4	Рак гортани		1	1		Опрос, тест
7.10	<i>Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей.</i>		5	2	3	
7.10.1	Инородные воздухоносных путей. Трахеотомия, коникотомия, интубация		1		1	Опрос, тест

7.10.2	Инородные пищеводных путей. Диагностика. Эзофагоскопия.		2	1	1	Опрос, тест
7.10.3	Химические ожоги пищевода		2	1	1	Опрос, тест
7.11	Зачет		6		6	
8.	Болезни глаз в ОВП	2	72	20	52	зачет
8.1	Анатомия глаза		3	1	2	Опрос, тест
8.2	Зрительные функции и методы их исследования.		3	1	2	Опрос, тест
8.3	Патология оптической системы (миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм).		6	2	4	Опрос, тест
8.4	Коррекция зрения подбором очков Хирургические методы коррекции рефракции (кератотомия, Lasik).		5	1	4	Опрос, тест
8.5	Воспалительные заболевания глаз (век, слезных органов, конъюнктивы, орбиты, склеры). Ранняя диагностика, первичная врачебная помощь, лечение.		3	1	2	Опрос, тест
8.6	Травмы глаз. Ранения век, их классификация. Ранения глазного яблока. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза. Ожоги органа зрения. Поражения глаз различными видами излучения.		6	2	4	Опрос, тест
8.7	Роговица: заболевания и повреждения. Ранняя диагностика. Первая помощь.		3	1	2	Опрос, тест
8.8	Патология сосудистого тракта (врожденные аномалии, увеиты)		3	1	2	Опрос, тест
8.9	Заболевания сетчатки (острое нарушение кровообращения в сетчатке, дистрофия, отслойка)		5	1	4	Опрос, тест
8.10	Заболевания зрительного нерва (невриты, ишемические и токсические поражения; застойный диск, атрофия)		3	1	2	Опрос, тест

8.11	Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы.		5	1	4	Опрос, тест
8.12	Катаракта. Диагностика. Тактика ведения больных врачами общей практики. Оптическая коррекция		3	1	2	Опрос, тест
8.13	Изменение органа зрения при общих заболеваниях организма		6	2	4	Опрос, тест
8.14	Распознавание онкологических заболеваний глаз. Тактика врача общей практики.		3	1	2	Опрос, тест
8.15	Особенности патологии глаз у детей		3	1	2	Опрос, тест
8.16	Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики.		6	2	4	Опрос, тест
8.17	<i>Зачет</i>		6		6	
9.	Обучающий симуляционный курс	0,5	12		12	зачет
10.	Итоговая аттестация		6		6	
11.	Общий объем подготовки	16	576	144	432	

ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

Общая длительность симуляционного цикла 12 часов.

Содержание занятия	Используемое оборудование	Длительность работы в симуляционном центре (часы)
Занятие 1 Манипуляции в отоларингологии <ul style="list-style-type: none"> • Отоскопия • Помощь при стенозе гортани 	Муляж стеноза гортани, тренажер для отоскопии, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятия.	3

<p>Занятие 2 Сердечно-легочная реанимация. Криотиреотомия, трахеостомия и уход за трахеостомой.</p>	<p>Компьютеризированный торс для СЛР, тренажер для интубации трахеи, тренажер для криотиреотомии, тренажер ухода за трахеостомой, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.</p>	<p>4</p>
<p>Занятие 3 Хирургические навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наложение и снятие швов • завязывание узлов • перевязки • уход за стомой 	<p>Муляж ткани для наложения швов, рука для наложения швов, тренажер для завязывания узлов, тренажер для перевязок и ухода за стомой, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.</p>	<p>3</p>
<p>Занятие 4 Аускультация детей Зачет</p>	<p>Набор для имитации сердечных и легочных тонов, шумов у детей, торс для аускультации</p>	<p>2</p>

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Даты проведения: 17.01.2022 -21.05.2022

Месяц	Январь			Февраль				Март				Апрель				Май		
Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Даты	17.01-22.01	24.01-29.01	31.01-05.02	07.02-12.02	14.02-19.02	21.02-26.02	28.02-05.03	07.03-12.03	14.03-19.03	21.03-26.03	28.03-01.04	04.04-08.04	11.04-16.04	18.04-22.04	25.04-29.04	04.05-06.05	11.05-14.05	16.05-21.05
Часы	36	36	36	36	36	30	36	24	36	36	30	30	36	30	30	18	24	36
Каникулы						К		К							К	К	К	
Лекции	Л			Л					Л				Л					
Практические занятия		П	П		П	П	П	П		П	П	П		П	П	П	П	СК
Симуляционный курс																		
Аттестация																		А

Л – лекции;

П – клинические (практические) занятия;

СК – симуляционный курс;

А – итоговая аттестация;

К – каникулы

Даты проведения: 05.09.2022 -17.12.2022

Месяц	Сентябрь			Октябрь					Ноябрь				Декабрь		
Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Даты	05.09-10.09	12.09-17.09	19.09-24.09	26.09-01.10	03.10-08.10	10.10-15.10	17.10-22.10	24.10-29.10	31.10-05.11	07.11-12.11	14.11-19.11	21.11-25.11	28.11-03.12	05.12-10.12	12.12-17.12
Часы	36	42	36	36	36	42	36	42	36	42	36	42	36	42	36
Каникулы															
Лекции	Л			Л					Л				Л		
Практические занятия		П	П		П	П	П	П		П	П	П		П	
Симуляционный курс															СК
Аттестация															А

Л – лекции;

П – клинические (практические) занятия;

СК – симуляционный курс;

А – итоговая аттестация;

Даты проведения: 16.01.2023 -20.05.2023

Месяц	Январь			Февраль				Март				Апрель				Май		
Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Даты	16.01-21.01	23.01-28.01	30.01-04.02	06.02-11.02	13.02-18.02	20.02-25.02	27.02-04.03	06.03-11.03	13.03-18.03	20.03-25.03	27.03-31.03	03.04-07.04	10.04-15.04	17.04-22.04	24.04-28.04	04.05-06.05	11.05-13.05	15.05-20.05
Часы	36	36	36	36	36	30	36	24	36	36	30	30	36	36	30	18	18	36
Каникулы						К		К							К	К	К	
Лекции	Л			Л					Л				Л					
Практические занятия		П	П		П	П	П			П	П	П		П	П	П		П
Симуляционный курс																	СК	
Аттестация																		А

Л – лекции;

П – клинические (практические) занятия;

СК – симуляционный курс;

А – итоговая аттестация;

К - каникулы

Даты проведения: 04.09.2023 -16.12.2023

Месяц	Сентябрь				Октябрь				Ноябрь				Декабрь		
Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Даты	04.09-09.09	11.09-16.09	18.09-22.09	25.09-30.09	02.10-07.10	09.10-14.10	16.10-20.10	23.10-28.10	30.10-03.11	06.11-11.11	13.11-18.11	20.11-24.11	27.11-02.12	04.12-09.12	11.12-16.12
Часы	36	42	36	36	42	36	42	36	36	42	36	42	36	42	36
Каникулы															
Лекции	Л			Л					Л				Л		
Практические занятия		П	П		П	П	П	П		П	П	П		П	
Симуляционный курс															СК
Аттестация															А

Л – лекции;

П – клинические (практические) занятия;

СК – симуляционный курс;

А – итоговая аттестация;

5. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ

1. Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика в профессиональной деятельности в общей врачебной практике. Организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике

1.1. Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)».

Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки.

Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)». Определение «врач общей практики (семейный врач)».

Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенций. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП.

1.2. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ.

Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенций ВОП/СВ.

1.3. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) и специалиста - врач общей практики (семейный врач) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.

1.4. Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи.

1.5. Определения понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "пред-болезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.

1.6. Система физического воспитания и физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине).

1.7. Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Принципы лечебно-профилактического питания.

1.8. Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркомании и токсикомании.

1.9. Основы профилактической гериатрии. Социально-гигиенические факторы в профилактике преждевременного старения. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.

1.10. Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов;

1.11. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП.

- 1.12. 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
- 1.13. Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.
- 1.1. **Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ**
- 1.2. Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода.
- 1.3. Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение.
- 1.4. Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови.
- 1.5. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена.
- 1.6. Исследование мочи. Мочевой осадок. Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок. Методы расчета СКФ.
- 1.7. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок
- 1.8. Спирография. Основные показатели.
- 1.9. ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.
- 1.10. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
- 1.11. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
- 1.12. Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца
- 1.13. Электрокардиограмма при нарушении функции проводимости
- 1.14. Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков
- 1.15. Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом повреждении и некрозе сердечной мышцы
- 1.16. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда

2. Кардиология.

- 2.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля. Диспансеризация. Диспансерное наблюдение.
- 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 классификация. 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.
- 2.10. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

3. Ревматология

- 3.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля. Оценка качества оказания медицинской помощи.
- 3.2. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы, диагностические критерии. Этапы лечения больных острой ревматической лихорадкой. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.
- 3.3. Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностики (физикальные. ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансерное наблюдение. Профилактика, прогноз, МСЭ.
- 3.4. Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
- 3.5. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.6. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.7. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.8. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.9. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение, МСЭ.

- 3.10. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.11. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.12. Диффузные заболевания соединительной ткани.
- 3.13. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.14. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.15. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, МСЭ.
- 3.16. 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.
- 3.17. Остеопороз в практике семейного врача
- 3.18. Дифференциальный диагноз болей в мышцах, суставах, болевого синдрома в позвоночнике.

4. Гастроэнтерология.

- 4.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля. Диспансеризация. Диспансерное наблюдение.
- 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 HCV 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.

Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике.

- 4.8. Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнных желез. Врачебный осмотр полости рта.
- 4.9. Кариес. Этиология и патогенез кариеса зубов. Основные клинические синдромы. Ранняя диагностика и лечение. Принципы профилактики.
- 4.10. Заболевания пародонта, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Профилактика заболеваний у детей и взрослых.
- 4.11. Злокачественные новообразования полости рта. Рак губы. Клиническая картина. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов.

5. Пульмонология и аллергология.

- 5.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля. Диспансерное наблюдение. Оценка качества оказания медицинской помощи.
- 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. Новая коронавирусная инфекция.
- 5.6. Пневмонии. Этиопатогенез. Современная классификация. Особенности клинической картины и течения в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Терапия
- 5.7. Интерстициальные заболевания легких. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Саркоидоз.
- 5.8. Лекарственные поражения легких
- 5.9. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.

- 5.10. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
- 5.11. 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
- 5.12. Заболевания плевры. Плевриты. Этиопатогенез. Классификация, принципы терапии плевритов. Спонтанный пневмоторакс. Тактика ведения больных.
- 5.13. Рак легкого. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Современные принципы терапии.
- 5.14. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля.
- 5.15. Общая аллергология. Стандарты диагностики и терапии аллергических заболеваний. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит. Клиническая картина. Современные методы диагностики. Специфическая иммунотерапия.
- 5.16. Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Клиническая картина. Принципы наружной терапии.
- 5.17. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок.
- 5.18. Хроническая идиопатическая крапивница и отек Квинке. Этиопатогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современные принципы терапии.
- 5.19. 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.
- 5.20. 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.
- 5.21. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия. Пищевые продукты как аллергены и как инициаторы псевдоаллергических реакций, клинические формы пищевой аллергии. Диагностика. Лечение. Элиминационные диеты. Прогноз. Профилактика.
- 5.22. Инсектная аллергия. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности лечения исектного шока. Прогноз. Профилактика.

6. Заболевания мочевыделительной системы.

- 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 наднозоологической 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 и хронический цистит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапия.
- 6.7. Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Принципы неотложной терапии.
- 6.8. Амилоидоз почек.
- 6.9. Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.
- 6.10. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.

- 6.11. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Принципы диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Заболевания яичек и мошонки. Мужское бесплодие.
- 6.12. Рак почки и мочевого пузыря.
- 6.13. Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики.
- 6.14. Терминальная ХПН. Синдромы и принципы терапии.

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, лейкомоидные 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.
- 7.8. Злокачественные лимфомы. Неходжкинские лимфомы. Лимфогранулематоз. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий

8. Эндокринология

- 8.1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом эндокринологического профиля.
- 8.2. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Осложнения. Современное представление 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. Дислипидемии. Принципы диетотерапии. Медикаментозная терапия. Дифференциальный диагноз синдромом полидипсии, офтальмопатии, полиурии.
- 8.5. Болезни надпочечников, гипофиза, гипоталамуса. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.
- 8.6. Климактерический синдром, ожирение и дефицит веса, гиперпаратиреоз: клиническая картина, основные причины, тактика врача ОВП.

9. Болезни пожилых в общей врачебной практике.

- 9.1. Особенности врачебного обследования пожилых и старых пациентов в условиях работы врача общей практики (семейного врача). Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте.
- 9.2. Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов. Принципы диагностики и лечения.
- 9.3. Особенности заболеваний легких у пожилых пациентов.
- 9.4. Особенности патологии почек у пожилых пациентов.
- 9.5. Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте.
- 9.6. Ревматические заболевания, эндокринная патология у пожилых.

- 9.7. Сочетанная патология внутренних органов у пожилых пациентов. Тактика лечения. Особенности терапии.
10. **Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в общей врачебной практике.**
- 10.1. Вирусные и бактериальные воздушно-капельные инфекции. Этиология, патогенез, эпидемиология, клинические проявления, диагностика, принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия. Показания к госпитализации. Детские воздушно-капельные инфекции. Сроки вакцинации и ревакцинации.
- 10.2. Кишечные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Показания к госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Тактика ведения реконвалесценции. Диспансеризация.
- 10.3. Вирусные гепатиты. Эпидемиология. Диагностика, тактика ведения. Лечение в стадии реконвалесценции. Диспансерное наблюдение.
- 10.4. Особо опасные инфекции. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при подозрении на эти заболевания. Наблюдение за реконвалесцентами.
- 10.5. Малярия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
- 10.6. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические проявления. Диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении вирусоносителей и больных.
- 10.7. Глистные и паразитарные заболевания. Группы риска. Клинические проявления, принципы диагностики, лечение. Профилактика.
- 10.8. Столбняк. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Профилактика.
- 10.9. Лихорадка неясного генеза. Особенности ведения пациентов. Дифференциальная диагностика.
- 10.10. Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции при наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваниях. Неотложные мероприятия при инфекционных заболеваниях.
- 10.11. Организация и содержание работы ВОП по профилактике и раннему выявлению туберкулеза при обращаемости, а так же при массовых профилактических осмотрах населения методом туберкулиндиагностики и флюорографии. Диагностические минимумы - обязательный, дополнительный, факультативный. Формирование групп риска по заболеванию туберкулезом.
- 10.12. Милиарный диссеминированный туберкулез легких, инфильтративный туберкулез, казеозная пневмония, туберкулома, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез, туберкулез плевры, диагностика. Тактика врача общей практики.
- 10.13. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, периферических групп и брыжейки, туберкулез других локализаций (урогенитальный, костей и суставов, глаз, кожи, мозговых оболочек), клиника, диагностика, тактика ВОП.
- 10.14. Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом. Реабилитация. Профилактика. МСЭ.
- 10.15. Профессиональные заболевания химической этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
- 10.16. Профессиональные заболевания органов дыхания пылевой этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
- 10.17. Профессиональные заболевания, обусловленные действием физических факторов. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.

- 10.18. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Гигиена труда в различных отраслях промышленности. Информированность о профессиях, "угрожаемых профпатологией". Предварительные осмотры, их цели в задачи. Противопоказания к приему на работу с профессиональными вредностями. Периодические осмотры лиц, работающих с профессиональными вредностями.
- 10.19. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении пациентов с профессиональным заболеванием или наличием факторов риска. Взаимодействие со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией

11. Пациент с нарушениями психики в общей врачебной практике. Медицинская психология в общей врачебной практике.

- 11.1. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека, психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека. Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.
- 11.2. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний. Роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.
- 11.3. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом, между пациентом и его родственниками, родителями и детьми. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача.
- 11.4. Основы семейной психологии. Определение понятия "супружеский союз". Психологическая совместимость и несовместимость, супружеское соглашение и ожидание. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Функции эмоций в межличностных отношениях в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей.
- 11.5. Медицинская деонтология. Элементы медицинской деонтологии. Требования медицинской деонтологии к организации работы врача общей практики (семейного врача). Применение требований медицинской деонтологии и психогигиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимоотношениях врача общей практики (семейного врача) с членами семьи. Определение понятий "этика" и "деонтология"; элементы медицинской деонтологии; морально-этические нормы поведения медицинского работника; определение понятия "ятрогенные заболевания"; риск возникновения ятрогенных заболеваний у лиц различного возраста и пола; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний. Психология врача
- 11.6. Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии. Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.
- 11.7. Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов.
- 11.8. Общая характеристика современных принципов и методов лечения психических заболеваний, применяемых при оказании ПМСП врачом общей практики (семейным врачом). Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий. Медицинские показания к госпитализации больных психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

- 11.9. Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов.
 - 11.10. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления. Принципы лечения. Тактика ведения больных.
 - 11.11. Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения.
 - 11.12. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения.
 - 11.13. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики.
 - 11.14. Алкоголизм, наркомания, токсикомания: распространенность, клинические проявления, способы лечения, социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике. Абстинентный синдром.
 - 11.15. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство. Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей.
- 12. Профессиональные болезни в общей врачебной практике.**
- 12.1. Профессиональные заболевания химической этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
 - 12.2. Профессиональные заболевания органов дыхания пылевой этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
 - 12.3. Профессиональные заболевания, обусловленные действием физических факторов. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
 - 12.4. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Гигиена труда в различных отраслях промышленности. Информированность о профессиях, "угрожаемых профпатологией". Предварительные осмотры, их цели и задачи. Противопоказания к приему на работу с профессиональными вредностями. Периодические осмотры лиц, работающих с профессиональными вредностями.
 - 12.5. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении пациентов с профессиональным заболеванием или наличием факторов риска. Взаимодействие со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией

«Хирургические болезни в общей врачебной практике. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация в общей врачебной практике.»

Хирургические болезни.

1. Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного.

Понятие «хирургический больной». Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного. Порядок и последовательность обследования хирургического больного. Особенности осмотра хирургического больного.

Лабораторные и инструментальные исследования, применяемые у хирургических больных. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургического профиля.

2. Вопросы общей хирургии.

2.1. Асептика и антисептика. Операция.

Асептика и антисептика.

Предоперационный период. Показания к операции. Подготовка больных к плановым операциям. Операции. Классификация. Послеоперационный период. Наблюдение за оперированными пациентами. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Восстановление трудоспособности.

2.2. Раны. Десмургия.

Раны. Определение, классификация. Стадии раневого процесса. Виды заживления ран. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран. Профилактика столбняка и бешенства. Методы остановки кровотечения. Дренажи. Виды дренажей. Швы. Классификация швов. Шовный материал. Техника наложения и снятия швов. Десмургия. Виды повязок. Правильность выполнения перевязок.

2.3. Некрозы тканей.

Ожоги и отморожения. Пролежни. Определение. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Профилактика.

2.4. Онкология.

Определение онкологических заболеваний. Клиника. «Малые признаки». Предопухолевые заболевания. Методика пальпации молочных желез. Пальцевое ректальное исследование. Методы исследования. Послеоперационное ведение больных. Диспансерное наблюдение. Симптоматическая терапия неоперабельных больных. Купирование болевого синдрома. Психологическая поддержка больных.

3. Острые заболевания органов брюшной полости.

Понятие «острый живот». Нозологические единицы, входящие в понятие «острый живот». Перитонеальные симптомы. Показания к экстренной госпитализации, порядок транспортировки и предоперационной подготовки. Психологический подход к больному с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика с «нехирургическими» заболеваниями органов брюшной полости.

3.1. Острый аппендицит.

Клиника, варианты клинического проявления. Диагностика острого аппендицита. Дифференциальная диагностика. Атипичное течение аппендицита: ретроцекальный, ретроперитонеальный острый аппендицит. Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у беременных. Лечение острого аппендицита. Послеоперационное ведение больного, оперированного по поводу острого аппендицита. Осложнения послеоперационного периода: их диагностика и лечение. Восстановление и длительность нетрудоспособности.

3.2. Острый холецистит. Механическая желтуха.

Определение, этиология, патогенез острого холецистита. Классификация. Диагностика острого холецистита. Дифференциальная диагностика острого холецистита. Ведение пациента врачом общей практики: организация лечения в предоперационном периоде и на догоспитальном этапе. Консервативное лечение. Показания к операции. Варианты хирургического лечения. Реабилитация и уход за больными в послеоперационном периоде. Осложнения послеоперационного периода: диагностика и лечение. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение.

Механическая желтуха. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Показания к операции. Предоперационная подготовка. Варианты хирургического лечения. Ведение послеоперационных больных. Понятие и виды внутрипротоковых дренажей: наблюдение и правила ухода за ними. Реабилитация. Восстановление трудоспособности. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

3.3. Острый панкреатит.

Определение, этиология, патогенез острого панкреатита. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина острого панкреатита. Диагностика острого панкреатита. Дифференциальная диагностика. Ведение больного на догоспитальном этапе врачом общей практики. Консервативное лечение и показания к оперативному лечению. Оперативное лечение. Ведение больного в послеоперационном периоде: особенности лечения и перевязок в раннем

послеоперационном периоде. Реабилитация. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Профилактика острого панкреатита.

3.4. Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Определение, эпидемиология, статистика, факторы риска. Классификация. Перфоративная язва желудка: определение, клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Транспортировка. Варианты хирургического лечения. Послеоперационное ведение больных.

Кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к экстренной госпитализации. Тактика до госпитализации: комплексная гемостатическая терапия, инфузионная терапия, коррекция волевых нарушений. Транспортировка. Эндоскопия. Классификация желудочно-кишечного кровотечения по Forest. Лечебная эндоскопия: варианты лечения. Показания к операции. Варианты операций. Послеоперационное ведение больного. Послеоперационные осложнения: диагностика и лечение. Реабилитация. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Профилактика осложнений язвенной болезни.

Другие причины кровотечения и верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Клиническая картина. Диагностика. Тактика до госпитализации. Техника постановки зонда Блэкмора. Лечебная эндоскопия.

3.5. Острая кишечная непроходимость. Ущемленные грыжи.

Определение, этиология, патогенез острой кишечной непроходимости. Классификация. Клиническая картина. Диагностика острой кишечной непроходимости. Лечение: консервативное лечение. Сифонная клизма: понятие, показания, техника выполнения, осложнения. Показания к операции. Варианты оперативного лечения. Ведение больных в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

Грыжи передней брюшной стенки. Определение, классификация. Анатомия грыж передней брюшной стенки. Клиническая картина. Диагностика. Клиническая картина и диагностика ущемленной грыжи. Другие осложнения грыжи: непроходимость в грыжевом мешке, флегмона грыжевого мешка. Показания к плановым и экстренным операциям. Особенности предоперационной подготовки. Варианты оперативного лечения. Ведение в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Бандажи: виды и показания и правила их использования. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

4. Некоторые вопросы частной проктологии.

4.1. Геморрой.

Определение. Анатомия. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина острого и хронического геморроя. Кровотечение из геморроидальных узлов. Тактика ведения больных с острым и хроническим геморроем. Консервативное лечение. Лигирование. Склерозирующая терапия. Варианты хирургического лечения. Ведение больного в раннем и позднем послеоперационном периоде. Выполнение перевязок послеоперационных ран. Осложнения геморроя. Осложнения в послеоперационном периоде. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

4.2. Трещина заднего прохода.

Определение. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Варианты клинических проявлений. Классификация. Лечение. Консервативное лечение. Типы хирургических операций. Осложнения. Ведение больных в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

4.3. Паранекротит.

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Варианты клинических проявлений в зависимости от классификации. Диагностика.

Лечение. Консервативное лечение в предоперационном периоде. Хирургическое лечение парапроктита. Методика операции. Этапы хирургического лечения. Техника выполнения перевязок. Ведение больного в послеоперационном периоде. Лекарственная терапия. Амбулаторное наблюдение. Осложнения. Течение и прогноз. Профилактика. Возрастные особенности.

5. Некоторые вопросы сосудистой хирургии.

5.1. Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Синдром и болезнь Рейно. Острая артериальная непроходимость. Определение. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Особенности клинического проявления у больных сахарным диабетом. Осложнения в ходе клинического течения. Острые состояния при облитерирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей. Клиника. Классификация. Лечение облитерирующих заболеваний сосудов. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Типы хирургических операций. Лечение больных после ампутаций конечностей. Лечение и ведение больных с сухой гангреной пальцев стоп. Экстренная и плановая госпитализация больных для хирургического лечения. Купирование болевого синдрома у больных III и IV стадией заболевания. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

5.2. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Посттромбофлебитический синдром.

Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения в ходе клинического течения. Консервативное лечение. Хирургическое лечение: варианты и техника хирургических операций. Ведение больных в раннем послеоперационном периоде. Осложнения. Склерозирующая терапия. Беременность и варикозная болезнь. Неотложные состояния и купирование на догоспитальном этапе. Профилактика рецидивов.

Тромбофлебит. Определение. Поверхностный тромбофлебит и острый тромбофлебит глубоких вен. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Возможные осложнения. Консервативное лечение. Лекарственная терапия. Оперативное лечение. Течение и прогноз.

Посттромбофлебитический синдром. Определение. Этиология. Патогенез. Лечение трофических язв. Техника наложения повязки Унна. Лечение компрессией. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Течение и прогноз.

6. Гнойные заболевания.

6.1. Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит.

Определение. Этиология. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Варианты клинических проявлений по фазам воспаления. Классификация. Диагностика. Техника выполнения пункций. Дифференциальная диагностика. Возможные осложнения. Консервативное и хирургическое лечение по фазам воспаления. Техника выполнения операций. Техника выполнения перевязок. Промывание гнойных полостей. Смена дренажей. Лекарственная терапия. Лимфотропный метод лечения гнойной хирургической инфекции. Техника выполнения. Показания и противопоказания. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

6.2. Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление.

Определение. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы раннего активного выявления. Возможные осложнения. Лечение. Лимфотропный способ введения антибиотика. Техника выполнения. Показания и противопоказания. Хирургический метод лечения. Техника выполнения операций. Перевязки в послеоперационном периоде по фазам раневого процесса. Лимфостаз как осложнение рожистого воспаления. Клиника. Этиопатогенез. Лечение. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

6.3. Остеомиелит.

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Различные виды клинических проявлений в зависимости от классификации.

Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы раннего активного выявления. Возможные осложнения. Лечение по фазам воспалительного процесса. Консервативное лечение. Лекарственная терапия. Хирургическое лечение. Техника выполнения операций. Послеоперационный уход за больным. Техника выполнения перевязок по фазам воспалительного процесса. Профилактика и возможные осложнения. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.

6.4. Острый мастит.

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение по фазам воспаления. Консервативное лечение. Интрадуктальный метод введения антибиотиков, техника выполнения, показания и противопоказания. Хирургическое лечение. Техника выполнения перевязок. Ведение больных в послеоперационном периоде. Лактостаз. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика. Осложнения острого мастита и острого лактостаза. Течение и прогноз. Советы по кормлению грудью.

Сепсис. Тактика врача общей практики.

7. Урология

7.1. Почечная колика. Определение. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: консервативное, малоинвазивные технологии, оперативное. Варианты операций. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

7.2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи. Определение. Этиология. Классификация. Стадии. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика с раком предстательной железы. Лечение: консервативное, оперативное. Варианты операций. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

7.3. Острая задержка мочи. Определение. Этиология. Парадоксальная ишурия. Клиническая картина. Диагностика. Лечение: катетеризация мочевого пузыря, троакарная и пункционная эпицистостомия, операции. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Фимоз. Парафимоз.

8. Интенсивная терапия и реанимация

8.1. Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния. Причины и диагностика клинической смерти. Рекомендации по легочно-сердечной реанимации. Этапы сердечно-легочной реанимации. Методы очистки верхних дыхательных путей от инородных тел и жидкости. Искусственное дыхание «изо рта в рот», «изо рта в нос». Закрытый массаж сердца. Медикаментозная терапия при остановке сердца. Виды дефибрилляции. Механическая, электрическая, фармакологическая дефибрилляция. Показания. Методы проведения.

8.2. Коматозные состояния. Дифференциальный диагноз при коматозных состояниях различного генеза: гипогликемическая кетоацидотическая, гиперосмолярная, анемическая, мозговая, печеночная, уремическая, гипохлоремическая комы. Неотложная помощь. Профилактика. Прогноз.

8.3. Острые отравления. Отравления снотворными, кислотами, щелочами, ядовитыми грибами, солями тяжелых металлов и другими токсическими соединениями. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Отравления спиртами и алкоголем, алкогольная кома, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь.

8.4. Поражение электрическим током, молнией, солнечный, тепловой удар. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Утопление, удушье. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Острые радиационные поражения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

8.5. Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика.

- Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
- 8.6. Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
- 8.7. Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.

«Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

1. Травматология и ортопедия (определение специальности). Организация травматолого-ортопедической службы. Принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных. Принципы санаторно-курортного лечения. История травматологии и ортопедии. Определение основных понятий: травма (изолированная, множественная, сочетанная, комбинированная), травматизм, классификация переломов. Клиническая и рентгенологическая диагностики переломов. Стандарты в травматологии
2. Консервативные и оперативные методы лечения переломов: гипсовые повязки, скелетное вытяжение, погружной и внеочаговый остеосинтез, эндопротезирование тазобедренного сустава. Показания и противопоказания, осложнения при различных методах лечения. Особенности амбулаторного ведения больных в зависимости от вида остеосинтеза или способа консервативного лечения. Ушибы, раны, вывихи, трещины. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
3. Частная травматология. Переломы костей верхних и нижних конечностей, таза, позвоночника: особенности диагностики и выбора способа лечения. Переломы проксимального отдела бедренной кости: диагностика на амбулаторном этапе, своевременное оперативное лечение, послеоперационное ведение на амбулаторном этапе. Повреждения коленного сустава: особенности клинической, рентгенологической и инструментальной диагностики, выбор способа лечения, понятие об артроскопии, особенности послеоперационного периода и реабилитации.
4. Термические поражения. Термические ожоги: особенности строения и физиологии кожи человека, этиология и патогенез ожоговых ран, определения площади и глубины поражения, ожоговая болезнь; показания к стационарному и амбулаторному лечению, местное лечение ожоговых ран, оперативное лечение ожоговых ран, лечение ожоговой болезни. Местные поражения холодом: этиология и патогенез, первая помощь, принципы лечения.
5. Последствия повреждений: ложные суставы, посттравматические деформации и укорочения, артрогенные контрактуры.
6. Детские ортопедические заболевания. Врожденная косолапость: этиология, патогенез, диагностика, выбор способа лечения в зависимости от возраста. Мышечная кривошея: этиология, патогенез, диагностика, выбор способа лечения в зависимости от возраста. Врожденный вывих бедра (дисплазия тазобедренных суставов): этиология, патогенез, ранняя диагностика, тактика лечения в зависимости от своевременности диагностики. Сколиозы: классификация, этиология и патогенез, клиническая картина и особенности лечения в зависимости от стадии. Остеохондропатии: понятие, этиология, стадии процесса. Наиболее часто встречающиеся остеохондропатии (болезнь Пертеса, болезнь Шойермана-Мау, болезнь Осгуд-Шлаттера, болезнь Кенига, болезнь Келлера I и II)
7. Дегенеративно-дистрофические поражения крупных суставов: этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика. Стадии деформирующего артроза, клиническая и рентгенологическая картина в зависимости от стадии. Консервативное и

оперативное лечение. Эндопротезирование крупных суставов, особенности послеоперационного ведения больных на амбулаторном этапе.

8. Дегенеративно–дистрофические поражения позвоночника: этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины остеохондроза в зависимости от локализации процесса, типичные симптомокомплексы для остеохондроза шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника. Консервативное и оперативное лечение. Консервативное лечение больных на амбулаторном этапе.
9. Остеопороз. Классификация, этиология и патогенез. Диагностика, в том числе лабораторная и инструментальная. Частные варианты: стероидный остеопороз, гиперпаратиреоидная остео дистрофия). Особенности лечения переломов на фоне остеопороза. Профилактика и лечение остеопороза в постменопаузальном периоде и старческом возрасте, профилактика переломов.

«Акушерство и гинекология в общей врачебной практике.»

1. Акушерство

1.1. Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом акушерского и гинекологического профиля. Основные показатели работы. Методы

обследования и диспансеризации беременных, группы высокого риска по развитию осложнений беременности. Показания к госпитализации.

1.2. Диагностика беременности. Признаки беременности (сомнительные, вероятные, достоверные), лабораторные методы диагностики беременности (гормональный метод). Способы определения срока беременности (календарный, ультразвуковое исследование, наружное акушерское исследование).

Методы обследования беременных: наружное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левитского, измерение наружных размеров большого таза, способы вычисления истинной акушерской конъюгаты, аускультация сердечных тонов плода), влагалищное исследование.

Оценка состояния внутриутробного плода: ультразвуковое исследование, биохимические маркеры (современные скрининговые сроки обследования), кардиотокография, инвазивные методы диагностики (амниоцентез, хорионбиопсия, кордоцентез, амниоскопия).

1.3. Ранний токсикоз беременных: классификация (часто и редко встречающиеся формы), этиопатогенез, клиника. Тактика ведения беременных с различными формами раннего токсикоза (немедикаментозные и медикаментозные методы лечения).

Показания к прерыванию беременности.

1.4. ОПГ-гестоз: современная классификация, этиология, патогенез. Понятие «претоксикоз» (доклиническая стадия гестоза).

Клиническая картина и патогенетически обоснованная терапия различных стадий ОПГ-гестоза. HELLP-синдром: критерии диагностики.

Показания к досрочному родоразрешению. Неотложная помощь при тяжелых формах гестоза (преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром).

Профилактика развития тяжелых форм гестоза у беременных группы высокого риска.

1.5. Кровотечения во время беременности: основные причины (самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, трофобластическая болезнь, шеечно-перешеечная беременность, разрывы матки), клиническая картина,

- дифференциальная диагностика. Тактика ведения и неотложная помощь.
- 1.6. Кровотечения в родах и в раннем послеродовом периоде. Наиболее частые причины (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии прикрепления плаценты, разрывы матки, травмы родовых путей, гипо- и атонические кровотечения, коагулопатии), клиника, оценка объема кровопотери, неотложная помощь. Комплекс мероприятий по профилактике кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.
 - 1.7. Материнский травматизм: причины, классификация по локализации (гематомы и разрывы слизистой оболочки вульвы и влагалища, разрывы промежности, разрывы шейки матки, разрывы матки, выворот матки, расхождение и переломы костей малого таза), по степени (объему) повреждения. Сроки и методы диагностики, тактика ведения и профилактика.
 - 1.8. Физиологические роды: понятия «физиологический и патологический прелиминарный период», «подготовительный период». Современные представления о причинах начала родов. Клиника, принципы ведения родов. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления.
 - 1.9. Физиологический послеродовый период. Понятия «ранний и поздний послеродовый период». Инволюционные изменения в основных системах женского организма. Функция молочных желез в послеродовом периоде (характеристики молозива, становление лактации, методы борьбы с лактостазом). Особенности обследования родильниц: динамика показателей клинического анализа крови, микробиологическое обследование, бимануального исследования, параметров УЗИ органов малого таза в норме. Группы риска по развитию гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. Место гистероскопии и компьютерной томографии в диагностике послеродовых гнойно-септических заболеваний.
 - 1.9. Физиология и патология периода новорожденности. Оценка состояния новорожденного по шкале В.Апгар. Признаки доношенного, недоношенного и переношенного плода. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗРП): причины, методы ante- и постнатальной диагностики, профилактика.
 - 1.10. Беременность и роды у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца, с оперированным сердцем. Особенности ведения беременности, сроки и цель плановых госпитализаций. Группы риска по неблагоприятному исходу беременности по Л.В.Ваниной. Показания к досрочному родоразрешению. Показания к оперативному родоразрешению (акушерские щипцы, кесарево сечение). Особенности ведения родов и послеродового периода.
 - 1.11. Беременность и роды при гипертонической болезни. Наиболее частые осложнения беременности и родов у пациенток с данной патологией. Сроки и цели плановых госпитализаций беременных с гипертонической болезнью. Группы риска по неблагоприятному исходу беременности по Л.В.Ваниной. Дифференциальная диагностика с ОПГ-гестозом. Особенности ведения родов через естественные родовые пути, показания к досрочному и оперативному родоразрешению. Ведение послеродового периода.
 - 1.12. Беременность и роды при заболеваниях почек. Клиника,

диагностика, тактика ведения беременности и родов у пациенток с гестационным пиелонефритом, хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью, хроническим гломерулонефритом.

Медицинские показания к прерыванию беременности.

- 1.13. Беременность и роды при заболеваниях печени: холестатический гепатоз беременных, острый жировой гепатоз беременных, вирусные гепатиты, цирроз печени. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, акушерская тактика. Острая печеночная недостаточность: причины, клиника, диагностика, акушерская тактика, профилактика.
- 1.14. Беременность и роды при сахарном диабете 1 и 2 типа, при гестационном диабете. Особенности течения основного заболевания при беременности, осложнения беременности на фоне диабета, тактика ведения беременности и родов у пациенток данной группы. Сроки плановых госпитализаций при беременности, показания к прерыванию беременности у пациенток с сахарным диабетом. Сроки планового родоразрешения, показания к досрочному родоразрешению. Особенности течения и ведения послеродового периода у родильниц с сопутствующим диабетом.
- 1.15. Беременность и роды при бронхиальной астме. Особенности течения бронхиальной астмы при беременности, осложнения беременности и родов на фоне бронхиальной астмы. Методы диагностики. Акушерская тактика при беременности и в родах. Ведение послеродового периода у родильниц с бронхиальной астмой.
- 1.16. «Острый живот» в акушерстве. Острый аппендицит, острый холецистит, перекрут ножки опухоли яичника, нарушение питания миоматозного узла, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности клинической картины при беременности, диагностика, хирургическая и акушерская тактика, место симультанных операций при лечении беременных с острой хирургической патологией. Профилактика осложнений острых заболеваний органов брюшной полости у беременных.

2. Гинекология

- 2.1. Методы обследования гинекологических больных. Основные принципы проведения профилактических осмотров с целью раннего выявления онкологической патологии. Показания для госпитализации гинекологических больных.
- 2.2. Регуляция функции яичников. Репродуктивная система как пример функциональной системы, иерархический принцип организации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, пять уровней регуляции. Биосинтез гормонов и их биологическое действие.
- 2.3. Гормональная недостаточность функции яичников. Принципы диагностики: «симптом-синдром-болезнь». Нормогонадотропная недостаточность функции яичников. Причины: ожирение, синдром поликистозных яичников, надпочечниковая гиперандрогения, первичный гипотиреоз, сахарный диабет 1 и 2 типа, аутоиммунный оофорит, хронический аднексит, генитальный эндометриоз. Тесты функциональной диагностики. Ультразвуковое наблюдение за ростом фолликула и формированием желтого тела в яичниках. Определение прогестерона в периферической крови во вторую фазу менструального цикла.
- 2.4. Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном (пубертатном), репродуктивном и в перименопаузальном периодах. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение:

немедикаментозные, медикаментозные (негормональные и гормональные) методы. Показания к хирургическому гемостазу. Профилактика рецидивов.

- 2.5. Предменструальный синдром (ПМС). Современные представления об этиопатогенезе. Клинические формы ПМС. Степени тяжести. Методы лечения ПМС (негормональные и гормональные).
- 2.6. Нормальный микробиоценоз влагалища: состав нормальной микрофлоры в репродуктивном возрасте. Защитные специфические и неспецифические факторы.
- 2.7. Бактериальный вагиноз: критерии диагностики, принципы лечения и профилактики.
- 2.8. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов: этиология, клиника, топическая классификация (вульвиты, бартолиниты, кольпиты, цервициты). Методы диагностики. Принципы терапии.
- 2.9. Воспалительные заболевания верхнего отдела половых органов (воспалительные заболевания органов малого таза - ВЗОМТ): этиология, клиническое течение (острое, подострое, хроническое), локализация (эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, периметрит, параметрит, пельвиоперитонит). Особенности лечения воспалительных заболеваний в острой и хронической стадии. Показания к хирургическому лечению. Осложнения и исходы ВЗОМТ.
- 2.10. Эктопическая (внематочная) беременность. Этиология. Классификация. Диагностика прогрессирующей и нарушенной внематочной беременности по типу трубного аборта и по типу разрыва трубы (объективные, лабораторные и инструментальные методы обследования). Дифференциальная диагностика. Ведение послеоперационного периода. Профилактика эктопической беременности.
- 2.11. Бесплодный брак. Понятие «бесплодие», классификация. Женское бесплодие: причины (трубно-перитонеальное бесплодие, эндокринное бесплодие, цервикальное бесплодие, бесплодие, обусловленное патологией матки, эндометриоз, иммунологическое бесплодие), алгоритм обследования. Принципы лечения (консервативные и хирургические методы). Вспомогательные репродуктивные технологии.
- 2.12. Миома матки. Этиология. Классификация. Клиника различных форм миомы матки. Консервативная терапия (прогестины, эстроген-гестагенные препараты, антипрогестагены, антиэстрогены, антигонадотропины, агонисты гонадотропин-релизинг гормона). Показания к оперативному лечению.
- 2.13. Эндометриозная болезнь. Современные представления об этиопатогенезе. Классификация (генитальный внутренний и наружный, экстрагенитальный). Клиническая картина разных форм эндометриоза. Консервативная терапия (гормональная терапия, гепатопротекторы, иммуномодулирующая терапия). Показания к оперативному лечению.
- 2.14. Опухоли яичников. Факторы риска развития опухолей яичников. Этиопатогенез. Классификация (доброкачественные, пограничные и злокачественные; гистологическая классификация). Современные методы диагностики опухолей яичников (УЗИ, доплерометрия, КТ, ЯМР-томография, эндоскопический метод, определение опухолевых маркеров, гистологическое исследование). Дифференциальная диагностика (хронические воспалительные процессы в придатках

- матки, миома матки, заболевания почек, заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни позвоночника). Осложнения опухолей яичников (разрыв капсулы, перекрут ножки, присоединение вторичной инфекции, озлокачествление). Принципы лечения опухолей яичников.
- 2.15. Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска развития рака шейки матки. Место папилломавирусной инфекции в этиопатогенезе рака шейки матки. Классификация. Методы диагностики (исследование в зеркалах, кольпоскопия простая и расширенная, онкоцитологическое исследование, гистологическое исследование). Основные принципы лечения доброкачественных процессов и рака шейки матки. Значение профилактических осмотров в ранней диагностике рака шейки матки.
- 2.16. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенетические варианты и факторы риска развития заболевания (гормонзависимая и автономная формы). Ранние клинические проявления. Методы диагностики (УЗИ, цитологическое исследование аспирата из полости матки, гистологическое исследование, гистероскопия). Принципы лечения гиперпластических процессов и рака эндометрия.
- 2.17. Современные методы контрацепции (барьерные, гормональные, внутриматочные контрацептивы). Особенности контрацепции после аборта. Послеродовая контрацепция. Принципы консультирования по вопросам планирования семьи. Критерии выбора и категории приемлемости методов контрацепции по рекомендациям ВОЗ.
- 2.18. Климактерический синдром. Определение. Понятия «менопауза, пре- и постменопауза, перименопауза», «преждевременная, ранняя и индуцированная менопауза». Классификация климактерических проявлений (ранние, средневременные и поздние). Степени тяжести климактерического синдрома. Диагностика. Негормональные методы лечения. Гормональная заместительная терапия (ГЗТ): показания, противопоказания, основные принципы ГЗТ и группы препаратов. Факторы риска развития остеопороза (модифицируемые и немодифицируемые).

«Болезни детей и подростков в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

1. Вскармливание детей первого года жизни.
 - 1.1. Основные пищевые вещества и их значение для детского организма.
 - 1.2. Питание беременных женщин и кормящих матерей.
 - 1.3. Грудное вскармливание. Анатомия грудной железы. Состав женского молока. Значение грудного вскармливания для ребенка и для матери.
 - 1.4. Гипогалактия. Характеристика современных адаптированных молочных смесей.
 - 1.5. Правила введения прикормов.
 - 1.6. Питание детей от 1 года до 3 лет.
 - 1.7. Питание детей при алиментарно – зависимых состояниях.
 - 1.8. Стандарты в педиатрии
2. Рахит и рахитоподобные заболевания. Метаболизм витамина D в организме ребенка. Источники витамина D в питании детей. Группы риска рахита. Диагностические критерии. Клиническое течение заболевания. Лечебные схемы, выбор препаратов и реабилитационного комплекса. Дифференциальный диагноз рахита. Профилактика рахита.

3. Дефицитные состояния: гипо- и паратрофии. Предрасполагающие факторы. Группы риска дефицитных состояний. Этиология. Классификация по степени тяжести. Клинические варианты течения. Лечение нарушений питания. Основы ухода и диетотерапии. Профилактика. Железодефицитная анемия как наиболее распространенный микроэлементный дефицит. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Ожирение. Нарушение полового созревания.
4. Болезни почек у детей. Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей. Острые гломерулонефриты. Хронические гломерулонефриты. Нефротический синдром. Интерстициальный нефрит. Дисметаболические нефропатии. Пиелонефрит: клиника, диагностика, лечение, профилактика рецидивов и осложнений. Инфекции мочевыводящих путей. Циститы. Основные лекарственные препараты и немедикаментозные методы. Хроническая почечная недостаточность.
5. Пневмония у детей. ОРВИ, диагностика и лечение. Бронхиты у детей.
 - 5.1. Актуальность проблемы. Морфофункциональные особенности бронхолегочной системы в детском возрасте. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний органов дыхания. Определение пневмонии. Патогенез пневмонии. Дыхательная недостаточность. Общая симптоматика пневмонии. Особенности клинической картины пневмоний различной этиологии: пневмококковая пневмония, стафилококковая пневмония, стрептококковая пневмония, микоплазменная пневмония, хламидийная пневмония. Противовоспалительная терапия, показания к антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия.
 - 5.2. Этиология бронхитов. Классификация бронхитов. Особенности современного течения бронхитов. Вирусные бронхиты. Бактериальные бронхиты. Бронхиты микоплазменной этиологии. Лечение бронхитов. Современный взгляд на проблему табакокурения.
 - 5.3. Острые респираторные инфекции. Грипп. Респираторно – синцитиальная инфекция. Аденовирусная инфекция. Новая коронавирусная инфекция. Этиология, патогенез, клиника. Осложнения ОРВИ. Лечение респираторных инфекций. Показания к антибиотикотерапии при ОРВИ. Симптоматическая терапия.
6. Аллергические заболевания у детей.
 - 6.1. Определение атопического дерматита. Факторы риска. Классификация атопического дерматита. Патогенез. Клинические формы атопического дерматита. Примеры диагноза. Диагностика атопического дерматита. Индекс SCORAD. Дифференциальная диагностика атопического дерматита. Общие принципы лечения.
 - 6.2. Бронхиальная астма. Определение бронхиальной астмы. Эпидемиология. Этиология и патогенез бронхиальной астмы. Классификация бронхиальной астмы. Диагностика бронхиальной астмы. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы. Базисная терапия. Принципы терапии в приступном периоде бронхиальной астмы. Особенности течения бронхиальной астмы у детей до 1 года. Реабилитация детей с бронхиальной астмой.
 - 6.3. Аллергический ринит. Определение аллергического ринита. Этиология, патогенез аллергического ринита. Классификация аллергического ринита. Клинико – лабораторные критерии диагностики аллергического ринита. Принципы терапии аллергического ринита. Показания для специфической иммунотерапии.
7. Детские инфекционные заболевания. Вакцинация детей.
 - 7.1. Ветряная оспа. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии
 - 7.2. Корь. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии. Краснуха. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии
 - 7.3. Эпидемический паротит. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии.
 - 7.4. Классификация вакцин. Живые вакцины. Инактивированные вакцины. Химические вакцины. Рекомбинантные вакцины. Механизмы поствакцинального иммунитета. Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, рекомендованные ВОЗ. Хранение и транспортировка вакцин. Противопоказания к

- 7.5. вакцинации. Национальный календарь прививок.
- 7.6. Острые кишечные инфекции у детей. Лечение и наблюдение при ОКИ
- 7.7. Эпидемиология острых кишечных инфекций у детей. Дизентерия. Сальмонеллезы. Кишечные расстройства при вирусных инфекциях. Кишечные коли – инфекции. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
8. Миокардиты у детей. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Предрасполагающие факторы. Группы риска. Этиология. Классификация по степени тяжести. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Функциональные шумы сердца. Механизмы акустических феноменов. Частотная характеристика. Показания к повторным диагностическим манипуляциям. Нейроциркуляторные дистонии. Определение. Патогенез. Группы риска. Клинические варианты течения. Лечебные мероприятия. Профилактика.
- 8.1. Заболевания органов пищеварения. Заболевания желчевыделительной системы. Гельминтозы у детей.
- 8.2. Заболевания пищевода. Гастроэзофагальная рефлюксная бмлезнь. Распространенность ГЭРБ. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз. Лечение. Пилороспазм и пилостеноз
- 8.3. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит и гастродуоденит. Распространенность, этиология, патогенез. Варианты хронических гастритов: Нр –ассоциированный гастрит, аутоиммунный гастрит, гастрит С. Патоморфология хронического гастрита. Классификация гастритов «Сицилийская система». Клиническая картина. Диагноз. Принципы эрадикационной терапии. Диспансерное наблюдение.
- 8.4. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Распрстраненность. Этиология. Патогенез. Агрессивные факторы. Защитные факторы. Классификация язвенной болезни у детей. патоморфология. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Осложнения.
- 8.5. Заболевания желчевыделительной системы. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Схема лечения основных форм дискинезии.
- 8.6. Аскаридоз. Токсокароз. Лямблиоз. Энтеробиоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение. Заболевания тонкой и толстой кишки. Особенности клинической картины СРК у детей.
9. Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Медико-генетическое консультирование. Генетическое тестирование на наиболее распространенные заболевания. Этиология муковисцидоза. Клинические варианты течения. Современные подходы к терапии. Профилактика. Распространенность целиакии. Возможности диагностики. Группы высокого риска. Разработка диеты.
10. Неотложные состояния в педиатрии. Внезапная смерть ребенка.
11. Наследственная патология: муковисцидоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Панкреатит у детей. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
12. Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкомоидные реакции, геморрагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики.
13. Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей.

«Болезни нервной системы в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

1. II, III, IV, VI пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Содружественные движения глазных яблок. Вегетативная иннервация глазных яблок, симптомы поражения.
2. V, VII пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Невралгия тройничного нерва. Невропатия лицевого нерва.
3. VIII, IX, X, XI, XII пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Бульбарный, псевдобульбарный синдромы.
4. Произвольные движения и их расстройства. Пирамидная система, корково-мышечный путь. Парезы и параличи. Отличие центрального и периферического паралича.
5. Мозжечок и экстрапирамидная система. Методы обследования, симптомы их поражения.
6. Общая чувствительность. Анатомия, симптомы нарушения, методы исследования.
7. Высшие мозговые функции. Речь, ее нарушения. Гнозис, его расстройства. Праксис и его нарушения. Память и симптомы поражения. Симптомы нарушения сознания. Мышление и его расстройства.
8. Острые нарушения мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Травматические поражения головного мозга
9. Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Деменция. Врачебная тактика.
10. Дегенеративно-дистрофические нарушения позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Спондилогенные радикулиты, миофасциальный синдром.
11. Эпилепсия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Современные противоэпилептические препараты. Эпилептический статус, купирование эпилептического статуса.
12. Менингиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
13. Заболевания периферической нервной системы- невриты, плекситы. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники. Роль электронейромиографии в диагностике плекситов, невритов. Современные аспекты лечения.
14. Полиневриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
15. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.
16. Опухоли головного мозга. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
17. Неврологические расстройства при сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы. Инфекционные болезни нервной системы. Токсическое поражение нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Дифференциальный диагноз синдромов: головная боль, головокружение, расстройства сна и бодрствования, лицевая боль, онемение лица, гиперкинезы, нарушения сознания. Врачебная тактика.
19. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом неврологического профиля.

«Болезни уха, горла, носа в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

1. Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов (отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)
 - 1.1 Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.
 - 1.2. Распространенность ЛОР-заболеваний
 - 1.3. Методы осмотра ЛОР-органов

2. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов
 - 2.1 Клиническая анатомия уха
 - 2.2 Физиология слухового анализатора
 - 2.3 Методы исследования слуха
 - 2.4 Физиология вестибулярного анализатора
 - 2.5 Методы исследования вестибулярного анализатора
3. Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача
 - 3.1 Заболевания наружного уха
 - 3.2 Острый средний отит. Боль в ухе – дифференциальный диагноз.
 - 3.3 Мастоидит
4. Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача
 - 4.1 Хронические отиты
 - 4.2 Отогенный менингит
 - 4.3 Отогенные абсцессы мозга
 - 4.4 Отогенный тромбоз сигмовидного синуса
5. Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)
 - 5.1 Отосклероз
 - 5.2 Болезнь Меньера, клиника, диагностика и лечение
 - 5.3 Нейросенсорная тугоухость, клиника, диагностика, лечение, слухопротезирование.
6. Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.
 - 6.1 Клиническая анатомия и физиология носа.
 - 6.2 Острый ринит; клиника, диагностика, лечение.
 - 6.3 Хронические риниты Классификация, клиника, диагностика, лечение,
 - 6.4. Носовые кровотечения и методы их остановки: передняя и задняя тампонады носа
7. Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.
 - 7.1 Острый и хронический гайморит
 - 7,2 Острый и хронический этмоидит
 - 7.3 Острый и хронический фронтит
 - 7.4 Острый и хронический сфеноидит
8. Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней
 - 8.1 Первичные вторичные ангины. Боль в горле – дифференциальный диагноз
 - 8.2 Специфические поражения глотки (сифилис, туберкулез, СПИД)
 - 8.3 Хронический тонзиллит
 - 8.4 Паратонзиллярный абсцесс
 - 8.5 Метатонзиллярные осложнения
9. Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани.
 - 9,1 Острые и хронические ларингиты. Ложный круп.
 - 9.2 Гортанная ангина
 - 9.3 Острые и хронические стенозы гортани
 - 9.4 Рак гортани
10. Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей.

- 10.1 Инородные воздухоносных путей. Трахеотомия, коникотомия, интубация
- 10.2 Инородные пищепроводных путей. Диагностика. Эзофагоскопия.
- 10.3 Химические ожоги пищевода

«Болезни глаз в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

- 1. Клиническая анатомия и физиология органа зрения. Значение знаний анатомии в клинической практике офтальмолога.
- 2. Методики исследований органа зрения.
 - 2.1. Исследование остроты зрения, в том числе с помощью проектора испытательных знаков. Ознакомление с компьютерной периметрией. Исследование бинокулярного зрения. Исследование цветоощущения с помощью таблиц Рабкина и таблиц Юстовой.
 - 2.2. Исследование клинической рефракции и аккомодации глаза (субъективный метод, скиаскопия, ознакомление с рефрактометром, в том числе авторефрактометром, диоптриметром).
 - 2.3. Исследование в фокальном освещении. Исследование в проходящем свете. Офтальмоскопия (прямая, обратная). Ознакомление с биомикроскопией, гониоскопией, диафаноскопией, экзофтальмометрией.
 - 2.4. Исследование слезопродукции и слезоотведения. Понятие о гидродинамике глаза (тонометрия, тонография).
 - 2.5. Исследование глазодвигательного аппарата (определение угла косоглазия, подвижности глазного яблока).
- 3. Диагностика заболеваний и повреждений глазниц
- 4. Правила и способы оптической коррекции зрения.
 - 4.1. Правила назначения очков и выписки рецептов на очковые линзы при аметропии, астигматизме, анизометропии, пресбиопии.
 - 4.2. Контактная коррекция зрения. Показания.
 - 4.3. Хирургические методы коррекции рефракции (кератотомия, Lasik).
- 5. Миопическая болезнь. Патогенез, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения.
- 6. Патология глазодвигательного аппарата глаза.
 - 6.1. Содружественное и паралитическое косоглазие. Методы исследования и лечения.
- 7. Заболевания вспомогательного аппарата глаза.
- 8. Патология век. Аномалии развития. Блефарит. Ячмень. Халязион. Абсцесс. Нарушение положения век (лагофтальм, эктропион, птоз). Клиника, лечение.3
- 9. Заболевания конъюнктивы
- 10.

10.1. Общая семиотика конъюнктивитов. Особенности клинических проявлений и диагностика различных конъюнктивитов (бактериальных, вирусных, аллергических). Принципы лечения. Хронический конъюнктивит и его лечение.

10.2. Трахома и паратрахома. Этиология, патогенез, методы диагностики, клиника, принципы лечения, осложнения и последствия.

10.3. Дистрофические изменения конъюнктивы. Пингвекула,

10.4. птеригиум.

11. Заболевания слезных органов.

- 11.1. Дакриоаденит острый и хронический. Синдром Микулича, синдром Сьегрена. Этиопатогенез, клиника, лечение.
- 11.2. Сужение и дислокация слезных точек. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
- 11.3. Хронический дакриоцистит. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения, осложнения.
- 11.4. Острый дакриоцистит (флегмона слезного мешка). Клиника, методы лечения.
12. Заболевания орбиты.
 - 12.1. Абсцесс и флегмона орбиты. Этиология, патогенез, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
 - 12.2. Тромбофлебит орбитальных вен и тромбоз пещеристой пазухи. Пульсирующий экзофтальм.
13. Хроническое пролиферативное воспаление (псевдотумор).
14. Энуклеация, эвисцерация, экзентерация глазницы. Косметическое протезирование после указанных операций.
15. Заболевания склеры. Склерит, эписклерит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
16. Заболевания роговицы. Кератиты. Общая семиотика, особенности клиники, диагностики и лечения различных форм кератитов (язва роговицы, поверхностный герпетический и аденовирусный кератит, глубокий кератит различной этиологии). Принципы лечения. Осложнения и их лечение.
17. Патология сосудистого тракта.
 - 17.1. Врожденные аномалии развития сосудистого тракта; аниридия, колобома радужной оболочки и хориоидеи, поликория, остатки зрачковой мембраны, альбинизм.
 - 17.2. Воспалительные заболевания сосудистого тракта глаза (увеиты.).
 - 17.3. Ирит, иридоциклит, хориоидит. Этиология и патогенез, диагностика, лечение, осложнения.
18. Заболевания сетчатки.
 - 18.1. Острые нарушения кровообращения в сетчатке: острая непроходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей; этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.
 - 18.2. Острая непроходимость центральной вены сетчатки и ее ветвей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь, осложнения и их профилактика и принципы лечения.
 - 18.3. Дистрофии сетчатки; особенности клиники различных видов дистрофии (пигментная дистрофия, старческая макулодистрофия) и принципы лечения.
 - 18.4. Отслойка сетчатки; патогенез, диагностика, принципы лечения первичной отслойки сетчатки.
19. Заболевания зрительного нерва.
 - 19.1. Воспалительные заболевания. Неврит, ретробульбарный неврит, оптико-хиазмальный арахноидит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
 - 19.2. Ишемические оптикопатии. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь и принципы лечения.
 - 19.3. Токсические поражения зрительного нерва. Возможные этиологические факторы, клиника, диагностика, принципы лечения, исходы.
 - 19.4. Застойный диск зрительного нерва. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы обследования, тактика врача.
 - 19.5. Атрофия зрительного нерва. Классификация, диагностика, принципы лечения.
20. Заболевания хрусталика.
 - 20.1. Врожденные аномалии, формы и положения хрусталика.
 - 20.2. Катаракты. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Консервативные методы лечения. Общие принципы хирургического лечения. Различные виды

оперативных вмешательств (интра -, экстракапсулярная экстракция катаракты, факэмульсификация), показания и противопоказания к ним. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Операционные и послеоперационные осложнения и их лечение.

- 20.3. Оптическая коррекция афакии (очковая коррекция, контактная коррекция, применение ИОЛ).
21. Патология стекловидного тела. Деструкция. Гемофтальм. Принципы лечения помутнений стекловидного тела.
22. Нарушения регуляции внутриглазного давления. Глаукома.
 - 22.1. Первичная глаукома. Формы глаукомы. Клиника различных форм глаукомы. Методики обследования для раннего выявления глаукомы. Консервативные методы лечения. Принципы хирургического лечения. Лазерная терапия.
 - 22.2. Острый приступ глаукомы. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь и лечение.
 - 22.3. Диспансерное наблюдение больных глаукомой.
23. Новообразования век, глазного яблока и глазницы. Особенности клинических проявлений опухолей в зависимости от их локализации. Методы диагностики. Современные методы лечения (лазерные методы, криодеструкция, лучевая терапия, органосохраняющие операции).
24. Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма
 - 24.1. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы: изменения в сетчатке и зрительном нерве при гипертонической болезни и атеросклерозе (классификация, клинические проявления, значение для оценки тяжести общего заболевания). Патология глаза при стенозирующих процессах в брахиоцефальных артериях.
 - 24.2. Изменения органа зрения при пороках сердца, васкулитах.
 - 24.3. Изменения сетчатки и зрительного нерва при заболеваниях почек, токсикозах беременности.
 - 24.4. Изменения органа зрения при болезнях крови и кроветворных органов.
 - 24.5. Изменения органа зрения при эндокринных заболеваниях: офтальмологические симптомы при заболеваниях щитовидной железы и паращитовидных желез.
 - 24.6. Офтальмологические симптомы при патологии гипофиза. Изменения органа зрения при сахарном диабете. Виды поражений органа зрения (блефариты, ячмени, иридоциклиты катаракта, неоваскулярная глаукома, ретинопатия). Современные методы лечения диабетической ретинопатии.
 - 24.7. При инфекционных заболеваниях: изменения органа зрения при туберкулезе, сифилисе, СПИДе.
25. Повреждения органа зрения.
 - 25.1. Ранения век, их классификация. Особенности хирургической обработки в зависимости от локализации ранения.
 - 25.2. Ранения глазного яблока. Классификация. Непроницающие ранения. Диагностика, неотложная помощь, методы обнаружения и локализации инородных тел. Показания и способы первичной хирургической обработки. Осложнения проникающих ранений, их профилактика и принципы лечения.
 - 25.3. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза. Клиника, диагностика, лечение.
 - 25.4. Ожоги органа зрения. Классификация, клиника, неотложная помощь, принципы лечения ожогов.
 - 25.5. Поражения глаз различными видами излучения.
 - 25.6. Электроофтальмия. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Поражение инфракрасным излучением.

25.7. Поражения рентгеновским излучением, альфа, бета и гамма - излучениями. Особенности комбинированных поражений. Острые токсические поражения глаз. Медико-социальная и военно-врачебная экспертиза.

25.8. Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики.

«Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в общей врачебной практике.»

Краткое содержание дисциплины:

Общая дерматология.

-Анатомия и физиология кожи. Гистология кожи.

-Общая патология кожи. Классификация патологических реакций и поражений кожи.

-Основные кожные синдромы. Общая гистопатология кожных болезней.

-Основы диагностики кожных болезней. Анамнез и осмотр кожного больного. Лабораторное и инструментальное обследование. Элементы кожной сыпи.

-Принципы лечения кожных болезней. Общая (антимикробные, антипаразитарные, противовирусные, антимикотические, антигистаминные, детоксицирующие и десенсибилизирующие средства) и наружная терапия (лекарственные формы и способы их применения). «Базовый» уход за кожей.

Неинфекционные заболевания кожи.

Аллергические дерматозы:

-Дерматиты и токсидермии. Этиология, патогенез, клиника, лечение дерматитов. Токсидермии, синдром Лайела: этиология, патогенез, клиника, лечение.

-Зудящие дерматозы. Этиология и патогенез. Классификация. Методы лечения.

-Атопический дерматит. Роль наследственности. Значение среды. Роль возраста в клинической картине и характере течения. Диагностика и лечение.

Дерматозы полиэтиологической природы:

- Кожные формы диффузных болезней соединительной ткани. Красная волчанка. Склеродермия. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

-Пузырные дерматозы. Этиология, патогенез, классификация. Пузырчатка (вульгарная, листовидная, себорейная, вегетирующая). Пемфигоиды. Герпетиформный дерматит Дюринга. Дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение пузырных дерматозов.

-Псориаз. Патогенез, клиника. Псориатический артрит. Определение активности псориаза. Диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика.

-Болезни сальных и потовых желез. Себорея. Розацеа. Себорейный дерматит. Акне. Лечение. Болезни потовых желез. Гипергидроз. Дисгидроз. Миллиария. Лечение.

-Экзема. Классификация, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

-Розовый лишай. Клиника, диагностика, лечение.

-Красный плоский лишай. Клиника, диагностика, лечение.

Инфекционные и паразитарные болезни кожи.

-Пиодермии. Этиология, патогенез, эпидемиология. Стафилодермии (фолликулиты, сикоз стафилококковый, фурункулез, карбункул, гидраденит, синдром стафилококкового ожога кожи). Стрептодермии (импетиго, эктима, стрептококковая опрелость, хроническая диффузная стрептодермия). Лечение, профилактика.

-Дерматозоозы. Чесотка. Диагностика, лечение и профилактика. Педикулез. Диагностика, лечение и профилактика.

-Поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях.

-Вирусные дерматозы. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация. Бородавки.

Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетическая инфекция. Лечение и профилактика вирусных заболеваний. ВИЧ-ассоциированные дерматозы.

Грибковые заболевания.

Поверхностные микозы. Микозы гладкой кожи. Микозы волосистой части головы. Онихомикозы. Классификация, этиология, эпидемиология. Разноцветный лишай. Микроспория. Трихофития. Кандидоз. Лечение.

Наследственные дерматозы.

Нарушения пигментации. Ихтиоз. Буллезный эпидермолиз. Гиперэластичность кожи.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена).

Сифилис.

Этиология, эпидемиология, патогенез. Особенности современного течения. Клиника и диагностика (первичный, вторичный, третичный, врожденный сифилис). Принципы лечения и профилактики.

ЗППП

Гонорея. Хламидиоз. Микоплазмоз. Трихомониаз. Папилломавирусная инфекция. Генитальный герпес. Урогенитальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактики.

Опухоли кожи.

-Доброкачественные опухоли кожи. Себорейный кератоз. Гемангиома. Келоид. Липома.

Пигментный невус. Дерматофиброма.

-Предраки.

-Злокачественные заболевания кожи. Рак кожи. Меланома. Саркома Капоши. Лимфомы кожи.

Метастатические опухоли кожи.

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

Уровень освоения умений:

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

1	2	3
	Хирургический блок. Хирургические болезни, ортопедия, травматология	
1.	Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому: - Наблюдение врачом общей практики (семейным врачом) за оперированными пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе - Пункция плевральной полости - Зондирование полостей и свищей	3 3 2-3
2.	Обезболивание: - Местная инфильтрационная анестезия	3
3.	Асептика и антисептика - Техника обработки рук - Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала - Утилизация медицинских отходов (биологического материала, инструментария, лекарственных препаратов)	3 2-3 3
4.	Общехирургические техники и оперативные вмешательства: - Первичная хирургическая обработка поверхностных ран - Снятие швов - Обработка ожоговой поверхности - Наложение повязок - Вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев	3 3 3 3

		2-3
5.	Переливание крови и кровезаменителей: - Все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей) - Определение группы крови, резус фактора экспресс методом - Капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей - Введение сывороток	3 3 3 3
6.	Остановка наружного кровотечения: - Временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, пальцевым прижатием, сгибанием конечности в суставе, давящей повязкой и тампонадой раны) - Временная остановка наружного кровотечения наложением зажима в ране - Остановка кровотечения гемостатическими веществами местного действия (гемостатическая губка и др.) - Катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером - Промывание желудка через желудочный и назогастральный зонд - Промывание кишечника (очистительные клизмы) - Постановка лечебных клизм - Промывание мочевого пузыря - Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы	3 2-3 3 3 3 3 3 3 3 3
7.	Техники, выполняемые при травмах: - Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника	3
3.	Общехирургические техники и оперативные вмешательства: - Диатермокоагуляция - Пункционная цистостомия - Венесекция - Оперативное удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей - Оперативное удаление поверхностно расположенных инородных тел - Оперативное удаление вросшего ногтя - Биопсия поверхностно расположенных опухолей мягких тканей - Вправление неущемленных грыж - Пункционная биопсия поверхностно расположенных образований	2 3 3 3 3 3 3 3 3
4.	Остановка наружного кровотечения: - Окончательная остановка наружного кровотечения перевязкой сосуда	1-2
5.	Техники, выполняемые при травмах: - Вправление неосложненных вывихов - Иммобилизация отломков гипсовой повязкой (лангетной, циркулярной, лангетноциркулярной, мостовидной)	3 2-3
Болезни глаз		
1.	- Клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок) - Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения - Осмотр глубоких сред методом проходящего света	2-3 3

	- Офтальмоскопия - Определение остроты зрения - Определение цветового зрения - Оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии - Измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия) - Периметрия - Местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней - Удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу	3 1 3 3 3 2-3 2 3 3
	Неотложная терапия	
	Сердечно-легочная реанимация	3
	Болезни уха, горла, носа	
1.	- Риноскопия - Фарингоскопия - Отоскопия - Отоскопия с помощью оптики - Передняя тампонада носа - Определение проходимости слуховой трубы - Зондирование и промывание лакун миндалин - Пороговая аудиометрия	3 3 3 3 2 2 2 3
2.	Проведение планового лечения консервативными методами часто встречающихся заболеваний уха, горла, носа у взрослых и детей: - Введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах) - Туалет уха - Удаление серных пробок - Уход за трехостомой и трахеостомической трубкой	 3 2 3 3
3.	Оказание неотложной помощи детям и взрослым при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний, травм и ожогов ЛОР_органов: - Удаление инородного тела из уха и носа - Первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины - Прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки	 2 2 1
	Болезни детей и подростков	
1.	- Методы определения функционального состояния организма - Выделение групп здоровья детей - Комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка) - Уход за новорожденным - Расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери - Расчет питания для детей 1-го года жизни - Выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала) - Составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии - Применение лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно)	3 3 3 2-3 3 3 3 3 3 3
	Акушерство и гинекология	
	двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование диагностика беременности и ее срока, наружное	3

	акушерское обследование, оценка сердцебиения плода ведение физиологических родов первичный туалет новорожденного, перевязка и обработка пупочной ранки	3 3
	оценка состояния новорожденного, оценка состояния последа	2
	применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное)	3
	Терапевтический блок	
	а) клиническое обследование больного	
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования	3
2.	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. 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
	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови	2
2.	Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита	1-2
3.	Методика и оценка: - анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого); - пробы Реберга; - посева мочи и крови; - гликемического профиля; - теста толерантности к глюкозе; - ацидотеста	2-3 1 2 2 2 2
	Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон)	1-2
4.	Оценка миелограммы	1-2
	Аллергологическое исследование	1
5.	Имунохимическое исследование (иммуноглобулины)	2-3
6.	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	3
7.	Спирография.	1-2
8.	Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.	2
9.	Исследования глазного дна.	1
	Специальные исследования: - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия);	2
10	- бронхоскопия;	2
11	- компьютерная томография;	1
	- ЭХО- и доплерокардиография;	1-2
	- УЗИ органов брюшной полости, почек;	1-2
	- пробы с физической нагрузкой;	1-2
	- суточное ЭКГ-мониторирование;	2
	- коронаро- и ангиография;	1
	- биопсия лимфатических узлов, печени, почек;	1

	- магнитно-резонансная томография; - радиоизотопное сканирование; - основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО, фракция выброса, ОПС).	1 1-2 1-2
	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	Стерильная 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 (гемодиа-лиз, гемосорбция, плазмаферез).	1
19	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:	
	- обморок	3
	- гипертонический криз	3
	- стенокардия	3
	- инфаркт миокарда	3-2
	- отек легких	3-2
	- 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	2-3
	- желудочно-кишечное кровотечение	2-3
	- легочное кровотечение	2-3
	- почечная колика	3
	- кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясная	2-3 3
	- острые аллергические реакции	2-3
	- ОНМК	2-3
	- острые заболевания органов брюшной полости	2
	- синдром дегидратации	2-3
	- психомоторное возбуждение различного генеза	2
	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:	
	- направление на МСЭ	2-3
	- вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности	2-3

	- участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности	2-3
5.	Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности	2-3
6.	Добровольное и обязательное медицинское страхование	1
Неврологии		
1.	- исследование 12 пар черепно-мозговых нервов, патологических рефлексов, менингеальных симптомов, моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек); - оценка координации движений	2-3 2

7. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПП
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПП по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

На обучение по программе могут быть зачислены врачи с высшим медицинским образованием по одной из специальностей – «Педиатрия» или «Терапия», прошедшие обучение по программам интернатуры/ординатуры по одной из специальностей, указанных в квалификационных требованиях к медицинским работникам с высшим образованием по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Методики, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся. Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Зачет после прохождения модулей включает в себя выполнение тестирования и практико-ориентированных заданий (решение задач и демонстрация освоения практических навыков).

Итоговая аттестация включает две части:

1-я часть экзамена: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием информационных тестовых систем);

2-я часть экзамена: выполнение практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий).

1. Описание шкалы оценивания электронного тестирования

- от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;
- от 50 до 69,9% – удовлетворительно;
- от 70 до 89,9% – хорошо;
- от 90 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);
- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;
- логичность, последовательность изложения ответа;
- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;
- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Освоение практического навыка: освоил/не освоил. Освоение включает в себя демонстрацию практического навыка с соблюдением всех норм, правил и условий согласно градации перечня практических навыков (пункт 6 настоящей программы).

Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена.

Характеристика особенностей обучения в Университете.

Общие условия реализации программы дополнительного профессионального образования

- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .

- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Университет располагает необходимым профессорско-преподавательским составом (смотри кадровую справку в приложении) и материально-технической базой (смотри справку материально-технического обеспечения в приложении), которые соответствуют действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивают проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной интегральной учебной библиотеке (ТКДБ), включающей в том числе электронно-библиотечную систему, содержащую издания по изучаемым дисциплинам, и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), как на территории Университета, так и вне ее.

Университет на основе научных разработок реализует образовательные программы с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Для реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, и к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающегося;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети Интернет.

Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение программы дополнительного профессионального образования

В Университете организованы учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, условия для проведения клинических- практических занятий, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Данные аудитории укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа используются слайд-лекции с обратной связью (интерактивные), которые представляют собой звуковую дорожку с прикрепленными к ней слайдами, содержащими тематические иллюстрации, графики, схемы, наглядно демонстрирующие оборудование.

При применении электронного обучения, дистанционных образовательных технологий

используются виртуальные аналоги в форме обучающих роботизированных компьютерных программ, позволяющих обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Учебно-методическое обеспечение учебного процесса характеризуется наличием разработанных профессорско-преподавательским составом Университета электронных образовательных ресурсов, обучающих компьютерных программ, слайд-лекций с обратной связью, тем творческих работ, заданий для самостоятельной работы обучающегося, оценочных средств для проведения текущего контроля, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине и др. Содержание каждой учебной дисциплины представлено в сети Интернет на сайте Университета.

Программное обеспечение:

- компьютерные обучающие программы;
- тренинговые и тестирующие программы.

Информационные и роботизированные системы, программные комплексы, программное обеспечение для доступа к компьютерным обучающим, тренинговым и тестирующим программам.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин и подлежит ежегодному обновлению.

Информационное обеспечение учебного процесса определяется возможностью свободного доступа обучающихся к сети Интернет, к Информационно-аналитическому порталу «Российская психология» (<http://rospsy.ru/>), «Psychology OnLine.Net. Материалы по психологии» (<http://www.psychology-online.net/>), к правовым базам данных «Консультант-плюс» или «Гарант», к электронным информационным и образовательным ресурсам ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

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 обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"; Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

- компьютерные обучающие программы;
- тренинговые и тестирующие программы;

Электронные базы данных
<http://www.studentlibrary.ru/>
<http://www.bloodjournal.org>
<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/>

Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

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+удлинитель 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+удлинитель 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
Конференц-зал № 2 - 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.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ

Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе

Смотри кадровую справку в приложении.

8. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся по дисциплине

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	Зачет	1-я часть зачета: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	Описание шкалы оценивания электронного тестирования: – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть-зачета: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)	Практико-ориентированные задания	Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена: – соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;

			<p>– логичность, последовательность изложения ответа;</p> <p>– наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;</p> <p>– аргументированность, доказательность излагаемого материала.</p> <p>Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена</p> <p>Оценка «отлично»</p> <p>выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p>
--	--	--	---

			<p>Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят</p>
--	--	--	--

				<p>поверхностный характер. Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.</p> <p>Освоение практического навыка: освоил/не освоил. Освоение включает в себя демонстрацию практического навыка с соблюдением всех норм, правил и условий согласно градации перечня практических навыков (пункт 6 настоящей программы) Итоговая оценка за зачет выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена</p>
2	Экзамен	1-я часть экзамена: выполнение электронного тестирования	Система стандартизированных заданий (тестов)	Описание шкалы оценивания электронного тестирования:

		(аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем)		<ul style="list-style-type: none"> – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть экзамена: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)	Практико-ориентированные задания	<p>Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена:</p> <ul style="list-style-type: none"> – соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику; – логичность, последовательность изложения ответа; – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию; – аргументированность, доказательность излагаемого материала. <p>Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена</p> <p>Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно</p>

			<p>излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций. Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения,</p>
--	--	--	---

			<p>показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.</p> <p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.</p> <p>Итоговая оценка за</p>
--	--	--	--

			экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена
--	--	--	--

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

Тема (раздел) 1 – Введение в специальность, организационные и юридические аспекты профессиональной деятельности

Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

В функции врача общей практики входят:

- 1) оказание первичной медико-санитарной помощи;
- 2) наблюдение за семьей;
- 3) оказание помощи на дому;
- 4) постоянное наблюдение в течение всей жизни пациента;
- 5) верно все.

Медицинская помощь пациенту без предварительного согласия гражданина (или его законного представителя) может быть оказана:

1. в особых случаях
2. во всех случаях
3. никогда
4. верно только а
5. верных ответов нет

Аттестация общей практики на присвоение первой квалификационной категории проводится при стаже работы не менее

1. 3 лет
2. 5 лет
3. 7 лет
4. 10 лет
5. 2 лет

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

1. 1
2. 2

3. 3
4. Всех вышеперечисленных
5. Ни одного из вышеперечисленных

Формами оказания медицинской помощи являются

1. экстренная
2. неотложная
3. плановая
4. все перечисленное верно
5. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

1. моральную
2. гражданскую
3. административную (дисциплинарную)
4. уголовную
5. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

1. всех работников своего отделения
2. только резерв на выдвижение
3. врачей профильного отделения
4. старшую мед. сестру отделения
5. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Сертификат специалиста действителен в течение:

1. 1 год;
2. 3 года;
3. 5 лет;

4. 7 лет;
5. 10 лет.

Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»:

1. заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
2. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;
3. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;
4. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;
5. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

Развитию первичного остеоартроза способствует: а. генетические факторы; б. ожирение; в. дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей; г. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом.

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

К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся: 1. малоактивный образ жизни, потребление высококалорийной пищи; 2. дислипидемия; 3. курение; 4. психо-эмоциональный стресс.

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

Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:

- а) избыточная масса тела;
- б) атерогенная дислипидемия;
- в) употребление алкоголя;
- г) нарушение толерантности к углеводам;
- д) гипергомоцистеинемия.

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:

- А. неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
- Б. образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
- В. наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью
- Г. несоблюдение температурного режима, наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью

Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

- А. увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве
- Б. увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов
- В. увеличение их абсолютного числа
- Г. уменьшение процентного содержания нейтрофилов
- Д. все ответы неправильные

Повышение гематокритной величины наблюдается при:

- А. эритроцитозах
- Б. анемиях, эритроцитозах
- В. Гипергидротации, анемиях, эритроцитозах
- Г. все перечисленное неверно

Лейкоцитоз наблюдается при:

- А. аплазии и гипоплазии костного мозга
- Б. гиперспленизме
- В. лейкозах
- Г. лучевой болезни
- Д. аплазии и гипоплазии костного мозга, гиперспленизме, лейкозах, лучевой болезни

Диагностика железодефицитной анемии основана на определении:

1. железа плазмы крови, общей железосвязывающей способности, гипохромии эритроцитов, насыщения трансферрина железом, уровень ферритина
2. Б. железа плазмы крови, общей железосвязывающей способности, гипохромии эритроцитов, насыщения трансферрина железом.
3. В. железа плазмы крови, общей железосвязывающей способности, гипохромии эритроцитов
4. Г. железа плазмы крови, общей железосвязывающей способности.

Снижение количества тромбоцитов в периферической крови происходит в результате:

1. редукции мегакариоцитарного аппарата костного мозга, нарушения отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов
2. снижения продолжительности жизни тромбоцитов, редукции мегакариоцитарного аппарата костного мозга, нарушения отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов, повышенного потребления тромбоцитов, разрушения тромбоцитов антитромбоцитарными антителами
3. снижения продолжительности жизни тромбоцитов, редукции мегакариоцитарного аппарата костного мозга, нарушения отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов, повышенного потребления тромбоцитов
4. снижения продолжительности жизни тромбоцитов, редукции мегакариоцитарного аппарата костного мозга, разрушения тромбоцитов антитромбоцитарными антителами
5. повышенного потребления тромбоцитов, разрушения тромбоцитов антитромбоцитарными антителами

Средний объем эритроцита увеличен:

- А. железодефицитная анемия
- Б. талассемия
- В. гемоглобинопатии
- Г. В12-дефицитная анемия

Анизоцитоз - это изменение :

- А. формы эритроцитов
- Б. количества эритроцитов
- В. содержания гемоглобина в эритроците
- Г. размера эритроцита
- Д. всех перечисленных параметров

Высокий цветовой показатель отмечается при:

- А. В12-дефицитной анемии, фолиеводефицитной анемии, наследственном отсутствии транскобаламин
- Б. фолиеводефицитной анемии
- В. наследственном отсутствии транскобаламин, В12-дефицитной анемии
- Д. ни при одном из перечисленных

Среднее содержание гемоглобина в эритроците повышено при:

- А. мегалобластной анемии
- Б. железодефицитной анемии
- В. анемии при хроническом воспалении

Г. мегалобластной анемии, железодефицитной анемии

Какой индекс отражает среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците:

1. MCH
2. MCHC
3. MCV
4. MPV
5. RDW

Функционально активный пул железа в организме это:

1. Ферритин
2. Трансферрин
3. Миоглобин
4. Гемоглобин
5. Миоглобин и Гемоглобин

Ранним лабораторным тестом выявления анемий является:

1. Снижение уровня ферритина
2. Повышение уровня рецептора к трансферрину
3. Снижение уровня гемоглобина
4. Снижение уровня трансферрина
5. Снижение ОЖСС

Если у больного имеется нормохромная, гиперрегенераторная анемия, следует думать о:

- А) Железодефицитной анемии
- Б) Сидеробластной анемии
- В) В-12 дефицитной анемии
- Г) Гемолитической анемии

Для железодефицитной анемии характерно:

- А) Гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
- Б) Гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
- В) Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
- Г) Гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

Сидеробласты:

- А) Эритроциты, содержащие малое количество гемоглобина
- Б) Красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо
- В) Красные клетки-предшественники, содержащие большое количество гемоглобина
- Г) Ретикулоциты

«Признак омоложения гемопоэза» при лейкомоидных реакциях связан с:

- А. Редепонированием гранулоцитов
- Б. Истощением гранулоцитарного депо
- В. Активацией макрофагального ответа на воспаление
- Г. Повышением активности системы комплемента
- Д. Все перечисленное верно

Плазмциты (2-4%) в периферической крови обнаруживают при:

- А. вирусных инфекциях
- Б. состоянии после облучения
- В. коллагенозах
- Г. новообразованиях
- Д. все перечисленное верно

Появление каких клеток в крови не характерно для лейкомоидной реакции:

- А. Миелоциты

- Б. Метамиелоциты
- В. Бласты
- Г. Все перечисленное не верно

Образование первичной мочи происходит в?

- А)нефрон;
- Б)сосудистый клубочек;
- В)канальцы нефрона;

Гломерулярный фильтр состоит из:

- А)эндотелия капилляров, базальной мембраны и эпителия висцерального листка капсулы
- Б)эндотелия капилляров, базальной мембраны
- В)базальной мембраны и эпителия висцерального листка капсулы

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) зависит от:

- А)почечного плазмотока; фильтрационного давления, обеспечивающего сам процесс фильтрации; фильтрационной поверхности; массы действующих нефронов;
- Б)почечного плазмотока; фильтрационного давления;
- В)массы действующих нефронов;

В норме pH мочи:

- А)слабокислая;
- Б)щелочная;
- В)кислая;

К элементам осадка мочи только почечного происхождения относятся:

- А)эритроциты
- Б)лейкоциты
- В)цилиндры
- Г)плоский эпителий
- Д)все перечисленное

Удельный вес мочи имеет ложно-положительное значение (увеличение) при наличии

- А. протеинурии и охлаждении мочи
- Б. эритроцитурии и глюкозурии
- В. Глюкозурии и лейкоцитурии
- Г. лейкоцитурии, охлаждении мочи и глюкозурии
- Д. полиурии и охлаждении мочи
- Е. охлаждении мочи и глюкозурии

Изостенурия – это

- А. нарушение концентрирования мочи, размах колебаний плотности мочи менее 10 единиц
- Б. нарушение разведения мочи, размах колебаний плотности мочи более 10 единиц
- В. нарушение концентрирования и разведения мочи, относительная плотность мочи не выше уровня плотности клубочкового фильтрата (1.010-1.012), размах колебаний плотности мочи менее 10 единиц
- Г. размах колебаний плотности мочи менее 10 единиц, нарушение концентрирования мочи
- Д. размах колебаний плотности мочи более 10 единиц, относительная плотность мочи не выше уровня плотности клубочкового фильтрата (1.010-1.012)
- Е. относительная плотность мочи не выше уровня плотности клубочкового фильтрата (1.010-1.012)

Курение перед сдачей крови может изменить на 10% следующий показатель крови:

- А)мочевина, количество эритроцитов, фибриноген, билирубин
- Б)мочевина, количество эритроцитов, фибриноген
- В)количество эритроцитов, фибриноген, билирубин
- Г)билирубин
- Д) мочевина, количество эритроцитов, фибриноген, натрий

Для ранней диагностики острого вирусного гепатита целесообразно исследовать:

- А) фракции билирубина
- Б) аминотрансферазы
- В) сывороточное железо
- Г) щелочную фосфатазу
- Д) фракции билирубина, аминотрансферазы, сывороточное железо, щелочную фосфатазу

Желтуху гемолитическую от обтурационной на высоте болезни можно дифференцировать с помощью определения:

- А) фракции билирубина, количества ретикулоцитов, сывороточного железа
- Б) щелочной фосфатазы, фракции билирубина, количества ретикулоцитов, сывороточного железа
- В) щелочной фосфатазы, фракции билирубина, количества ретикулоцитов, сывороточного железа, порфириногена
- Г) фракции билирубина, количества ретикулоцитов, сывороточного железа, порфириногена

При алкогольном поражении печени наиболее информативно определение:

- А) фракции билирубина
- Б) стеркобилин кала
- В) ГГТП (ГГТФ)
- Г) амилазы
- Д) фракции билирубина, стеркобилин кала, ГГТП (ГГТФ), амилазы

Причиной глюкозурии является :

1. употребление избыточного количества сахара
2. гиперсекреция тироксина
3. стрессовые ситуации
4. введение адреналина
5. все перечисленно

Какие правила преаналитики необходимы при заборе крови на уровень кальция крови?

- А. Не первая пробирка, ТОЛЬКО вакутейнеры, кровь забирать только в ГОРИЗОНТАЛЬНОМ положении пациента.
- Б. Первая пробирка, ТОЛЬКО вакутейнеры!
- В. Использовать ТОЛЬКО вакутейнеры!
- Г. Не использовать вакутейнеры, кровь забирать только в ГОРИЗОНТАЛЬНОМ положении пациента.
- Д. Кровь забирать только в ГОРИЗОНТАЛЬНОМ положении пациента.
- Е. Кровь забирать только в вертикальном положении пациента (сидя)

В каких случаях при временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая, травмы листок нетрудоспособности выдается в амбулаторно-поликлинических учреждениях с первого дня

1. Травма получена на производстве.
2. Травма получена в быту.
3. Травма получена во время очередного отпуска.
4. Травма получена при стихийном бедствии.
5. Во всех перечисленных случаях
6. Правильных ответов нет

Временная нетрудоспособность продолжительностью 6 дней наступила вне места постоянного жительства. Какой порядок оформления листка нетрудоспособности.

1. Выдается лечащим врачом.
2. Выдается с вехом ВК.
3. Выдается лечащим врачом и заведующим отделением.
4. Выдается только с разрешения главного врача.

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

1. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а с 6-го дня - листок нетрудоспособности.
2. Справка произвольной формы.
3. Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
4. Никакие документы не выдаются.

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

1. Листок нетрудоспособности.
2. Справка о временной нетрудоспособности на период болезни ребенка.
3. Справка ВК.
4. Никакие документы не выдаются.

Рабочим Б., 30 лет, дома, в состоянии алкогольного опьянения получена травма. Какой документ удостоверяющий временную нетрудоспособность будет выдан больному

1. Листок нетрудоспособности с 1-го дня.
2. Листок нетрудоспособности с 6-го дня.
3. Справка произвольной формы.
4. Справка установленного образца.

На какой предельный срок выдается листок нетрудоспособности при протезировании в стационаре

1. На 10 дней.
2. На 30 дней.
3. На 60 дней.
4. На весь период временной нетрудоспособности.

Больная К., 27 лет, в течение 10 дней находилась в стационаре клинической б-цы по поводу преждевременных родов, наступивших на 26 неделе беременности. Родила живого мальчика весом 2300 г. На какой срок ей будет выдан листок нетрудоспособности

1. На период пребывания в стационаре.
2. На 70 дней.
3. На 140 дней.
4. На 156 дней.

Как выдается и оформляется листок нетрудоспособности при лечении в стационаре не более 15 дней

1. Лечащим врачом совместно с главным врачом при выписке больного из стационара.
2. Главным врачом при выписке больного из стационара.
3. **Лечащим врачом при выписке больного из стационара.**
4. Открывается лечащим врачом в день поступления в стационар и закрывается в день выписки из стационара лечащим врачом совместно с зав. отделением.

При каком условии выдается дубликат вместо утерянного листка нетрудоспособности

1. При предоставлении заявления больного.
2. При предоставлении амбулаторной карты (истории болезни) больного.
3. При устном заявлении больного.
4. При предоставлении справки бухгалтерии о том, что по ранее выданному листку нетрудоспособности пособие не выплачивалось.

На какой срок выдается листок нетрудоспособности больным, направленным на долечивание в санаторий непосредственно из стационаров после перенесенного острого инфаркта миокарда

1. На время пребывания в санатории.
2. На недостающие к отпуску дни.
3. На недостающие к отпуску дни и на время проезда в санаторий и обратно.
4. Листок нетрудоспособности не выдается.

Ребенку 9 месяцев. Мать, находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, заболела пневмонией. Какие документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и кем будут выданы отцу ребенка

1. Справка о временной нетрудоспособности, выданная врачом-педиатром.
2. Листок нетрудоспособности, выданный участковым врачом-терапевтом или врачом стационара на время болезни матери.
3. Справка ВК.
4. Никакие документы не выдаются.

Больному К., выдан листок нетрудоспособности с диагнозом ОРВИ с 18.10 по 20.10 с явкой на прием к врачу 20.10. Больной пришел лишь 25.10., т.к. без уважительной причины выехал в другой город. При осмотре 25.10 диагноз Пневмония. Как должен быть оформлен листок нетрудоспособности

1. Ранее выданный листок нетрудоспособности закрывается и выдается новый.
2. Листок нетрудоспособности продлевается на 21, 22, 23, 24, 25.10 и делается отметка о нарушении режима.
3. Листок нетрудоспособности закрывается 20.10.
4. В ранее выданном листке нетрудоспособности делается отметка о нарушении режима, а с 25.10 продлевается на общих основаниях.

На какой предельный срок со дня установления временной нетрудоспособности в результате обострения язвенной болезни желудка, наступившей вследствие алкогольного опьянения и какой документ выдается больному

1. На 10 дней с выдачей справки о временной нетрудоспособности.
2. Только на 15 дней с выдачей листка нетрудоспособности.
3. На весь период временной нетрудоспособности с выдачей листка нетрудоспособности
4. Никакие документы не выдаются.

Как проводится экспертиза трудоспособности при карантине, если работник имел контакт с инфекционным больным и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой и нет возможности его трудоустройства

1. Выдается листок нетрудоспособности участковым терапевтом, при отсутствии врача-инфекциониста.
2. Выдается листок нетрудоспособности врачом-инфекционистом и в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Карантин".
3. Выдается справка о временной нетрудоспособности.
4. Никакие документы не выдаются.

В какие сроки непрерывно и длительно болеющие туберкулезом подлежат направлению на МСЭК

1. Через 3 месяца.
2. Через 6 месяцев.
3. Через 8 месяцев.
4. Через 12 месяцев.

Врачи, каких лечебных учреждений не имеют права выдачи листков нетрудоспособности

1. Стоматологических поликлиник.
2. Клиник научно-исследовательских институтов.
3. Скорой помощи.
4. Областных поликлиник.

Сотрудник ОМОНа, находясь в очередном отпуске, при задержании особо опасного преступника получил резаную рану левого плеча. Какой документ и на какой период будет выдан сотруднику ОМОНа

1. Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
2. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а затем листок нетрудоспособности до полного выздоровления.

3. Справка ВКК на весь период заболевания.
4. Справка произвольной формы на весь период заболевания.

Больной Л., 25 лет, врач, при следовании к месту работы после окончания медицинского института 28 июля получил закрытый перелом большеберцовой кости. Какие документы будут выданы больному, если в направлении указана дата явки на работу 1 августа

1. Листок нетрудоспособности с 28 июля на весь период заболевания.
2. Справка о временной нетрудоспособности на весь период заболевания.
3. Справка о временной нетрудоспособности с 28 июля по 31 июля, а с 1 августа - листок нетрудоспособности.
4. Листок нетрудоспособности с 1 августа на весь период заболевания.

У безработного С., 35 лет, состоящего на учете в службе занятости, возникла лакунарная ангина. Какие документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, будут ему выданы

1. Справка произвольной формы.
2. Листок нетрудоспособности.
3. Никакие документы не выдаются.

Студентка 3-го курса университета летом, во время работы в стройотряде, упала с телеги и получила перелом луча в типичном месте со смещением. Какой документ, удостоверяющий нетрудоспособность, должен быть выдан больной, если с ней заключен трудовой договор

1. Справка о временной нетрудоспособности на весь период заболевания.
2. Справка произвольной формы.
3. Листок нетрудоспособности с 6-го дня.
4. Листок нетрудоспособности до 1 сентября, затем справка о временной нетрудоспособности.

На какой срок и какой документ будет выдан женщине в случае осложненных родов

1. Справка о временной нетрудоспособности на 14 дней.
2. Листок нетрудоспособности на 20 дней.
3. Дополнительный листок нетрудоспособности на 14 дней.
4. Никакой дополнительный документ не выдается.

На какой срок и какой документ выдается женщине, родившей здорового ребенка и отказавшейся от него, при осложненных родах

1. Справка о временной нетрудоспособности на 14 дней.
2. Листок нетрудоспособности на 20 дней.
3. Дополнительный листок нетрудоспособности на 14 дней.
4. Никакой дополнительный документ не выдается.

Кто имеет право на выдачу листка нетрудоспособности

1. Главный врач.
2. Зав. отделением.
3. Лечащий врач.
4. Зав. отделением, выполняющий лечебную работу.

При лечении хронического алкоголизма, осложненного циррозом печени, алкогольной миокардиодистрофией выдается

1. Листок нетрудоспособности.
2. Справка о временной нетрудоспособности.
3. Справка ВК.
4. Никакие документы не выдаются.

На какой срок и какой документ может быть выдан врачом здравпункта

1. Листок нетрудоспособности на 6 дней.
2. Листок нетрудоспособности на 15 дня.
3. Справка о временной нетрудоспособности.

В каких случаях не выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком не инвалидом

1. Ребенок старше 7 лет.
2. Ребенок старше 12 лет
3. Ребенок старше 15 лет.
4. Мать находится в отпуске по беременности и родам.
5. Мать находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет.

Какие из перечисленных нарушений режима следует отметить в листке нетрудоспособности (справке о временной нетрудоспособности)

1. Не явился на прием в назначенный срок по неуважительной причине.
2. Отказался от госпитализации.
3. Отказался от обследования.
4. Не приобрел назначенных медикаментов.

Учащийся лица во время производственной практики с частичной оплатой его труда получил травму. Какие документы будут выданы больному

1. Справка о временной нетрудоспособности.
2. Листок нетрудоспособности на период производственной практики, а при продолжающейся нетрудоспособности - справка о временной нетрудоспособности.
3. Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
4. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а затем листок нетрудоспособности.

У женщины Н., 26 лет, на 25 неделе беременности наступили преждевременные роды. Родился мертвый ребенок. На какой срок ей будет выдан листок нетрудоспособности

1. На 140 дней.
2. На 156 дней.
3. На 126 дней.
4. На 14 дней.

Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)

Уравновешенный, активный, подвижный, легко переживающий неудачи это:

1. сангвиник;
2. флегматик;
3. холерик;
4. меланхолик;
5. высокий темперамент.

Возбудимый, порывистый, несдержанный в эмоциях, быстро говорящий человек это:

1. сангвиник;
2. флегматик;
3. холерик;
4. меланхолик;
5. высокий темперамент.

Человек со слабым типом нервной системы, впечатлительный, глубоко переживающий, но способен тонко чувствовать и больше воспринимать, но быстро устаёт от этого:

1. сангвиник;
2. флегматик;
3. холерик;
4. меланхолик;
5. низкий темперамент.

Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как:

1. ригидность;
2. агрессивность;
3. способность к эмпатии;
4. тревожность;
5. впечатлительность.

Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности в условиях лечебного взаимодействия называется:

1. интерактивной толерантностью;
2. интерактивной компетентностью;
3. коммуникативной возможностью;
4. коммуникативной толерантностью;
5. коммуникативной компетенцией.

К методам изучения подчиненного, которые целесообразно применять в медицинских учреждениях, относятся:

1. анкетирование;
2. тестирование;
3. наблюдение;
4. эксперимент.

Под типом руководства понимают:

1. формы управляющего воздействия;
2. степень свободы участия коллектива в выработке решений;
3. сложившуюся систему отношений в коллективе.

Делегирование полномочий – это:

1. наделение подчиненного определенной свободой действий;
2. наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции;
3. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу.

К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме:

1. полной самостоятельности;
2. диапазона контроля;
3. фиксированной ответственности;
4. соответствия прав и обязанностей;
5. передача ответственности на возможно более низкий уровень;
6. отчетности по отклонениям.

Не являются методами мотивации:

1. экономическая заинтересованность;
2. целевой подход в управлении;
3. меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении;
4. качественное расширение выполняемой работы;
5. участие работников в управлении учреждением.

Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме:

1. организованности;
2. благодушия;
3. коллективизма (сплоченности);
4. информированности;
5. ответственности.

Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если

- 1) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

- 2) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
- 3) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

1. обеспечить наилучшее лечение
2. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
3. установить доверительные отношения: больной-врач, врач-больной, врач-родственники больного, врачи между собой
4. все перечисленное

Функции управления персоналом представляют собой:

1. комплекс направлений и подходов работы с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия;
2. комплекс направлений и подходов по повышению эффективности функционирования предприятия;
3. комплекс направлений и подходов по увеличению уставного фонда организации;
4. комплекс направлений и подходов по совершенствованию стратегии предприятия;
5. комплекс направлений и мероприятий по снижению себестоимости продукции.

Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Одна из медсестер разочарована своими учебными успехами, сомневается в своих способностях и в том, что ей когда-либо удастся как следует понять и усвоить материал, и говорит преподавателю:

«Как Вы думаете, удастся ли мне когда-нибудь учиться на отлично и не отставать от остальных?»

— Ваш ответ?

1. «Если честно сказать — сомневаюсь».
2. «О, да, конечно, в этом Вы можете не сомневаться».
3. «У Вас прекрасные способности, и я связываю с Вами большие надежды».
4. «Почему Вы сомневаетесь в себе?»
5. «Давайте поговорим и выясним проблемы».
6. «Многое зависит от того, как мы с Вами будем работать».

Медсестра на занятиях говорит преподавателю, демонстрируя излишнюю самоуверенность: «Нет ничего такого, что я не сумел бы сделать, если бы захотел. В том числе мне ничего не стоит усвоить и преподаваемый Вами предмет». — Какой должна быть на это реплика учителя?

1. «Вы слишком хорошо думаете о себе».
2. «С Вашими-то способностями? — Сомневаюсь!»
3. «Вы, наверное, чувствуете себя достаточно уверенно?»
4. «Не сомневаюсь в этом, так как знаю, что если Вы захотите, то у Вас все получится».
5. «Это, наверное, потребует от Вас большого напряжения».
6. «Излишняя самоуверенность вредит делу».

Медсестра на занятиях говорит преподавателю: «Я снова забыла принести реферат» — Как следует на это отреагировать?

1. «Ну вот, опять!»

2. «Не кажется ли Вам это проявлением безответственности?»
3. «Думаю, что Вам пора начать относиться к делу серьезнее».
4. «Я хотел (а) бы знать, почему?»
5. «У Вас, вероятно, не было для этого возможности?»
6. «Как Вы думаете, почему я каждый раз напоминаю об этом?»

Медсестра, выразив преподавателю свои сомнения по поводу возможности хорошего усвоения терапии, говорит: «Я сказал вам о том, что меня беспокоит. Теперь вы скажите, в чем причина этого и как мне быть дальше?» — Что должен на это ответить преподаватель?

1. «У Вас, как мне кажется, комплекс неполноценности».
2. «У Вас нет никаких оснований для беспокойства».
3. «Прежде, чем я смогу высказать обоснованное мнение, мне необходимо лучше разобраться в сути проблемы».
4. «Давайте подождем, поработаем и вернемся к обсуждению этой проблемы через некоторое время. Я думаю, что нам удастся ее решить».
5. «Я не готов (а) сейчас дать Вам точный ответ, мне надо подумать».

Медсестра на занятии, явно демонстрируя свое плохое отношение к другой учащейся медсестре (беженке из «горячей точки», говорит: «Я не хочу учиться вместе с ней». — Как на это должен отреагировать преподаватель?

1. «Ну и что?»
2. «Никуда не денетесь, все равно придется».
3. «Это неразумно».
4. «Но она тоже не захочет после этого учиться с Вами».
5. «Почему?»
6. «Я думаю, что Вы не правы».

Вы приступили к проведению занятия в группе медицинских сестер, все успокоились, настала тишина, и вдруг в классе кто-то громко засмеялся. Когда вы, не успев ничего сказать, вопросительно и удивленно посмотрели на сестру, которая засмеялась, она, смотря вам прямо в глаза, заявила: «Мне всегда смешно глядеть на Вас, и хочется смеяться, когда вы начинаете вести занятия». Как вы отреагируете на это? Выберите и отметьте подходящий вариант словесной реакции из числа предложенных ниже.

1. «Вот тебе и на!»
2. «А что Вам смешно?»
3. «да пожалуйста!»
4. «Люблю веселых людей».
5. «Я рад (а), что создаю у Вас веселое настроение».

Преподаватель дает группе медсестер задание, одна из них не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!» — Какой должна быть реакция?

1. «Не хочешь — заставим!»
2. «Для чего же Вы тогда пришли учиться?»
3. «Тем хуже для Вас. Ваше поведение похоже на поведение человека, который назло своему лицу хотел бы отрезать себе нос».
4. «Не мог бы Вы объяснить, почему?»
5. «Давайте сядем и обсудим — может быть, Вы и правы».

Наглядные методы обучения условно можно разделить на 2 группы:

1. иллюстрация и демонстрация
2. беседа и демонстрация
3. семинар и наблюдение
4. словесные и наглядные
5. дискуссия и видеометод

Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип:

1. прочности

2. научности
3. систематичности и последовательности
4. доступности
5. наглядности

Получение информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов — это:

1. педагогический мониторинг
2. педагогическая диагностика
3. педагогическая рефлексия
4. педагогический менеджмент
5. педагогический анализ

Основной метод воспитания – это:

1. убеждение
2. слово учителя
3. приучение
4. пример
5. унижение

Наказание – это:

1. метод воспитания, проявляющийся в форме требования
2. управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
3. способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
4. воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни
5. метод поощрения

Воспитательный процесс – это процесс:

1. взаимодействия
2. воздействия
3. рефлексии
4. действия
5. унижения

Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

1. культурологический подход
2. психологический подход
3. индивидуальный подход
4. комплексный подход
5. системный подход

Правило «От легкого к трудному» относится к принципу:

1. доступности
2. научности
3. последовательности и систематичности
4. связь теории с практикой
5. наглядности

Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

1. сотрудничество семьи, школы, общественности
2. взаимоотношения воспитателей и воспитанников
3. влияние на воспитанника через коллектив
4. влияние родителей и воспитателей на воспитанника
5. влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на

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

Определение понятия «здоровья» ВОЗ:

1. отсутствие болезней
2. физическое благополучие
3. состояние полного физического, психического, социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Что такое общественное здоровье?

1. совокупность показателей здоровья отдельных людей
2. совокупность показателей здоровья населения.

Перечислите первичные факторы риска ухудшения здоровья:

1. бактериальные
2. курение
3. механические
4. злоупотребление алкоголем
5. нерациональное питание
6. гиподинамия
7. химические
8. психоэмоциональный стресс

Назовите вторичные факторы риска

1. грипп
2. диабет
3. артериальная гипертензия
4. вирусный гепатит
5. липидемия, холистеринемия
6. острая ревматическая лихорадка
7. аллергия
8. иммунодефициты

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована:

1. к детям и подросткам;
2. к лицам, пробующим табак;
3. к недавно курящим;
4. к давно курящим
5. Ко всем перечисленным группам

Оптимальным методом выявления лиц группы риска по возникновению заболевания является

- а) учет обращаемости
- б) учет случаев временной нетрудоспособности
- в) профосмотр
- г) все перечисленные

К практически здоровым относятся

- а) хронические больные с частыми обострениями
- б) лица с факторами риска
- в) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 2 лет
- г) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 3-5 лет

К мерам первичной профилактики относятся

- а) санаторно-курортное лечение
- б) противорецидивное лечение
- в) гигиеническое воспитание населения
- г) всё перечисленное

Неперевариваемые углеводы (пектин, целлюлоза) способствуют:

1. усилению моторики кишечника;
2. росту вредной микрофлоры;
3. выведению из организма холестерина.

Основными пищевыми источниками витамина А и каротина являются:

1. печень;
2. рыбий жир;
3. морковь;
4. картофель.

Наибольшее количество витамина Е содержит:

1. сливочное масло
2. печень трески
3. молоко
4. оливковое масло
5. масло пшеничных и кукурузных зародышей

После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза?

1. да;
2. нет;
3. нет при использовании 0,5 дозы.

Какой из перечисленных морепродуктов содержит большое количество холестерина:

1. креветки;
2. скумбрия;
3. форель;
4. тунец.

Целевой уровень ЛПНП у больных ИБС должен составлять:

1. 4,6 ммоль/л;
2. 3,8 ммоль/л;
3. 1,8 ммоль/л.

Маркер тубулярной протеннурии:

1. миоглобин;
2. α 1 – микроглобулин;
3. α 2 – макроглобулин;
4. β 2 микроглобулин;
5. белок Бенс-Джонса;
6. белок Тамма-Хорсфалла.

Основным количественным критерием, характеризующим уровень здоровья нации, является:

1. уровень детской смертности;
2. средняя продолжительность жизни;
3. ожидаемая продолжительность здоровой жизни;
4. трудовой потенциал населения.

Важнейшим социальным критерием значимости болезни являются:

1. расходы на обследование больного;
2. ущерб здоровью;
3. расходы на лечение больного.

Угрожаемыми в отношении возможности развития привыкания являются лица со следующими характерологическими особенностями, кроме:

1. ипохондричности;
2. тревожности;
3. неуверенности в своих силах, невыносливости к жизненным психическим и физическим перегрузкам;
4. нетерпеливости;
5. стеничности .

Для предупреждения случаев ятрогенных наркоманий врач должен знать:

1. у каких категорий больных легко возникает наркоманическое привыкание;
2. каковы особенности клинических проявлений ятрогенной наркомании;
3. характерологические особенности лиц, у которых риск развития наркоманической зависимости высок;
4. все перечисленное;
5. только 1 и 3.

Риск развития токсикомании особенно велик у подростков:

1. с нарушением поведения;
2. с особенностями характера;
3. с асоциальностью;
4. со всем перечисленным.

Формирование токсикомании при неблагоприятных условиях возможно у подростков со всеми перечисленными особенностями преморбида, исключая

1. реакции группирования по месту обитания;
2. архаичности поведения;
3. высокую толерантность к сверхсильным, нефизиологическим раздражителям;
4. эмоциональную недостаточность;
5. склонность к сверхценным образованиям.

Профилактика токсикоманий включает:

1. объединение практических, максимально приближенных к месту учебы и проживания подростков мероприятий по улучшению психоадаптационных возможностей;
2. раннюю и непрерывную антинаркоманическую пропаганду;
3. повышение осведомленности в проблеме токсикоманий родителей и лиц, работающих с подростками;
4. разработку и внедрение скрининговых процедур, направленных на выявление нарушений на различных структурных уровнях организма;
5. все перечисленное.

Какие направления существуют в формировании здорового образа жизни?

1. создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;
2. преодоление низкой физической активности гиподинамией;
3. экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды;
4. преодоление, уменьшение факторов риска здоровью;
5. правильное питание.

Выберите группы факторов, имеющих значение в формировании здоровья человека:

1. образ жизни;
2. психические факторы;

3. физические факторы;
4. генетика, биология человека;
5. внешняя среда человека, экологические, природно-климатические факторы;
6. состояние здравоохранения.

Функциями врачебно–физкультурного диспансера являются:

1. гигиеническое воспитание населения;
2. проведение социологических опросов среди медицинских работников;
3. ведение учетно–отчетной документации;
4. анализ причин спортивного травматизма;
5. выдача рекомендаций по двигательным режимам для различных групп населения.

Какой из методов пропаганды здорового образа жизни наиболее эффективен?

1. печатный;
2. наглядный;
3. устный;
4. комбинированный;
5. последовательный

Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно:

а. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризирующая смесь"); б. Внутривенное капельное введение нитроглицерина; в. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза); г. назначение бета-блокаторов.

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

Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

1. дефектом межпредсердной перегородки;
2. дефектом межжелудочковой перегородки;
3. митральным стенозом;
4. пролабированием митрального клапана без регургитации;
5. гипертрофической кардиомиопатией.

Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

1. хинидин;
2. новокаинамид;
3. кордарон;
4. анаприлин;
5. финоптин.

Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:

1. в случае повышенного содержания протромбина в крови;
2. в случае значительного увеличения протромбинового времени;
3. только при повторной тромбоэмболии;
4. для уменьшения агрегации тромбоцитов;
5. для профилактики тромбообразования.

В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет:

1. щадящая диета;
2. прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки;
3. ограничение физической нагрузки;
4. прием седативных средств;
5. прием ферментных препаратов.

Профилактика осложнений цитостатической болезни включает: а. стерилизацию кишечника; б. плазмаферез; в, назначение антибиотиков; г. назначение иммуномодуляторов.

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

Основная задача массовой туберкулинодиагностики:

1. профилактика туберкулеза;
2. иммуностимуляция;
3. диагностика поствакцинальной аллергии;
4. отбор на ревакцинацию БЦЖ, определение тубинфицирования, выявление туберкулеза;
5. дифференциальная диагностика легочной патологии.

К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся:

1. Семейный полипоз;
2. Неспецифический язвенный колит;
3. Ворсинчатая аденома;
4. Все ответы верны.

Ведущим фактором риска травматизма является:

1. злоупотребление алкоголем;
2. проведение закаливания;
3. низкая физическая активность;
4. пассивное курение;
5. активное курение.

Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)

Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на уровне:

1. Государственном
2. Популяционном
3. Групповом
4. Индивидуальном
5. Региональном

Диспансерное наблюдение относится к профилактическим мероприятиям

1. Верно
2. Не верно

Медицинская помощь по профилактике оказывается: а) амбулаторно Б) в дневном стационаре В) в круглосуточном стационаре

1. Верно 1 и 2
2. Верно 1 и 3
3. Верно 1, 2, 3
4. Верно 2 и 3

Отделение медицинской профилактики создается при численности прикрепленного населения более

1. 10 000
2. 20 000
3. 30 000

4. 40 000
5. 50 000

Концепция принципов диспансеризации беременных включает:

1. ранний охват беременных врачом наблюдением;
2. своевременное обследование и регулярность наблюдения;
3. профилактику гнойно-септических осложнений;
4. профилактические госпитализации беременных;
5. психопрофилактическую подготовку к родам.

К первичной профилактике следует относить:

1. раннюю диагностику заболеваний;
2. оздоровление окружающей среды;
3. профилактическую госпитализацию.

Объектом первичной профилактики являются:

1. реконвалесценты острых заболеваний;
2. больные хроническими заболеваниями;
3. все население;
4. трудоспособное население.

Компонентами системы первичной профилактики являются:

1. диспансеризация;
2. оздоровление окружающей среды;
3. реабилитационные мероприятия;
4. здоровый образ жизни;
5. мониторинг здоровья населения.

Цель вторичной профилактики - предупреждение:

1. несчастных случаев;
2. острых заболеваний;
3. хронизации заболеваний.

Диспансеризация взрослого населения проводится:

1. 1 раз в год;
2. 1 раз в три года;
3. 2 раза в год;
4. 1 раз в два года.

Цели диспансеризации:

1. раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
2. раннее выявление заболеваний и факторов риска их развития; профилактическое консультирование;
3. определение группы здоровья; профилактическое консультирование; определение группы диспансерного наблюдения;
4. определение группы диспансерного наблюдения.

В комплект специфических документов, необходимых для диспансеризации входят:

1. амбулаторная карта пациента, карта вышедшего из стационара;
2. маршрутная карта диспансеризации, паспорт здоровья;
3. карта стационарного больного, амбулаторная карта;
4. маршрутная карта диспансеризации, паспорт болезни.

Профилактический осмотр взрослого населения проводится:

1. 1 раз в 3 года;

2. 1 раз в год;
3. 1 раз 2 года;
4. 2 раза в год.

Диспансеризация взрослого населения в РФ проводится по принципу:

1. одноэтапности;
2. двухэтапности;
3. трёхэтапности;
4. пятиэтапности.

К первой группе здоровья относятся граждане:

1. с низким и средним сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE;
2. с низким сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE;
3. с высоким и очень высоким риском, определенным по шкале SCORE;
4. имеющие доказанные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболевания, нуждающегося в дополнительном обследовании.

К третьей группе здоровья относятся граждане:

1. с низким сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE;
2. с низким и средним сердечно-сосудистым риском, определенным по шкале SCORE;
3. с высоким и очень высоким риском, определенным по шкале SCORE;
4. имеющие доказанные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболевания, нуждающегося в дополнительном обследовании.

Первичная профилактика – это:

1. устранение факторов риска заболеваний;
2. уменьшение осложнений и прогрессирования заболеваний;
3. раннее обнаружение и лечение заболеваний при наличии факторов риска;
4. раннее обнаружение заболеваний.

Вторичная профилактика – это:

1. устранение факторов риска заболеваний;
2. уменьшение осложнений и прогрессирования заболеваний;
3. раннее обнаружение и лечение заболеваний при наличии факторов риска;
4. раннее обнаружение заболеваний.

Третичная профилактика – это:

1. устранение факторов риска заболеваний;
2. уменьшение осложнений и прогрессирования заболеваний;
3. раннее обнаружение и лечение заболеваний при наличии факторов риска;
4. раннее обнаружение заболеваний.

Вторичная профилактика включает:

1. проведение прививок;
2. мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний;
3. выявление заболеваний;
4. мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний;
5. повышение материального благосостояния.

Структурами здравоохранения, обеспечивающими профилактику заболеваний, являются:

1. кабинет здорового ребенка детской поликлиники;
2. Центр медицинской профилактики;
3. врачебно-физкультурный диспансер;
4. Центр здоровья; Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Вторичной профилактикой рака легких является:

1. борьба с курением;
2. применение антигистаминных препаратов;
3. употребление витаминов группы В;
4. профилактическая флюорография органов грудной клетки;
5. определение в крови «раково-эмбрионального антигена».

С целью профилактики кардиоэмболического инсульта назначаются:

1. диакарб;
2. варфарин;
3. глиатилин.

К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся: а. малоактивный образ жизни, потребление высококалорийной пищи; б. дислиппротеидемия; в. курение; г. психо-эмоциональный стресс.

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

Периодичность флюорографического профосмотра для большинства обязательных контингентов и групп повышенного риска заболевания туберкулезом и раком легких:

1. не реже 1 раза в год;
2. не реже 2 раз в год;
3. не реже 4 раз в год;
4. не реже 6 раз в год;
5. не реже 1 раза в 5 лет.

Беременной необходимо встать на диспансерный учет в женской консультации до срока беременности:

1. 5 недель;
2. 12 недель;
3. 14 недель;
4. 16 недель;
5. 20 недель.

Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II-м триместре должно производиться:

1. при подозрении на предлежание плаценты;
2. для уточнения характера предлежащей части;
3. при каждой явке;
4. один раз за триместр;
5. только при наличии показаний.

Готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)

Источником ВИЧ – инфекции является:

- а) ВИЧ – инфицированный человек
- б) Обезьяны

в) Кровососущие насекомые.

Выберите путь распространения ВИЧ – инфекции:

- а) парентеральный
- б) трансмиссивный
- в) воздушно – капельный.

Группы повышенного риска по ВИЧ-инфекции:

- а) лица, вводящие наркотики парентерально
- б) проститутки
- в) гомосексуалисты
- г) лица, вступающие в беспорядочные половые связи
- д) заключенные

ВИЧ-инфицированный человек представляет опасность для окружающих:

- а) только в периодах, выраженных клинически
- б) только в терминальной стадии
- в) только в стадии острой инфекции
- г) только в стадии бессимптомной инфекции
- д) пожизненно

Заражение ВИЧ возможно:

- а) при половом контакте
- б) при переливании инфицированной крови
- в) при передаче от инфицированной матери плоду
- г) при грудном вскармливании
- д) при укусе кровососущих насекомых
- е) при трансплантации внутренних органов
- ж) через медицинские инструменты

Заражение ВИЧ возможно:

1. при половом контакте
2. при переливании инфицированной крови
3. при передаче от инфицированной матери плоду
4. при укусе кровососущих насекомых
5. при трансплантации внутренних органов

Обязательному лабораторному обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

1. доноры крови
2. все медицинские работники
3. беременные
4. пациенты, поступающие в плановом порядке в стационар хирургического профиля
5. доноры органов и биологических субстратов

Инфицирование медицинского персонала ВИЧ наиболее вероятно при:

1. различных парентеральных процедурах
2. случайном уколе во время операции
3. подготовке полости рта к протезированию
4. удалении зубного камня
5. проведении физиотерапевтических процедур (например, электрофореза) и т.д.

Вирус иммунодефицита человека в организме зараженного находится в:

1. лимфоидных тканях
2. мышечной ткани
3. эпителиальных клетках
4. кожных покровах и подкожной клетчатке

Наиболее чувствительные и специфичные лабораторные тесты на ВИЧ:

1. ИФА и метод иммуноблотинга
2. ПЦР
3. РПГА
4. РСК
5. РТМЛ

Клеточные популяции организма, наиболее чувствительные к инфицированию ВИЧ:

1. Т-хелперы
2. эндотелиоциты
3. клетки макрофагально-моноцитарной системы
4. гепатоциты

Оппортунистические инфекции, ассоциированные со СПИДом:

1. пневмоцитоз
2. криптоспоридиоз
3. токсоплазмоз
4. кандидоз
5. туберкулез
6. цитомегаловирусная инфекция
7. герпетическая инфекция
8. стрептококковая и стафилококковая инфекция

При реактивизации латентной инфекции у пациентов с иммунодефицитами возникают заболевания:

1. опоясывающий герпес
2. цитомегаловирусная инфекция
3. аденовирусный кератоконъюнктивит
4. диссеминированная цитомегаловирусная инфекция

Пути инфицирования ВИЧ:

1. половой
2. парентеральный
3. вертикальный
4. трансфузионный
5. алиментарный
6. аэрозольный

СПИД определяется как:

1. начальная стадия инфицирования ВИЧ
2. конечная стадия ВИЧ-инфекции с глубоким иммунодефицитом и рядом оппортунистических заболеваний
3. стадия первичных проявлений у больных ВИЧ-инфекцией
4. стадия вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией

Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)

Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1. показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения;
2. демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития;

3. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития.

Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные:

1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
2. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;
3. число всех имеющих у населения заболеваний и численность населения.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
2. число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
3. общее число всех имеющих у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.

Младенческая смертность - это смертность детей:

1. на первой неделе жизни;
2. на первом месяце жизни;
3. на первом году жизни.

Предметом изучения медицинской статистики являются:

1. информация о здоровье населения;
2. информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека;
3. информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения;
4. информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине;
5. все вышеперечисленное.

Основными показателями общественного здоровья являются все, кроме?

1. показатели заболеваемости;
2. показатели инвалидности;
3. показатели летальности;
4. показатели физического развития;
5. демографические показатели.

Критерием общей заболеваемости (распространенности, болезненности) населения является:

1. частота патологии среди населения, выявленная при медицинских осмотрах;
2. совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы;
3. совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;
4. учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемость: инфекционную, неэпидемическую, с временной утратой трудоспособности.

Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:

1. демографические показатели;
2. заболеваемость;
3. инвалидность;
4. физическое развитие;
5. временная нетрудоспособность.

Раздел медицинской статистики, называемый "статистика здравоохранения", включает в себя все, кроме:

1. обеспеченность населения медицинскими кадрами;
2. анализ деятельности ЛПУ;
3. показатель общей смертности;
4. обеспеченность населения койками.

Информация статистики здоровья включает в себя все, кроме:

1. нагрузку врача-терапевта на приеме в поликлинике;

2. показатели младенческой и общей смертности;
3. показатели общей заболеваемости;
4. показатели инвалидности.

Коэффициент рождаемости рассчитывается путем:

1. соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности населения;
2. соотношения численности умерших к численности родившихся;
3. вычитания числа умерших из числа родившихся.

Под физическим развитием понимают:

1. совокупность всех антропологических признаков и результаты функциональных измерений;
2. соматоскопические признаки и показатели;
3. данные о телосложении;
4. все вышеперечисленное.

Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные:

1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
2. число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;
3. число всех имеющих у населения заболеваний и численность населения.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
2. число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
3. общее число всех имеющих у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.

Показатель младенческой смертности рассчитывается на:

1. среднегодовую численность населения;
2. число детей, родившихся живыми за год;
3. число детей, родившихся живыми и мертвыми за год;
4. среднегодовую численность детского населения.

Основные методы изучения заболеваемости все, кроме:

1. по причинам смерти;
2. по обращаемости;
3. по данным переписи населения;
4. по данным медицинских осмотров.

Первичная заболеваемость – это:

1. заболевания, впервые выявленные в этом году;
2. заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;
3. совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
4. учет всех заболеваний (инфекционных, неэпидемических, с ВУТ).
5. заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах.

Под статистическим термином "обращаемость" понимается:

1. число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания;
2. соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения;
3. абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения;
4. отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения.

При изучении общей заболеваемости (по данным амбулаторно-поликлинических учреждений) используется:

1. медицинская карта амбулаторного больного;

2. единый талон амбулаторного пациента;
3. журнал регистрации инфекционных заболеваний в ЛПУ и ЦСЭН;
4. персональная карта работающего;
5. сводная ведомость учета заболеваний по месяцам, врачам, отделениям.

Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)

Какие основные технологии снижения субъективизма экспертных заключений существуют при контроле совокупности страховых случаев?

1. применение статистических методов обработки при анализе;
2. внедрение стандартизации экспертных мнений;
3. увеличение объема выборки и проведение экспертиз;
4. все перечисленные.

В результате плановой экспертизы качества медицинской помощи установлено, что оказанная медицинская помощь не соответствует стандартам медицинской помощи. Однако, страховое обеспечение в соответствии с базовой программой установлено без учета стандартов. Эксперт качества медицинской помощи осуществит следующие действия:

1. укажет на это в выводах акта экспертизы качества медицинской помощи.
2. не будет признавать данный случай содержащим дефект медицинской помощи или нарушение при оказании медицинской помощи.
3. даст рекомендации по внедрению данных стандартов за счет оплаты из других источников.
4. примет другое решение.

Перечислите показатели заболеваемости социально значимых болезней, которые характеризуют качество и доступность медицинской помощи по программе государственных гарантий:

1. онкозаболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, сифилис;
2. туберкулез, ВИЧ-инфекция, гонорея, артериальная гипертензия;
3. наркомания, токсикомания, психические расстройства, ВИЧ-инфекция;
4. артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца;
5. описторхоз, лямблиоз, токсокароз.

Выберите правильное определение показателя «онкозапущенности»:

1. доля больных с IV стадией всех и с III стадией визуальных локализаций злокачественных новообразований в общем числе онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом;
2. процентное отношение умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования;
3. процентное отношение умерших к состоящим на учете;
4. доля больных с I-II стадиями злокачественных новообразований;
5. доля больных с III-IV стадиями злокачественных новообразований.

Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются

1. увеличение пропускной способности и снижение летальности
2. увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
3. уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
4. уменьшение пропускной способности и увеличение летальности

Показателями, характеризующими деятельности поликлиники, являются:

- 1) участковость,
- 2) охват диспансерным наблюдением,
- 3) снятие с диспансерного учета,
- 4) летальность на участке,
- 5) сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов

- а) если верно 1, 2, 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 1, 3 и 4
- г) если верно 3, 4 и 5
- д) если верно все

Для суждения о качестве медицинской помощи в стационаре используется:

- а. метод экспертных оценок
- б. данные о расхождении диагнозов поликлиники и стационара
- с. данные о соответствии фактически достигнутого результата лечению результату, предусмотренному стандартом
- д. верно а и с
- е. верных ответов нет

Стандарт медицинской помощи - это:

- а. установленные в ЛПУ объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий, отражающие возможности данного учреждения
- б. формализованная модель ведения больного, предусматривающая объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
- с. метод анализа статистических показателей деятельности учреждения
- д. верно только с
- е. верных ответов нет

Медико-экономический стандарт ведения больного определяет:

- а. объем и последовательность выполнения лечебно-диагностических мероприятий
- б. гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий
- с. гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий и затраты на их выполнение
- д. верно только б
- е. верных ответов нет

Наиболее информативным методом оценки качества и эффективности работы ЛПУ является:

- а. метод анализа статистических показателей деятельности учреждения
- б. метод экспертных оценок
- с. социологический метод
- д. аналитический метод
- е. верных ответов нет

При экспертной оценке качества деятельности врача общей практики анализируются:

- а. каждый случай смерти на дому
- б. каждый случай первичного выхода на инвалидность
- с. каждый случай расхождения диагноза поликлиники и стационара
- д. каждый третий случай
- е. верных ответов нет

Качество работы скорпомощной больницы может оцениваться по:

- а. показателям частоты послеоперационных осложнений
- б. распределению госпитализированных больных по диагнозам
- с. показателям послеоперационной летальности
- д. срокам до- и послеоперационного лечения больных
- е. верных ответов нет

Различают следующие основные виды заболеваемости населения:

- а. первичная заболеваемость;
- б. обращаемость;
- с. заболеваемость с госпитализацией (госпитализация);
- д. заболеваемость с временной потерей трудоспособности (трудопотери);

- е. диспансерная статистика заболеваемости.

Экономический анализ деятельности ЛПУ в условиях страховой медицины следует проводить параллельно по следующим основным направлениям:

- а. использование основных фондов;
- б. использование коечного фонда;
- с. использование медицинской техники;
- д. использование медицинского и прочего персонала.
- е. Все перечисленное верно

Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?

- а) органы управления специальными формированиями;
- б) тыловые госпитали здравоохранения;
- в) наблюдательные пункты.

В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:

- а) тыловые госпитали;
- б) госпитальные базы;
- в) больничные базы;
- г) эвакуационные приемники;
- д) наблюдательные пункты.

Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:

- а) в военное время;
- б) в мирное время;
- в) в период, предшествующий военному положению.

Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- б) органы управления здравоохранения субъектов РФ;
- в) Генеральный штаб ВС РФ

Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?

- а) отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
- б) развертывание прирельсовых эвакуационных пунктов;
- в) погрузка раненых и больных в транспортные средства.

Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:

- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
- б) по линии Министерства обороны;
- в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.

Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:

- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
- б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
- в) развертыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.

На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное влияние (увеличение объема работы):

- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
- б) массовость санитарных потерь;
- в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
- г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
- д) ухудшение экологической обстановки.

Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:

- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;
- б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
- в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

Количество отделений в каждом ТГЗ зависит в первую очередь от:

- а) специализации госпиталя;
- б) потока раненых и больных;
- в) коечной ёмкости госпиталя;
- г) структуры санитарных потерь.

Для успешного решения задачи МЭП по массовому приёму раненых и больных из ГБФ и доставки их в ТГЗ необходимо:

- а) привлекать силы и средства ГО;
- б) организовать взаимодействие различных служб и организаций;
- в) увеличить количество санитарного транспорта в каждом ТГЗ.

Перегрузка ТГЗ приводит к:

- а) увеличению межгоспитальных перевозок;
- б) резкому снижению качества лечения и обслуживания раненых и больных.

Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период мобилизации.

Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:

- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
- б) погрузку их в транспортные средства;
- в) оказание медицинской помощи;
- г) уход за ранеными и больными в пути следования;
- д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
- е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
- ж) оказание специализированной медицинской помощи.

МЭП, как территориальный орган управления медицинской службы, выполняет следующие функции:

- а) руководящую;

- б) контролирующую;
- в) обеспечивающую;
- г) взаимодействие с другими органами управления медицинской службы.

С целью увеличения коечной ёмкости ТГЗ осуществляется:

- а) его переразвёртывание;
- б) развёртывание дополнительных коек;
- в) эвакуация раненых и больных в другие госпитали.

Ошибочные эвакуационные предписания являются следствием:

- а) увеличения межгоспитальных перевозок;
- б) перегрузки отдельных госпиталей;
- в) наличия комбинированных поражений.

Какой из ТГЗ по штату и оснащению является более мощным?

- а) нейрохирургический;
- б) базовый;
- в) терапевтический;
- г) травматологический.

Какая система лечения раненых сформировалась в годы ВОВ?

- а) лечение раненых на месте;
- б) эвакуационная;
- в) система этапного лечения;
- г) система этапного лечения с эвакуацией по назначению.

Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?

- а) органы управления специальными формированиями;
- б) тыловые госпитали здравоохранения;
- в) наблюдательные пункты.

Организованная массовая эвакуация раненых и больных в тыл страны возникла:

- а) в войнах конца 18-го начала 19-го веков;
- б) в русско-турецкую войну 1877-1878 гг.;
- в) в войнах 19-го столетия;
- г) в Первую мировую войну;
- д) в годы Великой Отечественной войны

Органы управления специальными формированиями расформируются:

- а) после окончания боевых действий;
- б) после объявления об окончании войны;
- в) после завершения работы тыловых госпиталей и наблюдательных пунктов;
- г) после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.

Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:

- а) военно-медицинским управлением фронта;
- б) органами управления здравоохранения;
- в) медицинской службой военного округа;
- г) главным военно-медицинским управлением МО;
- д) службой военных сообщений;
- е) министерством по чрезвычайным ситуациям;
- ж) местными органами власти.

Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:

- а) которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
- б) нуждающиеся в длительном лечении;
- в) для оказания специализированной медицинской помощи.

Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляются:

- а) органами Министерства обороны;
- б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
- в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.

При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:

- а) их рассредоточенность;
- б) наличие жилого фонда;
- в) время доставки раненых и больных;
- г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
- д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.

Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Министерство обороны;
- в) местные органы здравоохранения..

Кочная ёмкость ТГЗ установлена в объёмах:

- а) 100, 200, 300 коек;
- б) 200, 300, 400 коек;
- в) 300, 400, 500 коек;
- г) 400, 500, 600 коек.

Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

Развёртывание ГБТС в виде коллекторов, состоящих из 5-7 ТГЗ значительно облегчает задачи по:

- а) распределению потоков раненых и больных;
- б) их комплектованию;
- в) улучшению качества оказываемой медицинской помощи.

Улучшение результатов работы ТГЗ определяется:

- а) снижением межгоспитальных перевозок;
- б) уменьшением поступления в ТГЗ непрофильных раненых;
- в) повышением качества лечебно-диагностической работы врачебного состава.

На снижение сроков пребывания раненых и больных в ТГЗ (до 2-3 месяцев) не влияет:

- а) создание эффективной системы реабилитации;
- б) использование местных санаторно-курортных учреждений;
- в) развитие в мирное время производства и создание необходимых запасов различных видов протезов и материалов для протезирования;
- г) развитие широкой автотранспортной сети.

Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:

- а) возвращены в строй;

- б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
- в) уволены из ВС;
- г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;
- д) переведены в другие лечебные учреждения.

В какой период работы ТГЗ возможно его переразвёртывание?

- а) период заполнения;
- б) период высвобождения от непрофильных раненых;
- в) период планового лечения раненых и больных.

В ГБТС будут поступать раненые и больные, имеющие эвакуационное предназначение из:

- а) лечебных учреждений фронта;
- б) войск военного округа.

В структуре специальных формирований здравоохранения (СФЗ) они составляют около 2 % общей их численности:

- а) органы управления специальными формированиями;
- б) тыловые госпитали здравоохранения (ТГЗ);
- в) обсервационные пункты.

Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?

- а) преемственность;
- б) последовательность;
- в) своевременность;
- г) эвакуация по назначению.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	Составьте учебный маршрут освоение группой медсестер, получающих высшее сестринское образование, алгоритма помощи при остром коронарном синдроме	УК-3
2	<p>Петр Иванович, мужчина 45 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Кашляет постоянно, но больше по утрам. Периодически поднимается температура и выделяется гнойная мокрота. Пять лет назад был поставлен диагноз – ХОБЛ. Врачи рекомендовали бросить курить, но он к их советам не прислушался. Петр Иванович женился, в семье родился сын Вася, ему два года. У него приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче, как отмечает мама Васи.</p> <p>Петр Иванович курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки его гонят соседи.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие факторы риска у Петра Ивановича и его сына Васи? 2. Составьте памятку для Петра Ивановича «О вреде табакокурения». <p style="text-align: center;">Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Факторы риска у Петра Ивановича – активное курение. У его сына Васи – пассивное курение. 2. Памятка «О вреде табакокурения». <p>Петр Иванович, выкуривая по две пачки сигарет в день, Вы вредите не только своему здоровью, но и здоровью сына Васи. А также здоровью мамы Васи. Сын Вася болеет в значительной степени из-за Вашей вредной привычки к табакокурению.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дети, живущие в накуранных помещениях, чаще и намного сильнее страдают заболеваниями органов дыхания. • У детей курящих родителей увеличивается частота бронхитов и пневмоний, повышается риск серьезных заболеваний. • Табачный дым, кроме того, задерживает солнечные ультрафиолетовые лучи, 	ПК-1, ПК- 9

	<p>которые важны для ребенка 2-3 лет, влияет на его обмен веществ, разрушает витамин. С, необходимый ему в период роста.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В семьях, где курят, у детей намного чаще наблюдаются пневмонии и ОРЗ, дети ослаблены. • В семьях, где нет курящих, дети практически здоровы. • Категорически запрещается курить в комнате, где находится беременная женщина, кормящая мать или ребенок. • Курящие родители подают дурной пример своим детям • Если Вы дорожите своим сыном срочно бросайте курить. 	
3	<p>Мария Ивановна, женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитие. Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д. Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Больной себя не считает.</p> <p>Задания: Выявите факторы риска, имеющиеся у Марии Ивановны. Определите ИМТ и объясните его значение.</p> <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>1. Факторы риска у Марии Ивановны: - систематическое переедание; - гиподинамия; - ожирение.</p> <p>2. Индекс массы тела-ИМТ (англ.bodymassindex(BMI))-величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение). ИМТ важен при определении показаний для необходимости лечения, в том числе препаратов для лечения ожирения.</p> <p>Индекс массы тела рассчитывают по формуле: $I=m: h^2$</p> <p>где: m-масса тела в килограммах h-рост в метрах и измеряется в кг/м² $I=120:165^2=120:2,7^2=44,4$</p> <p>Индекс массы тела должен быть не выше 25 , а у Вас более 44 ,что говорит о выраженном ожирении.</p>	ПК-1,ПК-9
4	<p>Семен Семенович, мужчина 40 лет, очень боится заболеть раком. Это боязнь связана с тем, что члены его семьи: отец, мать, брат и три сестры умерли от онкологических заболеваний разной локализации (рак желудка, печени, легких). Мужчина ежегодно, с 35 лет, проходит полное клинико-диагностическое обследование в престижном медицинском центре в Израиле. Уже пять лет заключение врачей центра единодушное: здоров. С. С. курит последние два года, он считает, что курение его успокаивает. Любит загорать на пляжах Средиземноморья, алкоголь употребляет крайне редко.</p> <p>Задание: составьте индивидуальный план профилактики онкологических заболеваний для Семена Семеновича.</p> <p>ОТВЕТ</p> <p>Индивидуальный план профилактики онкологических заболеваний для Семена Семеновича.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Семен Семенович, Вы очень правильно поступаете, что ежегодно проводите полное клинико-диагностическое обследование в медицинском центре. Обязательно продолжайте это делать. • Но для профилактики онкологических заболеваний этого недостаточно. И здесь очень много зависит от Вас самого, от Вашего образа жизни. • Бросайте курить. Если бросить курить, вероятность появления раковой опухоли в легких снизится на 90 процентов. Кроме того, 	ПК-1, ПК-2, ПК-9

	<p>значительно повышаются шансы на жизнь без рака губы, языка, печени и еще десятка других органов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Откажитесь от алкоголя. • Правильно питайтесь. Замена колбасы, сосисок, бекона и других мясопродуктов в рационе на обычное нежирное мясо сокращает риск рака кишечника на 20 процентов. Снижение потребления переработанного мяса до 70 г в неделю уже позволяет уменьшить риск возникновения рака на 10 процентов. Отказ от сладкой газировки и продуктов, в которых содержится рафинированный сахар, снижает риск появления рака поджелудочной железы на 87 процентов. • Ешьте овощи и фрукты. В них содержатся натуральная защита от рака — биофлавоноиды. • Поддерживайте нормальный вес • Правильно загорайте. Не выходите на пляж после 11–00 и до 16-00. • Обязательно защищайте кожу специальными солнцезащитными средствами. • Избегайте загара в солярии. 	
5	<p>Мать Петра Ивановича и его сестра страдают бронхиальной астмой, дед умер от туберкулеза легких. Мужчина, 35 лет, женат, детей нет, работает на хлебозаводе пекарем, до этого работал лесником. Курит с двадцати лет по 15-20 сигарет в день. В выходные дни любит смотреть все телепередачи подряд, при этом, охотно кушает и выпивает крепкую наливку, которую делает его любимая жена. Последние дни стал замечать, что при работе с мукой, у него стало “закладывать” в груди.</p> <p>Задание: составьте индивидуальный план профилактики болезней органов дыхания для Петра Ивановича.</p> <p>Ответ</p> <p>Индивидуальный план профилактики болезней органов дыхания для Петра Ивановича:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уважаемый Петр Иванович, подумайте о том, чтобы вернуться к прежней работе, если это возможно. • Лесник много времени проводит на свежем воздухе, на природе, много двигается. Все это для Вас очень полезно, особенно, если одеваться по погоде и не переохлаждаться. • Симптомы, появляющиеся у Вас при работе с мукой, могут быть связаны с началом развития бронхиальной астмы, а у Вас есть вероятность наследственной предрасположенности к этому заболеванию. Необходимо обследование • Вас срочно необходимо бросить курить, курение очень часто приводит к развитию заболеваний органов дыхания, в том числе к раку легких, гортани и других органов. • Необходимо резко ограничить прием спиртных напитков. • Резкое охлаждение вызывает спазм бронхов. Старайтесь реже выходить на улицу во время сильных морозов. • Дыхание носом очищает и согревает воздух. • Занятия спортом на свежем воздухе укрепляет ваш организм. Только не надо злоупотреблять нагрузками. • Витамин А активизирует защитные силы бронхов. Много этого витамина содержится в растительной пище. • Не старайтесь заглушить кашель. Он помогает очиститься бронхам от слизи и является естественной реакцией организма на инфекции. 	ПК-1, ПК-2, ПК-9
6	<p>К врачу общей практики обратилась мама 9 летней девочки с жалобами на то, что дочь много времени сидит за компьютером и мало двигается.</p> <p>Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, рост 130 см, вес 28 кг, физическое развитие среднее, гармоничное. Периферические лимфатические узлы в пределах возрастной нормы. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 105/60 мм. рт. ст., пульс 80 в минуту,</p>	ПК-1, ПК-9

	<p>ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.</p> <p>Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью? Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе?</p> <p>Ответы: «Встать со своего кресла». Начинать с умеренной физической активности, медленно и постепенно удлиняя время занятий (время 20-60 мин одно занятие, для начинающих 5-10 мин), со временем повышая интенсивность занятий. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). 16-20 тысяч шагов, время двигательной активности 3,0 -3,3 часа ежедневно.</p>	
7	<p>К врачу общей практики обратилась женщина 29 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической активностью. Пациентка раньше занималась фитнесом, плаванием, но не регулярно (не хватало времени). Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 88 кг, рост 168 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 70 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациентки.</p> <p>Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе?</p> <p>Ответы: «Планирование первого шага». Оптимальная частота занятий – не менее 5 раз в неделю, лучше ежедневно. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). Интенсивность нагрузки увеличивается постепенно. Уровень интенсивности нагрузки: умеренная нагрузка – при пульсе 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений, скорость упражнений позволяет участникам комфортно беседовать; интенсивная нагрузка – пульс > 70% от максимальной частоты сердечных сокращений. 10-14 тысяч шагов в день.</p>	ПК-1, ПК-9
8	<p>К врачу общей практики обратился пациент 56 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической активностью. Пациент раньше не занимался физической активностью (считал, что это не нужно и отнимает много времени). Anamnesis vitae: около 10 лет страдает артериальной гипертензией, принимает не регулярно диротон 5 мг утром. Курит 20 лет по пачке сигарет в день. Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 95 кг, рост 181см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в мин, тоны сердца ритмичные, акцент 2го тона над аортой, АД 150/90 мм. рт. ст., пульс 82 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.</p> <p>Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Рассчитайте МЧСС для данной возрастной группы.</p> <p>Ответы: «Встать со своего кресла». Перед началом занятий необходима консультация у врача. Начинать с умеренной физической активности, медленно и постепенно удлиняя время занятий (время 20-60 мин одно занятие, для начинающих 5-10 мин). Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40 мин, расслабление 5-10мин). Уровень интенсивности нагрузки: умеренная нагрузка – при пульсе 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений. МЧСС = 220 – возраст.</p>	ПК-1, ПК-9
9	<p>К врачу общей практики во время проведения дополнительной диспансеризации обратился мужчина 40 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической</p>	ПК-1, ПК-9

	<p>активностью. Он активно занимается различными видами спорта (футбол, бег, плавание) и хочет знать нет ли противопоказаний к продолжению занятий. Anamnesis vitae: не курит. Онкологические, венерические заболевания отрицает. Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 90 кг, рост 176 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 80 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.</p> <p>Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе? Рассчитайте МЧСС для данной возрастной группы.</p> <p>Ответы: «Не терять темп». Оптимальная частота занятий – не менее 5 раз в неделю, лучше ежедневно. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). Уровень интенсивности нагрузки – пульс > 70% от максимальной частоты сердечных сокращений. 10-14 тысяч шагов в день. МЧС = 220- возраст.</p>	
10	<p>Женщина 32 лет, пришла на профилактический осмотр. В анамнезе — в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:</p> <p>Ответ: Направление на УЗИ сердца с доплерографией</p>	ПК-2
11	<p>Больной М., 52 лет. Рост 170 см, вес 120 кг., курит, употребление алкоголя отрицает. Перенес острый трансмуральный передний распространенный инфаркт миокарда, осложненный формированием хронической аневризмы левого желудочка. В течение 3-х мес. после перенесенного инфаркта миокарда у больного сохраняются приступы стенокардии при небольшой физической нагрузке. Объективно: ЧСС = 86 в мин., ритм нарушен частой экстрасистолией. АД = 110/80 мм рт. ст. Левая граница сердца – в V межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. I тон на верхушке ослаблен, систолический шум. Дыхание везикулярное. В нижних отделах легких с обеих сторон мелко-пузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Периферические отеки отсутствуют.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <p>Сформулируйте полный клинический диагноз.</p> <p>Назначьте план обследования.</p> <p>Назначьте лечение, дайте диетические рекомендации</p> <p>Мотивируйте больного к отказу от курения.</p> <p>Назовите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности у данного больного.</p> <p>Определите трудовой прогноз и критерии инвалидности у пациента.</p> <p>Сформулируйте программу реабилитации больного.</p>	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
12	<p>Врач общей практики проводит диспансеризацию и осматривает мужчину 35 лет. Год назад перенес операцию аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита. При осмотре: в правой подвздошной области окрепший послеоперационный рубец протяженностью до 10 см. При пальпации в положении стоя определяется в области рубца мягко эластическое опухолевидное образование, которое в положении лежа вправляется в брюшную полость через дефект в апоневрозе размерами 2х3 см. Ваш диагноз? Ваши рекомендации относительно дальнейшего лечения?</p> <p>Назовите диспансерную группу данного пациента? Приведите примерную схему диспансеризации больного с аналогичным заболеванием? Профилактика этого заболевания?</p> <p>Ответ:</p>	ПК-2

	<p>1. Послеоперационная вентральная грыжа.</p> <p>2. Оперативное лечение, плановая операция.</p> <p>3. 3 группа</p> <p>4. 2 раза в год осмотр хирурга. Возможные исследования: анализ крови, мочи. Возможное лечение: оперативное.</p> <p>5. Профилактика нагноения послеоперационной раны, обострения хронических заболеваний в послеоперационном периоде, которые сопровождаются кашлем, запорами, диета, ограничение физической нагрузки, ношение бандажа, соблюдение асептики и антисептики, анатомическое оперирование.</p>	
13	<p>Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Назовите описанные симптомы? ✓ Поставьте диагноз? ✓ Каков прогноз расстройства? ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики: взаимодействие с психиатром, возможные меры профилактики ✓ Требуется ли получить добровольное информированное согласие пациентки для проведения диагностических и лечебных мероприятий? ✓ Какие приемы необходимо применить для мотивации пациентки и ее родственников к прекращению употребления алкоголя? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром изменённой реактивности, синдром зависимости, абстинентный. 2. Абстинентный синдром с делирием, синдром зависимости от алкоголя 	ПК-1
14	<p>Вызов на дом врача общей практики. Выявлено, что наркоман употребил ЛСД для поднятия настроения, в результате чего у него развилась галлюцинация в виде искажений: у человека одна рука стала длиннее другой, одно ухо приобрело гигантские размеры, одна нога стала в 3 раза объёмнее другой, причём ему это казалось смешным. Появилось хорошее радужное настроение, беспричинный смех, повышенная двигательная активность, болтливость.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Какой психический процесс нарушен в случае с изменением формы человека? ✓ Какой психический процесс нарушен при изменении настроения? ✓ Какой вид нарушения при изменении настроения? ✓ Требуется ли получить добровольное информированное согласие пациента для проведения диагностических и лечебных мероприятий? ✓ Какие приемы необходимо применить для мотивации пациента к прекращению употребления наркотиков? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение восприятия (перцепция). 2. Эмоция. 3. Стеническая эмоция. 	УК-1, ПК-9, ПК-10
15	<p>Больной 70 лет обратился к врачу общей практики (семейному врачу) с жалобами на общую слабость, внезапное повышение температуры тела до 38° С, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в правой половине грудной клетки. При сборе анамнеза выяснилось, что заболевание началось остро, семь дней назад. Лечится в поликлинике с диагнозом «грипп», назначено лечение антибиотиками. Подобный «грипп» повторялся трижды за предыдущие 6 месяцев. Во время последнего ухудшения состояния появились новые симптомы: кашель в ночное время, прожилки крови в мокроте, одышка. Курит в течение 40 лет. Полтора года назад во время диспансеризации было проведено комплексное обследование, выявлены: хронический гиперпластический гастрит; хронический панкреатит; хронический холецистит; хронический пиелонефрит; хронический бронхит.</p> <p>При объективном исследовании обнаружено: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета; пульс 88 ударов в минуту, ритмичный; тоны</p>	ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-11

	<p>сердца приглушены, шумов нет. Частота дыхания 20 раз в минуту, над легкими определяется перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипы не выслушиваются. Печень, селезенка не увеличены. В анализе периферической крови: Нв — 112 г/л, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $4,1 \times 10^9$ /л. Формула белой крови: палочкоядерные — 12%, сегментоядерные — 51%, эозинофилы — 6%, моноциты — 4%, лимфоциты — 27%. СОЭ 30 мм /ч.</p> <p>При рентгенологическом исследовании легких — в корне правого легкого выявлено уплотнение 1,0 x 1,2 см, ателектаз 10-го сегмента правого легкого, расширение тени средостения.</p> <p>Вопрос 1: Ваш предварительный диагноз? Вопрос 2: Обследование? Вопрос 3: Как часто пациент должен проходить диспансерный осмотр? Вопрос 4: Предполагаемый маршрут пациента Вопрос 5: Есть ли ошибки при оказании медицинской помощи на предыдущих этапах? Как данный случай повлияет на показатели качества оказания медицинской помощи в поликлинике?</p>	
<p>16</p>	<p>Больная 55 лет обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, шум в ушах, боль в области сердца, тошноту и рвоту.</p> <p>Больна около 10 лет, когда впервые при проф. осмотре было выявлено повышенное артериальное давление. Периодически отмечала гол. боли, принимала гипотиазид коринфар, эналаприл. Трижды лечилась в стационаре. Последние 2 года АД оставалось постоянно высоким 190/115 мм рт. ст., периодически повышалось до 250/140 мм рт. ст. Накануне, после неприятностей на работе, появились резкая головная боль, головокружение, боль в области сердца, тошнота, однократная рвота. Несмотря на прием гипотензивных препаратов, состояние не улучшалось, машиной “скорой помощи” доставлена в стационар.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре лицо одутловатое, бледное. Веки набухшие. Сознание ясное. Патологических рефлексов нет. Снижение болевой и тактильной чувствительности в области лица, онемение губ и языка. Мышечная слабость в левой руке. Левая граница относительной сердечной тупости смещена влево от срединно-ключичной линии на 2 см. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона над аортой. АД 270/150 мм рт. ст. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный.</p> <p>На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Задание: Предварительный диагноз? Неотложные мероприятия? Тактика снижения АД. План обследования Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений? Как часто пациент должен проходить диспансерный осмотр? На какие медико-статистические показатели окажет влияние неблагоприятный исход в этом случае? Каким образом можно использовать данный случай для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни у населения? Какие документы, заполняемые в подобных случаях используются при экспертизе качества медицинской помощи?</p> <p>Ответы: 1. Гипертонический криз. 2. Лечение начинать немедленно, скорость снижения АД не более чем на 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24 - 48 ч) от начала терапии.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>17</p>	<p>Определить вероятный диапазон значений для уровня глюкозы крови, измеренной приборами с разной воспроизводимостью: CV10%, CV20% : Глюкоза 6.1ммоль/л</p> <p>Ответ: CV10% - 5.5ммоль/л - 6.7ммоль/л</p>	<p>УК-1</p>

	CV 20% - 4.8 ммоль\л - 7.3ммоль\л																	
18	<p>Определить вероятный диапазон значений для уровня тропонина крови, измеренной приборами с разной воспроизводимостью: CV10%, CV20%. Тропонин – 0.3нг\мл (0.4); вчТропонин 0.0098 нг\мл (0.012)</p> <p>Ответ: Тропонин – 0.3нг\мл (0.4) CV10% - 0.27 - 0.33 CV 20% - 0.24нг\мл - 0.4нг\мл вчТропонин 0.0098 нг\мл (0.012) CV 10% - 0/00 8 нг\мл - 0.01нг\мл CV 20% - 0/00 78 нг\мл - 0.012нг\мл</p>	УК-1																
19	<p>Использованный для диагностики предполагаемого заболевания тест характеризуется 5% ложно положительных результатов и диагностической чувствительностью 100%. Какова вероятность заболевания для пациента с положительным результатом теста, если распространенность заболевания составляет 1/1000? Иначе говоря, рассчитайте прогностичность положительного результата.</p> <p>Ответ: Построим таблицу с результатами в этой популяции:</p> <table border="1" data-bbox="191 728 1316 1108"> <thead> <tr> <th>В группе из 1000 человек</th> <th>Тест отрицательный</th> <th>Тест положительный</th> <th>СУММА</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Заболевание есть</td> <td>0 ЛО</td> <td>1 ИП</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Заболевания нет</td> <td>949 ИО</td> <td>50 ЛП</td> <td>999</td> </tr> <tr> <td>Сумма</td> <td>949</td> <td>51</td> <td>1000</td> </tr> </tbody> </table> <p>Специфичность – доля результатов истинно отрицающих заболевание у здоровых, т.е. $949/999 * 100 = 95 \%$ Чувствительность - доля результатов истинно подтверждающих заболевание у больных, т.е. $1/1 * 100 = 100 \%$ Прогностичность - вероятность болезни у лиц с положительным или с отрицательным результатом, которая зависит от априорной вероятности болезни. Какова предполагаемая вероятность положительного результата? $RVP - \frac{\text{ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИП}}{\text{ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИП + ЛП}} = \dots \times 100$ </p> <p>Предполагаемая вероятность положительного результата= $1/51 * 100 = 1,96\%$ при распространенности 1/1000.</p>	В группе из 1000 человек	Тест отрицательный	Тест положительный	СУММА	Заболевание есть	0 ЛО	1 ИП	1	Заболевания нет	949 ИО	50 ЛП	999	Сумма	949	51	1000	УК-1
В группе из 1000 человек	Тест отрицательный	Тест положительный	СУММА															
Заболевание есть	0 ЛО	1 ИП	1															
Заболевания нет	949 ИО	50 ЛП	999															
Сумма	949	51	1000															
20	<p>В подчинении заведующего отделением 4 человека. Один из них работает качественно, но медленно и неравномерно. Поэтому особенно ответственную работу заведующий отделением поручает другим сотрудникам, которые успевают делать все, в том числе и помогать медлительному сотруднику. Но последнее время вам стали поступать жалобы на перегрузку, часто сотрудники стали отказываться выполнять работу за другого.</p> <p>Вопросы: Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли руководителя. Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли подчиненного. Охарактеризуйте конструктивность влияния данной ситуации на коллектив</p>	УК-2																
21	<p>Заведующий отделением Б в аэропорту встречает своего подчиненного – врача А, которая уже две недели не работает. Вам сказали, что он болеет. А Вы видите его не только в добром здравии, но отдохнувшим. Он кого-то с большим нетерпением</p>	УК-2																

	<p>встречает в аэропорту. При этом во вверенном заведующему отделении огромный объем работы, не хватает сотрудников.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли руководителя.</p> <p>Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли подчиненного.</p> <p>Охарактеризуйте конструктивность влияния данной ситуации на коллектив</p>	
22	<p>Идет занятие по теме «Формы организации учебной деятельности». Студенты факультета высшего сестринского обучения получили задание определить возможные формы проведения занятия по теме «Способы применения лекарственных средств. Энтеральные и наружные способы введения лекарственных средств» дисциплины «Общий уход за больными».</p> <p>Студенты решают поставленную задачу. Три студента прибегли к одному способу проведения занятия, семь выбрали другой, четверо пошли оптимальным путем. Преподаватель, однако, не спешит ставить точки над «1». Он предлагает использовать при планировании учебного занятия другие методы обучения, при этом поощряет активность каждого студента. Преподаватель и с оценками не торопится, он больше всего озабочен работой мысли студентов, занят доброжелательным разбором не только всех способов решения задачи, но и ошибок отдельных студентов, поощрением все новых и новых самостоятельных поисков.</p> <p>Для него и его студентов (он к этому приучает) самая большая радость и награда - радостный возглас: «Я понял! Можно еще и так решить!»</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид и стиль обучения использует педагог на занятии? 2. Что служит критерием успеха на занятии? 3. Какие педагогические задачи ставились и решались на занятии? 4. Что делает педагог, чтобы обучение обеспечивало развитие учащихся." 	УК-3
23	<p>Идет экзамен. Преподаватель сразу пригласил 8 студентов. Некоторые студенты при подготовке пользуются «шпаргалками». Преподаватель, заметив это, удаляет студентов с экзамена. Проходит полчаса никто не хочет отвечать первым.</p> <p>Преподаватель начинает нервничать торопит студентов. Наконец, выходит самый смелый и начинает отвечать на вопросы билета. Преподаватель во время ответа просматривает зачетную книжку студента. Выслушав ответ, начинает задавать вопросы не по билету, т.к. считает, что студент, обучающийся в течение года на «удовлетворительно» и «хорошо», не может на экзамене продемонстрировать отличные знания.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие правила, использованные преподавателем на экзамене являются недопустимыми для данной формы организаций учебной деятельности? 2. Вы согласны с методикой проведения экзамена? 3. Предложите правильный вариант проведения экзамена. 	УК-3
24	<p>Численность населения составила 100 млн. чел. Среди них детей до 14 лет- 25 млн., старше 50 лет – 45 млн.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Дайте определение демографии, перечислите ее разделы и основные санитарно-демографические показатели;</p> <p>Определите к какому разделу относится данная задача;</p> <p>Перечислите типы населения по возрастному составу и определите возрастной тип населения России по условию задачи.</p>	ПК-4
25	<p>На 5000 тыс. работников предприятия зарегистрировано 120 случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности, которые составили в общем 1200 дней временной нетрудоспособности.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Перечислите основные показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности;</p> <p>Охарактеризуйте и дайте сравнительную оценку основным методам изучения</p>	ПК-4

	заболеваемости населения; Рассчитайте показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности	
26	Вам предложено оценить эффективность проведения иммунизации против гриппа на основании следующих данных: в группе детей, где проводилась иммунизация (180 чел.) заболели гриппом 40 человек; в группе, где она не проводилась (185 чел.) – 90 чел. Является ли проведенная иммунизация эффективной? О каком виде эффективности в данном случае можно говорить?	ПК-11
27	Вам как менеджеру коммерческой организации предложено разработать план мероприятий по обеспечению качества медицинской помощи. Каков алгоритм вашей деятельности, и какие мероприятия вы должны предусмотреть?	ПК-11
28	По результатам экспертной оценки случая смерти больного в стационаре страховая компания отказала в оплате госпитализации. Правомочно ли такое решение? Каковы права и обязанности страховщиков? Как осуществляется их экспертная деятельность? Кто может быть экспертом?	ПК-11
29	При оценке работы женской консультации были проанализированы следующие показатели: своевременность взятия женщин под наблюдение, частота токсикозов беременности, процент ошибок при определении сроков родов, среднее число явок, полнота обследования беременных. Все ли показатели учтены? Если нет, какие еще можно предложить для анализа? Каков среднероссийский уровень показателей работы женской консультации? Какие факторы на них влияют?	ПК-11
30	При оценке качества работы двух терапевтических отделений были получены следующие данные. В отделении №1 лечилось 500 человек, из них умерло 5; в отделении №2 лечилось 480 человек, из них умерло 6. Рассчитайте показатели летальности в обоих отделениях, оцените достоверность полученных различий. Каковы ваши последующие действия в случае достоверности установленных различий?	ПК-11
31	В городе П. За 5 лет онкологическая заболеваемость увеличилась с 280 до 350 случаев на 100 тысяч населения, а процент больных, выявленных в III-IV стадиях, увеличился с 25% до 30%. Чем могут быть обусловлены данные тенденции и что необходимо сделать для улучшения оказания онкологической помощи населению?	ПК-11
32	В городе Р. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний увеличилась за пять лет с 500 до 550 случаев на 100 тысяч населения. Чем можно объяснить указанное явление? Какие меры следует принять для снижения смертности? Какова роль отдельных медицинских учреждений в организации помощи больным с болезнями системы кровообращения?	ПК-11
33	Для оценки качества работы двух кардиологических отделений были представлены следующие данные: <ul style="list-style-type: none"> • отделение № 1: лечилось в течение года 1600 чел., из них умерло 16 (в т.ч. в течение первых суток от момента госпитализации - 10); • отделение № 2: лечилось – 1800 чел.; умерло – 36 (из них в течение первых суток - 30). Какие показатели можно рассчитать по представленным данным и как можно их оценить?	ПК-11
34	Руководитель Вашего ЛПУ практически не общается с коллективом, никак не комментирует издаваемые им приказы, практически не применяет методы поощрения. Как можно охарактеризовать такой стиль управления? Какие ещё бывают стили управления? От чего зависит их выбор? Какие внутренние и внешние факторы могут влиять на методы и стиль руководства?	УК-2
35	Коллектив терапевтического отделения обратился к главному врачу с жалобой на грубое отношение заведующего отделением, его некомпетентность и с просьбой смены заведующего. Какими могут быть действия главного врача, и какими методами управления он может пользоваться?	УК-2
36	Вам предложено разработать мероприятия по планированию семьи, которые должна организовать женская консультация. Известно, что на территории обслуживания консультации проживает 15123 женщины фертильного возраста. ВМС была установлена 1112 женщинам, гормональная контрацепция назначалась 510 женщинам. В течение года по данным отчета было 1300 родов и 1200 аборт. Какие	УК-2

	показатели можно рассчитать по представленным данным и как их оценить?	
37	На заводе №5 среднесписочное число работающих составляет 1500 человек. В течение года было зарегистрировано 1200 случаев нетрудоспособности общей продолжительностью 14500 дней. Какие можно рассчитать показатели и как их оценить? Какие факторы влияют на величину данных показателей? Как можно улучшить оказание медицинской помощи работающим?	УК-2
38	В городе Х. запланировано проведение комплексного изучения здоровья населения, включая перепись и оценку данных физического развития. По каким параметрам следует проводить данное изучение? Каковы показатели статистики населения в России? Каким образом еще изучается уровень здоровья населения?	УК-2
39	В городе Л. запланировано исследование, посвященное анализу здоровья матери и ребенка. Какие показатели при этом необходимо изучить? Какие для этого необходимы данные? Каков уровень этих показателей в России? Какова структура материнской и младенческой смертности? Какие факторы влияют на уровень этих показателей?	УК-2
40	К поликлинике № 5 прикреплено 40000 взрослого населения. В течение года было зарегистрировано 45000 заболеваний., в т.ч. 5000 –инфекционных, 450 – онкологических. 20000 - болезней органов дыхания, 6200 - системы кровообращения, 26500 - прочих. Какие виды показателей можно рассчитать? Какие виды заболеваемости можно проанализировать? Какие виды заболеваемости по обращаемости в данном случае не учтены?	ПК-4
41	На участке проживает 1800 человек. На диспансерном учете состоят 120 пациентов, в т.ч. 15 – по поводу бронхиальной астмы. В течение года были вызваны на диспансерный осмотр – 12 человек (их них 5 человек - дважды). Была рекомендована госпитализация 4 пациентам (их них был госпитализирован один). Противорецидивное лечение было назначено 12 человек, получили его в полном объеме – 9 человек. Среди состоящих на учете у 42 человек состояние не изменилось, у 2 – улучшилось, 1 пациент умер. Какие показатели Вы можете рассчитать по приведенным данным и как их оценить? Определить суть, проблемы и перспективы диспансерного метода.	ПК-4
42	Вам предложено подготовить тезисы доклада о необходимости и роли диспансерного наблюдения. Представьте их, осветив также элементы диспансерного метода, его роль в профилактике заболеваний (первичной и вторичной), роль среднего медперсонала в осуществлении диспансерных мероприятий.	ПК-2
43	На участке проживает 1800 человек. На диспансерном учете состоят 120 пациентов, в т.ч. 15 – по поводу бронхиальной астмы. В течение года были вызваны на диспансерный осмотр – 12 человек (их них 5 человек - дважды). Была рекомендована госпитализация 4 пациентам (их них был госпитализирован один). Противорецидивное лечение было назначено 12 человек, получили его в полном объеме – 9 человек. Среди состоящих на учете у 42 человек состояние не изменилось, у 2 – улучшилось, 1 пациент умер. Какие показатели Вы можете рассчитать по приведенным данным и как их оценить? Определить суть, проблемы и перспективы диспансерного метода.	ПК-2
44	<p>Способный студент, у которого за три курса обучения в зачетной книжке только «отлично», получает на экзамене по предмету «хорошо». Возникает конфликт, при разборе которого студент заявляет преподавателю, что тот задавал много якобы второстепенных вопросов, а он «усвоил» в предмете главное, поэтому ответ может быть оценен на «отлично».</p> <p>Оцените действия участников конфликтной ситуации и допущенные ошибки.</p> <p>Решение. Знания студента по предмету не соответствовали «отличному» уровню. С целью уточнения объёма и глубины знаний преподаватель задавал ему вопросы. Ошибка педагога, по-видимому, была в том, что в процессе обучения он недостаточно чётко разъяснил критерии выставления отметок. В ходе последующих занятий желательно чаще применять коллективные методы обучения с оцениванием ответов самими студентами. На самом же экзамене преподаватель должен объяснить студенту, что задавал ему существенные, а не второстепенные вопросы.</p>	УК-3

45	Руководитель Вашего ЛПУ практически не общается с коллективом, никак не комментирует издаваемые им приказы, практически не применяет методы поощрения. Как можно охарактеризовать такой стиль управления? Какие ещё бывают стили управления? От чего зависит их выбор? Какие внутренние и внешние факторы могут влиять на методы и стиль руководства?	УК-2
46	Коллектив терапевтического отделения обратился к главному врачу с жалобой на грубое отношение заведующего отделением, его некомпетентность и с просьбой смены заведующего. Какими могут быть действия главного врача, и какими методами управления он может пользоваться?	УК-2
47	Вы утверждены в должности заведующего отделением в отделении, коллектив которого Вам хорошо знаком. Завтра Вы непосредственно приступите к выполнению служебных обязанностей и должны к этому подготовиться. 1. Какие задачи Вам нужно решить в первую очередь? 2. С какими предложениями Вы должны обратиться к коллективу? 3. Как Вы постройте отношения с подчиненными: ○ на основе ролевых позиций; ○ на основе сложившихся межличностных отношений?	УК-2
48	Руководитель говорит опоздавшему сотруднику: «А вы знаете, который уже час?» Сотрудник виновато отвечает: «Извините, пожалуйста, за опоздание, это больше не повторится». Руководитель (угрожающе): «Вы уже третий раз за эту неделю опаздываете на работу. Я не буду больше с этим мириться». Не зная, как реагировать, подчиненный молчит. Ответ Начальник: Проясните для себя, какие мотивы есть у вас для того, чтобы играть в эту игру, оцените для себя распекаемого сотрудника. Если ваша оценка положительна, то, выражая свое недовольство его поведением, вы прежде всего должны подчеркнуть его значимость, а затем критиковать: «Господин А, я ценю вас как ответственного и надежного работника, но вынужден констатировать, что на этой неделе вы трижды опоздали на работу. Мне хотелось бы, чтобы в будущем наша совместная работа была более приятной. Что вы собираетесь в дальнейшем предпринять, чтобы исключить опоздания?» Таким образом стимулируется состояние «специалист Я» у вас на вашего подчиненного. Подчиненный: Ваш начальник формально прав, только он слишком импульсивно реагирует, задевая ваше достоинство. Разрешение ситуации зависит только от вас. Ваш ответ должен быть из состояния «специалист Я», а не «ученик Я», спокойным и конструктивным: «Вы правы, я действительно трижды опаздывал на этой неделе, но уже предпринял определенные меры, чтобы в будущем быть пунктуальным»	УК-2
49	Ваш непосредственный начальник, минуя Вас, дает задание Вашему подчиненному, который уже занят выполнением срочной работы. Вы и ваш начальник считаете свои задания неотложными. Как Вы поступите в данной ситуации? Ответ. В данной ситуации единственно правильным решением будет разговор с непосредственным начальником. Необходимо убедить его, что давать задания моим подчиненным, минуя меня, некорректно, это нарушает субординацию. Аргументировать можно тем, что данная ситуация может привести к конфликту, а это не может положительно отразиться на выполнении срочных заданий.	УК-2
50	Между вашими подчиненными возник конфликт, мешающий им успешно работать. Каждый из них в отдельности обращается к Вам, чтобы Вы приняли его сторону и разрешили конфликт. Какова Ваша позиция в данной ситуации? Ответ. Ситуация относится к межличностным конфликтам. Для ее разрешения необходимо выслушать обе стороны по отдельности, собраться всем вместе и обсудить спорные вопросы, найти компромисс.	УК-2
51	Один из членов вашего коллектива внезапно заболел. Каждый сотрудник очень занят срочной работой. Работа отсутствующего также должна быть выполнена. Как Вы поведете себя в такой ситуации? Ответ.	УК-2

	Выходом из данной ситуации может быть выполнение работы заболевшего другим сотрудником за оплату.	
52	Определите ИМТ пациента У. 56 лет ростом 168 см, весом 76 кг и дайте оценку полученного результата. Составьте план беседы о рациональном питании при избыточной массе тела	ПК-1
53	Определите ИМТ пациентки И. 48 лет ростом 158 см, весом 90 кг и дайте оценку полученного результата. Расскажите о принципах рационального питания при ожирении.	ПК-1
54	Больной С., 32 лет. Обратился к врачу общей практик с жалобами на головную боль, головокружение. Болен в течение 1 мес., когда стал отмечать эпизодическую головную боль. Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отягощена. Мать больна гипертонической болезнью. Отец перенес инфаркт миокарда. Объективно: ЧСС = 76 в мин., ритм правильный. АД = 160/100 мм. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии в Vмежреберье. Акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Периферические отеки отсутствуют. Вопросы: 1. О каком заболевании идет речь? Сформулируйте диагноз. 2. Назначьте необходимое обследование. 3. Имеются ли у пациента показания к госпитализации? 4. Нуждается ли больной в диспансерном наблюдении?	ПК-2
55	По результатам профилактического осмотра у пациента М. 36 лет выявлены факторы риска: курение, наследственность (мать больного в возрасте 50 лет перенесла ИМ). Задание: 1. Определите группу здоровья и группу риска. 2. Какую документацию следует заполнить на данного пациента. 3. Составьте план профилактической беседы о вреде курения.	ПК-2
56	По результатам профилактического осмотра у больной А. 50 лет выявлены избыточная масса тела – ИМТ 27,2, окружность талии 94 см, наследственность (у сестры – СД). Задание: Определите группу здоровья и группу риска. Какую документацию следует заполнить на данного пациента. Составьте план беседы о рациональном питании при избыточном весе	ПК-2
57	По результатам профилактического осмотра у пациента А. 22 лет выявлены редкие ОРВИ (1 раз в год). Задание: 1. Определите группу здоровья и группу риска. 2. Какую документацию следует заполнить на данного пациента. 3. Составьте план беседы о роли ЗОЖ.	ПК-2
58	В 2004 году в городской поликлинике было выявлено 340 больных острой пневмонией. 280 человек были взяты на диспансерный учет, в том числе 240 – своевременно. Динамическим наблюдением в полном объеме было охвачено 110 больных, 25 человек прошли курс реабилитации. Оцените качество организации диспансеризации больных, перенесших острую пневмонию.	ПК-2
59	В терапевтическом отделении городской поликлиники состоят на диспансерном учете 715 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. В течение 2004 года 57 человек не были ни разу обследованы врачом, 374 больных были обследованы дважды. По данным этапных эпикризов у 417 больных состояние здоровья не изменилось, у 65 – ухудшилось, у остальных – улучшилось. В течение года было зарегистрировано 28 случаев госпитализации по поводу обострения основного заболевания общей длительностью 7875 дней, 887 случаев утраты трудоспособности в связи с обострением основного заболевания и 363 случая в связи с сопутствующей патологией. Оцените качество и эффективность диспансеризации больных язвенной болезнью.	ПК-2
60	В 2004 г. в территориальном медицинском объединении было выявлено 448 больных	ПК-2

	гипертонической болезнью. Из них на диспансерный учет был взят 435 человек. Динамическим наблюдением в полном объеме было охвачено 388 больных, ни разу не были обследованы 27. Трудопотери от основного заболевания составили в 2004 году 492 случая и 4526 дней, было зарегистрировано 22 случая госпитализации (всего 394 дня). Оцените качество и эффективность диспансеризации.	
61	У врача общей практики состоят на диспансерном учете 285 человек. В течение отчетного года не были обследованы 54 больных, 3 и более раз – 42, 2 раза – 84, остальные – 1 раз. Госпитализированы были 64 человека, санаторное лечение получили 26. Из 285 больных 240 работают: за год их трудовые потери от основного заболевания составили 293 случая и 2672 дня. Оцените качество и эффективность диспансеризации.	ПК-2
62	В 2004 году в городской поликлинике было выявлено 340 больных острой пневмонией. 280 человек были взяты на диспансерный учет, в том числе 240 – своевременно. Динамическим наблюдением в полном объеме было охвачено 110 больных, 25 человек прошли курс реабилитации. Оцените качество организации диспансеризации больных, перенесших острую пневмонию.	ПК-2, ПК-11
63	В терапевтическом отделении городской поликлиники состоят на диспансерном учете 715 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. В течение 2004 года 57 человек не были ни разу обследованы врачом, 374 больных были обследованы дважды. По данным этапных эпикризов у 417 больных состояние здоровья не изменилось, у 65 – ухудшилось, у остальных – улучшилось. В течение года было зарегистрировано 28 случаев госпитализации по поводу обострения основного заболевания общей длительностью 7875 дней, 887 случаев утраты трудоспособности в связи с обострением основного заболевания и 363 случая в связи с сопутствующей патологией. Оцените качество и эффективность диспансеризации больных язвенной болезнью.	ПК-2, ПК-11
64	В 2004 г. в территориальном медицинском объединении было выявлено 448 больных гипертонической болезнью. Из них на диспансерный учет был взят 435 человек. Динамическим наблюдением в полном объеме было охвачено 388 больных, ни разу не были обследованы 27. Трудопотери от основного заболевания составили в 2004 году 492 случая и 4526 дней, было зарегистрировано 22 случая госпитализации (всего 394 дня). Оцените качество и эффективность диспансеризации.	ПК-2, ПК-11
65	У врача общей практики состоят на диспансерном учете 285 человек. В течение отчетного года не были обследованы 54 больных, 3 и более раз – 42, 2 раза – 84, остальные – 1 раз. Госпитализированы были 64 человека, санаторное лечение получили 26. Из 285 больных 240 работают: за год их трудовые потери от основного заболевания составили 293 случая и 2672 дня. Оцените качество и эффективность диспансеризации.	ПК-2, ПК-11
66	В терапевтическом отделении территориального медицинского объединения состоит на диспансерном учете 580 больных ИБС, из них впервые в 2004 году были взяты на диспансерный учет 96 человек. Всего в отделении было выявлено 122 больных ИБС. Из 580 больных ни разу в течение года не были обследованы 59 больных, однократно осмотрены 326, остальные осмотрены дважды. Трудопотери работающих диспансерных больных (459 человек) составили 551 случай и 4126 дней по сопутствующей патологии и 119 случаев и 5535 дней – по основной. Госпитализированы были 143 больных. Оцените качество и эффективность диспансеризации.	ПК-11
67	Вычислите показатели деятельности городской поликлиники и дайте их оценку, если известны следующие данные: в отчетном году к участковым врачам было сделано 58536 посещений, из них жителями своих участков 53833. Подлежало профилактическим осмотрам 19847 человек, было осмотрено 17949 человек.	ПК-11
68	У врача общей практики, работающего в сельской местности, состоят на диспансерном учете 170 больных. Полностью обследованы 132 человека, ни разу не осмотрены врачом 16. Госпитализированы были 33 человека (общая длительность пребывания в больнице составила 515 дней). Ухудшение в состоянии здоровья отмечено у 8 больных, улучшение – у 18. Трудопотери в связи с основным заболеванием составили 141 случай и 5033 дня. Оцените качество и эффективность	ПК-2, ПК-11

	диспансеризации.	
69	В терапевтическом отделении городской поликлиники на диспансерном учете в начале отчетного года состояло 300 больных ИБС и гипертонической болезнью. В течение года было выявлено еще 30 больных, из них 29 были взяты на диспансерный учет. Из 329 больных ни разу в течение года не были обследованы 18 человек. Трудопотери диспансерных больных в связи с заболеваниями составили 395 случаев и 2820 дней (соответствующие показатели предыдущего года наблюдения – 169,5 случаев на 100 больных и 1399 дней на 100 больных.). Оцените качество и эффективность диспансеризации.	ПК-2, ПК-11

Тема (раздел) 2 – Внутренние болезни

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса:

1. депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
2. возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;
3. отсутствие изменений ЭКГ в покое;
4. иррадиация болей в левое плечо;
5. давящий характер болей.

Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:

1. реверсия негативного зубца T;
2. удлинение интервала PQ;
3. депрессия сегмента ST более 2 мм;
4. появление предсердной экстрасистолии;
5. проходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:

1. быстропроходящий подъем сегмента ST на ЭКГ;
2. при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или неповрежденные коронарные артерии;
3. приступы возникают чаще ночью;
4. наиболее эффективны антагонисты кальция;
5. физическая нагрузка переносится плохо.

57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании: в момент приступа подъем ST в отведениях V2–V5 8 мм. На следующий день – ST на изолинии. Какая патология у больного:

1. стабильная стенокардия IV функционального класса;
2. инфаркт миокарда;
3. ишемическая дистрофия миокарда;
4. вариантная стенокардия;
5. прогрессирующая стенокардия.

Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:

1. стенокардия Принцметала;

2. впервые возникшая стенокардия напряжения;
3. быстро прогрессирующая стенокардия;
4. частая стенокардия напряжения и покоя;
5. все вышеперечисленное.

Следующие суждения относительно безболевого ишемии миокарда верны, кроме:

1. наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС;
2. принципы лечения те же, что и типичной стенокардии;
3. прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС;
4. основой диагноза являются изменения ЭКГ;
5. важна мониторная ЭКГ.

У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сут) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (>0,12 с) и деформирован, число желудочковых сокращений – 150 в мин.

Ваш диагноз:

1. пароксизм мерцания предсердий;
2. желудочковая пароксизмальная тахикардия;
3. трепетание предсердий;
4. синусовая тахикардия;
5. наджелудочковая пароксизмальная тахикардия.

Больной 48 лет, доставлен в клинику по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Появились одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3–4-м межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа.

Насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Наиболее вероятный диагноз:

1. разрыв наружной стенки желудочка;
2. эмболия легочной артерии;
3. разрыв межжелудочковой перегородки;
4. тромбоэндокардит;
5. эпистенокардический перикардит.

В каких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт заднебоковой локализации:

1. AVL, V5–V6;
2. 2, 3 стандартные, AVF;
3. V1–V3;
4. 2, 3 стандартные, AVF, V5–V6;
5. V3–V6.

Больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. При осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС – 100 уд./мин. АД – 120/100 мм рт. ст. Какое осложнение наиболее вероятно:

1. кардиогенный шок;
2. тромбоэмболия легочной артерии;
3. отек легких;
4. разрыв межжелудочковой перегородки;
5. ничего из перечисленного.

Какой признак не соответствует диагнозу: гипертоническая болезнь 1 ст. у больного 35 лет:

1. отсутствие изменений глазного дна;
2. клубочковая фильтрация 80 мл/мин;
3. зубец R в V5–V6 равен 32 мм;
4. быстрая нормализация АД;
5. уровень мочевой кислоты = 7 мг% (0,40 ммоль/л).

При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:

1. альдостерома;
2. узелковый периартериит;
3. феохромоцитома;
4. синдром Иценко–Кушинга;
5. акромегалия.

Выявление на ЭКГ удлинения PQ, равного 0,28 с, свидетельствует о наличии у больного:

1. блокады синоатриального проведения;
2. блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени;
3. блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени;
4. блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени;
5. синдрома преждевременного возбуждения желудочков.

Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 нед. после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец T. СОЭ – 45 мм/ч.

Предположительный диагноз:

1. климактерическая кардиомиопатия;
2. ИБС;
3. НЦД;
4. миокардит;
5. перикардит.

У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД – 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5–7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. дефект межпредсердной перегородки;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. Над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс – 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии – 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД – 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

1. стеноз устья аорты;
2. сочетанный порок сердца;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом «митральный порок сердца». При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:

1. ЭКГ;
2. эхокардиография;
3. рентгеноскопия грудной клетки;
4. исследование крови на титры антистрептококковых антител;
5. ни один из перечисленных методов.

У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера. На ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях и признаки блокады правой ножки пучка Гиса. Укажите заболевание, которое может обусловить приведенную выше клиническую картину:

1. острый инфаркт миокарда;

2. спонтанный пневмоторакс;
3. бронхиальная астма;
4. тромбоэмболия легочной артерии;
5. очаговая пневмония.

Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:

1. об эритремии;
2. об апластической анемии;
3. об остром лейкозе;
4. о В12-дефицитной анемии.

Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет прежде всего подозревать:

1. рак бронха;
2. кавернозную форму туберкулеза легких;
3. бронхоэктатическую болезнь;
4. пневмокониоз;
5. хронический бронхит.

Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев. За последние 4 нед. похудел на 4 кг. Объективно: шея и лицо одутловаты, цианоз губ. Пульс – 102 уд./мин. АД – 165/95 мм рт. ст. Пальпируются плотные надключичные лимфоузлы слева. СОЭ – 70 мм/ч.

Гемоглобин – 175 г/л. Лейкоциты – 9 тыс. Предположительный диагноз:

1. болезнь Кушинга;
2. рак легкого;
3. хроническая пневмония;
4. эхинококкоз легкого;
5. туберкулез легких.

Больная 50 лет. В детстве болела туберкулезом легких. Жалобы на слабость, утомляемость. В межлопаточной области слева укорочение перкуторного звука, дыхание ослаблено, при покашливании единичные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически: слева под ключицей затемнение 2×3 см округлой формы, средней интенсивности, неомогенное, с участком просветления неправильной формы, расплывчатыми контурами и «дорожкой» к корню. Вокруг единичные очаговые тени разной интенсивности. Какой форме туберкулеза соответствуют эти клинико-рентгенологические данные?

1. первичный туберкулезный комплекс;
2. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный ателектазом;
3. инфильтративный туберкулез легких;
4. туберкулема легких;
5. туберкулезный плеврит.

У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появились озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°C. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Перкуторно от третьего межреберья спереди и середины межлопаточного пространства сзади – тупой звук, дыхание в этой области не проводится. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Какой диагноз соответствует этим данным?

1. очаговая пневмония в нижней доле справа;
2. крупозная пневмония справа;
3. обострение хронического бронхита;
4. правосторонний экссудативный плеврит;
5. правосторонний гидроторакс.

Следующие утверждения справедливы для бронхиальной астмы, кроме одного:

1. приступ купируется ингаляцией сальбутамола;
2. в мокроте могут быть найдены кристаллы Шарко – Лейдена;
3. наличие эмфиземы легких;

4. при затаившемся приступе выслушиваются влажные хрипы;
5. болезнь развивается в любом возрасте.

У больного 35 лет в течение 2 нед. слабость, повышенная потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура тела 38°C, дыхание – 28/мин, пульс – 100 уд./мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоциты – 12 тыс./мл, п/я – 13%, лимфоциты – 13%, СОЭ – 38 мм/ч. Предварительный диагноз:

1. инфильтративный туберкулез легких;
2. плевропневмония;
3. экссудативный плеврит;
4. ателектаз;
5. спонтанный пневмоторакс.

Больная 50 лет, работала пескоструйщицей, инвалид 2-й группы. В течение 5 лет состоит на учете в противотуберкулезном диспансере. Беспокоят одышка, субфебрильная температура тела, кашель с мокротой, кровохарканье. Заболевание имеет волнообразное течение с нарастанием легочно-сердечной недостаточности. Какой процесс в легких можно заподозрить на основании анамнеза?

1. хронический диссеминированный туберкулез легких;
2. фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
3. цирротический туберкулез легких;
4. Ссиликотуберкулез;
5. посттуберкулезный пневмосклероз.

При каком возбудителе острой пневмонии наиболее часто наблюдается деструкция легких?

1. пневмококке;
2. стрептококке;
3. стафилококке;
4. легионелле;
5. вирусе.

Укажите один из признаков, отличающих вирусную пневмонию от бактериальной:

1. инфильтративные изменения на рентгенограмме;
2. лейкоцитоз со сдвигом влево;
3. маловыраженные физикальные изменения;
4. пульс соответствует температуре тела;
5. кашель с гнойной мокротой.

Укажите один из приведенных признаков, отличающих туберкулезную каверну от абсцесса легкого:

1. полость с очагами диссеминации;
2. гладкостенная полость с уровнем жидкости;
3. кровохарканье;
4. признаки интоксикации;
5. увеличение СОЭ.

Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

1. кристаллы Шарко – Лейдена;
2. лейкоциты;
3. эластические волокна;
4. спирали Куршмана;
5. эритроциты.

Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры – типичный признак:

1. хронической недостаточности кровообращения;

2. мезотелиомы плевры;
3. аденокарциномы бронха;
4. туберкулеза легких;
5. системной красной волчанки.

Какой из признаков не характерен для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

1. боли натошак;
2. боли через 30 мин после еды;
3. боли через 2,5 ч после еды;
4. боли справа в эпигастрии;
5. изжога, кислая отрыжка.

Снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:

1. хроническом антрум-гастрите;
2. хроническом атрофическом гастрите;
3. хроническом гипертрофическом гастрите;
4. синдроме Золлингера – Эллисона;
5. всех указанных формах.

Синдром цитолиза выражен в наибольшей степени при:

1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. хроническом активном гепатите;
4. желчнокаменной болезни;
5. циррозе печени.

Повышение уровня прямого и непрямого билирубина наблюдается при:

1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. холедохолитиазе;
4. активном гепатите;
5. опухоли pancreas.

Наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита является:

1. разлитая боль в животе;
2. жидкий стул;
3. частые кровянистые испражнения;
4. узловая эритема;
5. боли в суставах.

ХБП может быть диагностирована, если:

1. имеется персистирующая протеинурия в течение 2 месяцев;
2. СКФ 65 мл/мин;
3. удвоение правой почки выявлено при УЗИ;
4. во всех перечисленных случаях.

Уровень тропонина может быть повышен при СКФ:

1. < 90 мл/мин;
2. <60 мл/мин;
3. <30 мл/мин;
4. во всех перечисленных случаях.

Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

1. глаукома;
2. катаракта;
3. пролиферирующая ретинопатия;

4. атрофия зрительных нервов;
5. автономная нейропатия.

Под «относительным нейтрофилезом» понимают:

1. увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве;
2. увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов;
3. увеличение их абсолютного числа;
4. уменьшение процентного содержания нейтрофилов;
5. все ответы неправильные.

Повышение гематокритной величины наблюдается при:

1. эритроцитозах;
2. анемиях, эритроцитозах;
3. гипергидротации, анемиях, эритроцитозах;
4. все перечисленное неверно.

Для оценки функции почек должны быть использованы следующие показатели:

1. уровень креатинина;
2. СКФ;
3. уровень альбуминурии;
4. все перечисленные одновременно.

Расчетные методы оценки СКФ неприемлемы при:

1. беременности;
2. печеночной недостаточности ;
3. при ожирении;
4. в детском возрасте.

Способствуют повышению уровня креатинина:

1. ранитидин;
2. цимитидин;
3. омепразол;
4. рабепразол.

Источником ошибок при определении СОЭ могут служить:

1. неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
2. образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
3. наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью;
4. несоблюдение температурного режима, наклонное положение капилляров в штативе, образование сгустка, неправильное соотношение между цитратом натрия и кровью.

Для отравления клофелином характерно:

1. брадикардия, гипотония, рвота, возбуждение;
2. брадикардия, гипотония, сонливость;
3. тахикардия, нормотония (или гипотония), рвота;
4. тахикардия, рвота, возбуждение;
5. гипертензия, возбуждение.

При пневмонии делирий чаще развивается:

1. у стариков;
2. у детей;
3. у алкоголиков;
4. при высокой лихорадке.

Для острого нефритического синдрома типично:

1. наличие артериальной гипертензии;

2. остро развившаяся гематурия;
3. олигурия;
4. наличие отеков;
5. протеинурия 1-2 г/л.

Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:

1. снижение массы тела;
2. повышенная раздражительность;
3. сонливость;
4. запоры;
5. стойкая тахикардия.

Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме:

1. ТЭЛА;
2. разрыва межжелудочковой перегородки;
3. гемотампонады сердца;
4. инфаркта правого желудочка;
5. расслаивающей аневризмы аорты..

Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для одного из перечисленного заболеваний:

1. острого перикардита;
2. расслаивающей аневризмы аорты;
3. инфаркта миокарда;
4. ТЭЛА;
5. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Отёк лёгких является характерным осложнением всех перечисленных состояний, кроме:

1. инфаркта миокарда;
2. гипертонического криза;
3. сочетанного митрального порока;
4. ТЭЛА;
5. истинного утопления в морской воде.

Приступ удушья является типичным клиническим проявлением:

1. сердечной астмы;
2. ларингоспазма;
3. синдрома Мендельсона;
4. бронхиальной астмы;
5. все ответы правильные

Из перечисленного к осложнениям гипертонического криза не относятся:

1. острая левожелудочковая недостаточность;
2. геморрагический инсульт;
3. острая коронарная недостаточность;
4. кровоизлияние в сетчатку;
5. лёгочное кровотечение.

Причиной уширения желудочковых комплексов на ЭКГ могут быть:

1. желудочковые экстрасистолы;
2. блокада ножки пучка Гиса;
3. преждевременное возбуждение желудочков;
4. все перечисленное.

Признаками синдрома WPW на ЭКГ являются:

1. укорочение интервала PR;

2. узкие комплексы QRS;
3. глубокие отрицательные зубцы Т;
4. все перечисленное.

При тахикардии с уширенными желудочковыми комплексами признаками желудочковой тахикардии являются:

1. наличие АВ-диссоциации;
2. регистрация ретроградных зубцов Р позади каждого желудочкового комплекса;
3. отсутствие видимых зубцов Т;
4. отсутствие зубца R в желудочковых комплексах

Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

- а) правой коронарной артерии;
- б) передней нисходящей коронарной артерии;
- в) общем стволе левой коронарной артерии;
- г) огибающей коронарной артерии;
- д) артерии тупого края.

Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) асистолия желудочков;
- б) фибрилляция желудочков;
- в) желудочковая бигимения;
- г) атриовентрикулярная блокада II степени;
- д) синоаурикулярная блокада II степени.

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

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

Самой частой причиной острого легочного сердца является:

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

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

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

Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при:

1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укорочения интервала PR; 4. гипертоническом сердце.

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

Для остро́го перикардита не характерно:

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

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

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

У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается: 1. митральный клапан; 2. аортальный клапан; 3. клапан легочной артерии; 4. трехстворчатый клапан; 5. клапан нижней полой вены.

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

Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) выраженная синусовая брадикардия;
- б) мерцательная аритмия;
- в) предсердная экстрасистолия;
- г) атриовентрикулярная блокада I степени;
- д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) дефектом межпредсердной перегородки;
- б) дефектом межжелудочковой перегородки;
- в) митральным стенозом;
- г) пролабированием митрального клапана без регургитации;
- д) гипертрофической кардиомиопатией.

К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся: 1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса; 2. увеличение правых отделов сердца; 3. гиперволемиа малого круга; 4. гиповолемиа малого круга.

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

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

инфекционного эндокардита.

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

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

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

Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- а) асистолия желудочков;
- б) фибриляция желудочков;
- в) электро-механическая диссоциация;
- г) полная атриовентрикулярная блокада;
- д) синоаурикулярная блокада II степени.

Имплантация кардиостимулятора показана:

- а) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
- б) только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
- в) больным с синоатриальной блокадой II степени;
- г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
- д) больным с постоянной формой мерцательной аритмии.

Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:

- а) вены нижних конечностей
- б) вены верхних конечностей;
- в) правое сердце;
- г) вены таза;
- д) левое сердце.

К гликозидной интоксикации предрасполагают: 1. пожилой возраст; 2. почечная недостаточность; 3. нарушение баланса электролитов (калия, магния); 4. дилатация камер сердца.

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

Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть: 1. разрыв головки папиллярной мышцы; 2. разрыв межжелудочковой перегородки; 3. разрыв левого желудочка; 4. перикардит.

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

Для острого инфекционного эндокардита характерно: 1. наличие лихорадки, озноба; 2. наличие

лейкоцитоза; 3. быстрое формирование порока сердца; 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности.

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

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

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

Феномен парадоксального пульса заключается в:

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

Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) капилляроскопия;
- б) сцинтиграфия миокарда;
- в) радионуклидная вентрикулография;
- г) эхокардиография;
- д) ангиография.

Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

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

Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

- а) липопротеиды очень низкой плотности;
- б) липопротеиды низкой плотности;
- в) липопротеиды высокой плотности;
- г) хиломикроны;
- д) липопротеиды промежуточной плотности.

Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:

- а) стабильной стенокардии напряжения;
- б) спонтанной стенокардии;
- в) прогрессирующей стенокардии напряжения;
- г) впервые возникшей стенокардии;
- д) любых вариантах стенокардии.

Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются: 1. отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени; 2. сглаженность или

отсутствие дифференциации дуг сердца; 3. обызвествление перикарда; 4. отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.

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

При экссудативном перикардите может наблюдаться: 1. одышка; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. тахикардия и парадоксальный пульс.

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

Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации: 1. является плохим прогностическим признаком; 2. как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье; 3. в большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда; 4. в большинстве случаев наблюдается только у больных с мелкоочаговым поражением миокарда.

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

При инфаркте миокарда повышенный уровень тропонинов в сыворотке крови сохраняется:

- а) в течение 1-2 дней;
- б) в течение 3-5 дней;
- в) в течение 7-14 дней;
- г) в течение нескольких недель;
- д) в течение нескольких месяцев.

Повышение уровня тропонинов в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- а) через 1-2 ч;
- б) через 4-5 ч;
- в) через 12-24 ч;
- г) через 48 ч;
- д) через 30 минут от начала заболевания.

Лейкоцитоз при остром инфаркте миокарда выявляется:

- а) через несколько часов от начало заболевания;
- б) к концу первых суток;
- в) на вторые-третьи сутки;
- г) через 5 суток от начала заболевания;
- д) через 10 суток от начала заболевания.

Митральная регургитация достаточно часто встречается при: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. дилатационной кардиомиопатии; 3. рестриктивной кардиомиопатии; 4. дисгормональной миокардиодистрофии.

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:

- а) уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда;
- б) не влияет на прогноз;
- в) уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин;
- г) благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан;
- д) увеличивает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.

Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено: 1. гиперпродукцией кортикостероидов; 2. увеличением образования альдостерона; 3. гиперпродукцией ренина; 4. увеличением образования катехоламинов.

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

Для первичного гиперальдостеронизма характерно: 1. мышечная слабость; 2. полиурия; 3. парестезии; 4. гипостенурия.

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

Гипокалиемия наиболее характерна для:

- а) реноваскулярной гипертонии;
- б) феохромоцитомы;
- в) первичного гиперальдостеронизма;
- г) хронического пиелонефрита;
- д) поликистоза почек.

Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:

- а) гипертонической болезнью;
- б) реноваскулярной гипертонией;
- в) паренхиматозными заболеваниями почек;
- г) мочекаменной болезнью;
- д) опухолью головного мозга.

Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) вирусные;
- б) стрептококковые;
- в) паразитарные;
- г) грибковые;
- д) микоплазменные.

Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:

- а) резкое снижение сердечного выброса на вдохе;
- б) повышение сердечного выброса на выдохе;
- в) нарушение ритма;
- г) повышение сердечного выброса на вдохе
- д) снижение сердечного выброса на выдохе.

Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- а) аускультации;

- б) рентгенографии;
- в) электрокардиографии;
- г) эхокардиографии;
- д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

- а) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;
- б) **отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;**
- в) артериальное и венозное давление существенно не меняются;
- г) отмечается снижение артериального давления;
- д) происходит снижение венозного и артериального давления.

У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития: 1. желудочковой пароксизмальной тахикардии; 2. пневмонии; 3. тромбоэмболии; 4. разрыва миокарда.

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

Для недостаточности аортального клапана характерны следующие периферические симптомы: 1. двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье; 2. высокий, быстрый пульс; 3. низкое диастолическое артериальное давление; 4. капиллярный пульс.

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

Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

- а) дефект межпредсердной перегородки;
- б) аномалия Эбштейна;
- в) стеноз легочной артерии;
- г) тетрада Фалло;
- д) комплекс Эйзенменгера.

Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются: 1. субъективно плохая переносимость сердцебиения и /или перебоев в работе сердца; 2. выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией; 3. неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий; 4. возраст больного.

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

Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:

- а) мышечная боль;
- б) полиурия;
- в) парестезии;
- г) гипостенурия;
- д) гипергликемия.

Критерием дисфункции синусового узла является: 1. пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек; 2. синоатриальная блокада II-III степени; 3. синусовая брадикардия менее 50 в мин; 4. урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.

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

Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- а) гипергликемия;
- б) гипогликемия;
- в) лейкопения;
- г) лимфоцитоз;
- д) глюкозурия.

Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертензии является:

- а) неспецифический аортоартериит;
- б) фибромышечная дисплазия;
- в) аневризмы почечных артерий;
- г) атеросклероз почечных артерий;
- д) тромбозы и эмболии почечных артерий.

Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при: 1. первичном альдостеронизме; 2. вторичном альдостеронизме; 3. приеме диуретиков; 4. применении ингибиторов АПФ,

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

Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется 1. эхокардиография; 2. инвазивное исследование гемодинамики; 3. ЭКГ; 4. ангиография.

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

Односторонние отеки ног характерны для больных с: 1. сердечной недостаточностью; 2. заболеваниями вен; 3. гипотиреозом; 4. поражением лимфатических сосудов.

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

Приступы стенокардии напряжения не возникают при медленной ходьбе по ровному месту у больных:

- а) I функционального класса;
- б) II функционального класса;
- в) I и II функциональных классов;
- г) III функционального класса;
- д) II и III функциональных классов.

Современная классификация ИБС включает: 1. стенокардию; 2. инфаркт миокарда; 3. постинфарктный кардиосклероз; 4. нарушение ритма сердца.

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

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

Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются: 1. максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в минуту; 2. очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки); 3. длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин); 4. появление депрессии сегмента ST во многих отведениях.

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

Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются: 1. спадение подкожных вен; 2. снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации); 3. отсутствие хрипов в легких; 4. отсутствие ортопноэ.

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

При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- а) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания;
- б) появляется, обычно, на второй день заболевания;
- в) появляется на 3-4 день заболевания;
- г) появляется на 5-6 день заболевания;
- д) появляется в более поздние сроки.

Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы:

- а) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевого ишемия миокарда;
- б) прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя подострая, стенокардия покоя острая;
- в) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и без подъема ST;
- г) стабильная стенокардия II ф.кл.;
- д) стабильная стенокардия IV ф.кл.

Для выявления наличия инфаркта миокарда рекомендуют определять маркеры: 1. МВ фракция КФК; 2. общая КФК; 3. сердечные тропонины I и T; 4. ЛДГ.

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

Больным с подозрением на острый коронарный синдром без подъема сегмента ST рекомендуют начинать следующее лечение: 1. аспирин; 2. гепарин (НМГ или НФГ); 3. бета-блокаторы; 4. милдронат.

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

Показаниями к проведению нагрузочных проб у больных ИБС являются: 1. дифференциальная диагностика ИБС и ее форм; 2. определение толерантности к физической нагрузке; 3. экспертиза трудоспособности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 4. оценка прогноза и эффективности лечения.

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

Показаниями к коронарографии являются: 1. определение возможности реваскуляризации миокарда; 2. уточнение диагноза; 3. прогрессирование заболевания; 4. наличие у больного в анамнезе эпизодов внезапной смерти или опасных желудочковых нарушений ритма.

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

Клиническими и электрокардиографическими критериями вазоспастической стенокардии являются: 1. безболевая ишемия миокарда; 2. ангинозные приступы, возникающие в ночное время; 3. отрицательный зубец Т на ЭКГ; 4. сопровождается преходящим подъемом сегмента ST на ЭКГ.

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

Особенностями течения стенокардии при сахарном диабете являются: 1. стенокардия протекает часто бессимптомно; 2. часто развитие нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда и ХСН; 3. часто диагностируется диффузное поражение коронарных артерий; 4. часто протекает по типу вазоспастической стенокардии.

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

Наиболее частой формой ИБС у женщин является:

- а) инфаркт миокарда;
- б) внезапная смерть;
- в) стенокардия;
- г) нарушения сердечного ритма;
- д) безболевая ишемия.

Основными клиническими симптомами ХСН являются: 1. одышка; 2. быстрая утомляемость; 3. сердцебиение; 4. кашель; 5. ортопноэ.

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

Для III ф.кл. ХСН характерны параметры физической активности (по тесту 6-минутной ходьбы):

- а) > 551 м;

- б) 301-425 м;
- в) < 150 м;
- г) 151- 300 м;
- д) 140-250 м.

Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме:

- а) стенокардии;
- б) инфаркта миокарда;
- в) постинфарктного кардиосклероза;
- г) атеросклеротического кардиосклероза;
- д) нарушения ритма сердца.

Назовите осложнения развивающиеся при гипертонических кризах: 1. острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких); 2. острая коронарная недостаточность (нестабильная стенокардия, развитие инфаркта миокарда); 3. расслаивающая аневризма грудного отдела аорты; 4. энцефалопатия; 5. ОНМК.

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

При тампонаде сердца наблюдаются: 1. снижение артериального давления; 2. цианоз лица; 3. расширение границ сердца; 4. глухость тонов.

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

Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является:

- а) передозировка гипотензивных препаратов;
- б) диабетическая полиневропатия;
- в) идиопатическая ортостатическая гипотензия;
- г) заболевания сердца;
- д) заболевания крови.

Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

- а) тревожные невротические расстройства;
- б) черепно-мозговая травма;
- в) поражения гипоталамуса;
- г) коллагенозы;
- д) нейроинфекция.

Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерно: 1. сердцебиение; 2. повышенное потоотделение; 3. выраженное чувство страха; 4. значительное повышение артериального давления.

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

В отличие от стенокардии приступы боли в сердце при кардиомиопатии у больных алкоголизмом характеризуются: 1. возникновением на следующий день после алкогольного эксцесса или в похмелье; 2. отсутствием связи с физической нагрузкой; 3. неэффективностью нитроглицерина

(боли не купируются); 4. характерной приступообразностью.

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

Для поражения сердца у больных алкоголизмом характерно: 1. увеличение общей массы левого желудочка; 2. увеличение толщины задней стенки межжелудочковой и межпредсердной перегородки; 3. увеличение систолического и диастолического объёмов со снижением сократимости левого желудочка; 4. склероз коронарных сосудов.

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

Для системной склеродермии характерно развитие: 1. диффузного пневмофиброза; 2. базального пневмофиброза; 3. адгезивного плеврита; 4. увеличения размеров сердца.

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

Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

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

В отношении острой ревматической лихорадки справедливо: 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; 2. наличие критериев Киселя-Джонса; 3 склонность к формированию порока сердца; 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

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

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

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

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

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

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

Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

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

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

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

Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить

- а) с острым гломерулонефритом
- б) с хроническим нефритом
- в) с экстракапиллярным нефритом
- г) с бактериальным эндокардитом
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

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

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

При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

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

Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:

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

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

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

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

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

Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

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

К системным проявлениям ревматоидного артрита относятся: 1. Ревматоидные узелки; 2. Язвенно-некротический васкулит; 3. Нейропатия; 4. Сухой синдром; 5. Васкулит сетчатки.

- а) верно 1, 2 и 3
- б) верно 1, 3 и 4
- в) верно 2, 3 и 5
- г) верно 1, 4 и 5
- д) всё перечисленное верно

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

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

Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является: 1. наличие сакроилеита; 2. асимметричный артрит периферических суставов; 3. тенденция к семейной агрегации; 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей; 5. частая ассоциация с HLA B27.

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

Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

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

Сакроилеит встречается при: 1. синдроме Рейтера; 2. псориатическом артрите; 3. болезни Бехтерева; 4. неспецифическом язвенном колите.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

Характерным признаком двухстороннего коксартроза является: 1. протрузия вертлужных впадин; 2. укорочение нижних конечностей; 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме; 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.

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

Для ревматического перикардита характерно: 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата); 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически; 3. инфарктоподобная ЭКГ; 4. ослабление тонов сердца.

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

Ревматическая лихорадка вызывается

- а) стафилококком
- б) бета-гемолитическим стрептококком группы С
- в) пневмококком
- г) **бета-гемолитическим стрептококком группы А**
- д) возбудитель не известен

При системной красной волчанке выявляется: 1. серопозитивность по ревматоидному фактору; 2. снижение уровня комплемента по СН50; 3. ложноположительная реакция Вассермана; 4 антитела к нативной ДНК.

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

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

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

Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

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

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

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

Узелки Бушара появляются при:

- а) подагре;
- б) ревматоидном артрите;
- в) остеоартрозе;
- г) острая ревматическая лихорадка;
- д) узелковом периартериите.

При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

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

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

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

Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза: 1. кости таза; 2. головка бедренной кости; 3. позвонки; 4. головка плечевой кости; 5. надмышечки плечевой кости.

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

Наиболее типичными признаками ревматической лихорадки являются: 1 малая хорея; 2 «Летучий» артрит; 3 кольцевидная эритема; 4 узловатая эритема; 5 кардит.

- а) верно 1, 2
- б) верно 1, 2, 3, 5
- в) верно 2, 4, 5
- г) всё перечисленное верно
- д) всё перечисленное не верно

После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через:

- а) 1–2 года
- б) 2–3 недели
- в) 4 дня
- г) 5 месяцев
- д) 6 недель

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

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

Повышенная подвижность в суставах выявляется при

- а) синдроме Рейтера
- б) анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)
- в) синдроме Марфана
- г) ревматоидном артрите
- д) острой ревматической лихорадке

Критериями остеопороза по ВОЗ, полученными при ДEXA являются

- а) T-критерий до $(-1)SD$
- б) T-критерий от $(-1)SD$ до $(-2,5)SD$
- в) T-критерий меньше $(-2,5)SD$
- г) T-критерий менее $(-2,5)SD$ в сочетании хотя бы с одним переломом
- д) T-критерий менее $(-3,5)SD$.

Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:

- а) длительная воспалительная активность процесса;
- б) большая суммарная доза глюкокортикостероидов;
- в) длительный прием цитостатиков;
- г) длительные периоды без лечения;
- д) сопутствующие заболевания почек.

К "большим" критериям ревматической лихорадки принадлежат: 1. кардит; 2. хорея; 3. полиартрит; 4. подкожные узелки; 5. кольцевидная эритема.

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

Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

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

Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

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

Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

- а) гемофилической артропатии;
- б) псевдоподагре;
- в) псориастическом артрите;
- г) ревматоидном артрите;
- д) острой ревматической лихорадке.

При геморрагическом васкулите: 1. кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью; 2. поражаются преимущественно крупные суставы; 3. развитие диффузного гломерулонефрита; 4. нередко наблюдается абдоминальный синдром.

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

Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является:

- а) формирование синдесмофитов между телами позвонков;
- б) кальцификация межпозвонковых дисков;
- в) уменьшение промежутков между телами позвонков;
- г) усиление грудного кифоза;
- д) усиление поясничного лордоза.

Для профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата характерно: 1. постепенное начало; 2. рецидивирующее течение; 3. появление симптоматики после длительной работы; 4. преимущественное поражение нагруженной руки.

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

У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приемов нитратов:

- а) повышается;
- б) понижается;
- в) не изменяется;
- г) может как повышаться, так и понижаться;
- д) вначале повышается, а затем понижается.

Легочный фиброз может развиваться при приеме:

- а) мекситила;
- б) кордарона;
- в) хинидина;
- г) пропранолола;
- д) верапамила.

Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно: 1. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь"); 2. Внутривенное капельное введение нитроглицерина; 3. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза); 4. назначение бета-блокаторов.

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

Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:

- а) кордарон;
- б) новокаинамид;
- в) бета-блокаторы;
- г) лидокаин;
- д) верапамил.

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

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

При эндокардите, вызванной грибами, показано назначение:

- а) ампициллина;
- б) тетрациклина;
- в) амфотерицина В;
- г) канамицина;
- д) карбенициллина.

Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения: 1. атенолола; 2. каптоприла; 3. амлодипина; 4. анаприлина.

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

Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина применяют:

- а) новокаинамид;
- б) мезатон;
- в) обзидан;
- г) верапамил;
- д) строфантин.

Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

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

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или нош-па;
- в) нестероидные противовоспалительные препараты;
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики.

Антиангинальный эффект у больных стенокардией напряжения достигается при назначении: 1. нитратов; 2. бета-блокаторов; 3. антагонистов кальция; 4. аспирина.

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

Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы вазоспастической стенокардии, являются:

- а) нитраты;
- б) антагонисты кальция;
- в) бета-блокаторы;
- г) блокаторы If-каналов синусового узла;
- д) триметазидин.

К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

- а) дилтиазем;
- б) верапамил;
- в) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью;
- г) бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности;
- д) антиаритмические препараты.

Для лечения лабильной артериальной гипертонии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать:

- а) блокаторы бета-адренорецепторов;
- б) коринфар;
- в) амлодипин;
- г) индапамид;
- д) гипотиазид.

Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- а) морфина;
- б) клофелина и бета-блокатора;
- в) нитропрусида натрия и бета-блокатора;
- г) дроперидола;
- д) фуросемида.

При установлении диагноза миокардита:

- а) обязательно назначение антибиотиков;
- б) лечение в большинстве случаев симптоматическое;
- в) обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов;
- г) обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде";
- д) обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) сердечные гликозиды;
- б) бета-блокаторы;
- в) периферические вазодилататоры;
- г) сердечные гликозиды и нитраты;
- д) сердечные гликозиды и диуретики.

Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают: 1. недигидропиридиновые антагонисты кальция; 2. сердечные гликозиды; 3. бета-блокаторы; 4. хинидин.

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

Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) хинидин;
- б) новокаинамид;
- в) кордарон;
- г) анаприлин;
- д) финоптин.

Гепарин при тромбозах легочной артерии вводят:

- а) в случае повышенного содержания протромбина в крови;
- б) в случае значительного увеличения протромбинового времени;
- в) только при повторной тромбозах;
- г) для уменьшения агрегации тромбоцитов;
- д) для профилактики тромбообразования.

Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном:

- а) отрицательным инотропным эффектом;
- б) отрицательным хронотропным эффектом;
- в) как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом;
- г) уменьшением преднагрузки на левый желудочек;
- д) уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) нитратов;
- б) молсидомина;
- в) бета-блокаторов и верапамила;
- г) коринфара;
- д) фуросемида.

Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявляться: 1. учащением приступов стенокардии; 2. появлением приступов стенокардии в покое; 3. снижением толерантности к физической нагрузке; 4. развитием инфаркта миокарда.

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

Основными лекарственными препаратами для лечения стабильной стенокардии являются: 1. антиагрегационные препараты; 2. бета-адреноблокаторы; 3. гиполипидемические средства; 4. витамины-антиоксиданты.

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

Основными средствами в лечении больных ХСН являются: 1. ингибиторы АПФ; 2. бета-адреноблокаторы; 3. диуретики; 4. сердечные гликозиды; 5. антагонисты альдостерона.

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

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

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

Диетотерапия подагры включает: 1. ограничение суточного потребления белков; 2. малокалорийную диету; 3. ограничение потребления бобовых; 4. ограничение спиртных напитков.

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

Наиболее эффективные лечебные мероприятия при простом тендините мышц плеча: 1. абсолютный покой в течение всего периода болезни; 2. оперативные вмешательства; 3. нестероидные противовоспалительные препараты; 4. локальное введение глюкокортикостероидов.

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

Операция аортокоронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни у:

- а) всех категорий больных ИБС;
- б) больных с поражением ствола левой коронарной артерии;
- в) больных с поражением правой коронарной артерии;
- г) больных со спонтанной стенокардией;
- д) больных с поражением огибающей артерии.

Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аортокоронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, лечеными медикаментозно при поражении: 1. одной (правой) коронарной артерии; 2. двух (правой и огибающей) коронарных артерий; 3. только огибающей артерии; 4. трех коронарных артерий.

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

Быстрое снижение артериального давления показано при:

- а) гипертонической энцефалопатии;
- б) расслаивающей аневризме аорты;
- в) нарушении мозгового кровообращения;
- г) прогрессирующей почечной недостаточности;
- д) гипертонической ангиопатии сетчатки глаза

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

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

Больным с подозрением на острый коронарный синдром без подъема сегмента ST рекомендуют начинать следующее лечение: 1. аспирин; 2. гепарин (НМГ или НФГ); 3. бета-блокаторы; 4. милдронат.

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

Выберите правильные показатели снижения уровня АД при неосложненных кризах:

- а) в течение первых 120 мин снижаем АД не более на 25%, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов);
- б) в течение первых 6 часов снижаем АД на 20 – 30%, затем в течение суток до целевого АД;
- в) в течение первых 12 часов снижаем АД до целевого АД;
- г) АД снижаем в течение 2 часов до нормальных значений;
- д) снижаем АД до нормальных показателей в течение 30 – 120 мин.

Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии: 1.нагноительные заболевания легких; 2.астматическое состояние; 3.центральные и периферические опухоли легких; 4.стеноз гортани; 5.профузное легочное кровотечение.

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

Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии: 1.крупозная пневмония; 2.бронхогенный рак с отдаленными метастазами; 3.инородное тело бронхов; 4.инсульт.

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

Бронхоскопию необходимо проводить при:1.ателектазе доли, сегмента легкого; 2.острой долевой, сегментарной пневмонии;3.острой очаговой пневмонии; 4.экссудативном плеврите

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

По клиническим данным заподозрен спонтанный не специфический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

- а) торакоскопия;
- б) рентгеноскопия и рентгенография легких;
- с) плевральная пункция;
- д) сканирование легких;
- е) бронхоскопия.

Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- а) спирографии, пневмотахографии;

- b) бронхоскопии;
- c) исследования газов крови;
- d) рентгенография легких;
- e) ангиопульмонографии.

Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:

- a) рефрактерность к β_2 -агонистам;
- b) тяжесть экспираторного удушья;
- c) выраженный цианоз;
- d) неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;
- e) вынужденное положение больного.

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

- a) прогрессирование одышки;
- b) нарастание цианоза;
- c) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;
- d) повышение артериального давления;
- e) тахикардия.

При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:

1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.

- a) если правильный ответ 1,2 и 3;
- b) если правильный ответ 1 и 3;
- c) если правильный ответ 2 и 4;
- d) если правильный ответ 4;
- e) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

- a) если правильный ответ 1,2 и 3;
- b) если правильный ответ 1 и 3;
- c) если правильный ответ 2 и 4;
- d) если правильный ответ 4;
- e) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы: 1. лихорадка, боли в груди; 2. кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам; 3. кровохарканье, легочное кровотечение; 4. одышка.

- a) если правильный ответ 1,2 и 3;
- b) если правильный ответ 1 и 3;
- c) если правильный ответ 2 и 4;
- d) если правильный ответ 4;
- e) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

- a) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса;
- b) клетки Березовского-Штернберга;
- c) гистиоциты;
- d) макрофаги;
- e) эозинофилы.

Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:

- а) одышкой, кашлем, лихорадкой;
- б) лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией;
- с) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;
- д) лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;
- е) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

Наиболее характерными симптомами пылевых бронхитов являются: 1. кашель со скудной мокротой; 2. острое начало; 3. постепенное начало; 4. кашель со значительным количеством мокроты; 5. субфебрилитет.

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

Невротические нарушения ритма дыхания характеризуются: 1. утратой чувства полноценности вдоха с форсированными дыхательными движениями; 2. экспираторной одышкой со свистящими хрипами в лёгких; 3. гипервентиляцией с тошнотой и головокружением, постоянным контролем за дыханием; 4. появлением одышки только при физической нагрузке.

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

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

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

Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются: 1 определение свободного тироксина (Т4); 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ); 3. определение трийодтиронина (Т3); 4. определение белковосвязанного йода в крови (СБИ); 4. определение основного обмена.

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

Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).

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

Для гипотиреоза характерно: 1. сухость кожных покровов; 2. склонность к запорам; 3. сонливость; 4. брадикардия.

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Для болезни Иценко-Кушинга характерно: 1. истончение конечностей; 2. атрофия мышц ягодичной области; 3. наличие стрий; 4. выпадение волос на лобке и в подмышечных областях.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко-Кушинга и кортикостеромы: 1. определение суточного ритма кортизола; 2. проба с дексаметазоном; 3. сканирование надпочечников; 4. определение суммарного количества 17-кетостероидов в моче; 5. проба с АКТГ.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

Для аддисоновой болезни характерны: 1. пигментация; 2. артериальная гипотензия; 3. похудание; 3. аменорея; 4. повышение основного обмена.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.

Первичный гипокортицизм необходимо дифференцировать с: 1. гемохроматозом; 2. диффузным токсическим зобом; 3. склеродермией; 4. хроническим энтеритом.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Для тяжелой формы болезни Иценко-Кушинга характерно: 1. прогрессирующая мышечная слабость; 2. патологические переломы костей; 3. сердечно-легочная недостаточность; 4. тяжелые психические расстройства.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

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

Для острой недостаточности надпочечников характерно: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. гипогликемия.

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

Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны: 1. гиперосмолярность; 2. гипергликемия; 3. гипернатриемия; 4. дыхание типа Куссмауля; 5. кетоацидоз.

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

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

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

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

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

Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- а) 8,43 ммоль/л;
- б) 7,22 ммоль/л;
- в) 9,6 ммоль/л;
- г) 10,1 ммоль/л;
- д) 7,8 ммоль/л.

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

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

Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

- а) амилоидозе
- б) тромбоцитрпении

- в) мегалобластной анемии
- г) болезни Гоше
- д) множественной миеломе

Жалобы на тяжесть в голове, кошмарные сновидения, кожный зуд типичны для:

- а) выраженной анемии
- б) нейрорлейкоза
- в) амилоидоза
- г) эритремии
- д) хронического лимфолейкоза

При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

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

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

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

Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

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

Парапротеинемические гемобластозы характеризуются: 1. происхождением из В-лимфоцитов; 2. происхождением из Т-лимфоцитов; 3. секрецией моноклональных иммуноглобулинов; 4. высокой эозинофилией.

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

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

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

Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

- а) желтуха
- б) серая кайма на деснах
- в) кровь в кале
- г) почечная колика

д) гепатомегалия

Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:

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

Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

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

К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:

- а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- б) определение протромбинового времени
- в) проба Айви
- г) определение тромбинового времени
- д) определение уровня фибронектина

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

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

Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно:

1. развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции; 2. наличие антитромбоцитарных антител; 3.упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом- Рейно; 4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

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

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

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

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

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

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

Клинические проявления ДВС-синдрома: 1.геморрагический синдром ангиоматозного типа; 2.геморрагический синдром гематомно-петехиального типа; 3.геморрагический синдром петехиально-синячкового типа; 4.признаки тромбозов.

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

Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

- а) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$
- б) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $1,0 \cdot 10^9/\text{л}$
- в) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \cdot 10^9/\text{л}$
- г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $5 \cdot 10^9/\text{л}$
- д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0,05 \cdot 10^9/\text{л}$

Клиническая картина острого агранулоцитоза включает: 1. слабость; 2.лихорадку;3. инфекционный процесс;4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа.

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

Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования:1. лимфографию;2. стернадьную пункцию;3. компьютерную томографию;4. трепанобиопсию.

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

Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1.исследовании скорости зуглобулинового лизиса; 2.выявления волчаночного антикоагулянта; 3.исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4.исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов.

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

Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть: 1. анемический, геморрагический и лихорадочный синдромы; 2. панцитопения с отсутствием ретикулоцитов (в крови); 3. картина "жирового костного мозга " при исследовании биоптата костного мозга; 4. картина лимфопролифераций при исследовании костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови.

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

К клиническим признакам гемолитического криза относятся: 1.потемнение мочи;

2.отеки; 3.сухость во рту; 4.желтушность кожи.

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

К характерным для хронической интоксикации алкоголем изменениям крови относится: 1. тромбоцитопения; 2. изменение функции лейкоцитов (ослабление способности к фагоцитозу); 3. гемолитическая анемия; 4. миелоидная реакция.

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

Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается:

- а) до $20 \text{ г г } 10^9/\text{л}$
- б) до $50 \text{ г г } 10^9/\text{л}$
- в) до $100 \text{ г г } 10^9/\text{л}$
- г) до $150 \text{ г г } 10^9/\text{л}$
- д) до $190 \text{ г г } 10^9/\text{л}$ и ниже

Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

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

Рецидивирующий *Neqres labialis* характерен для:

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

У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

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

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

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

Вторичный амилоидоз может развиваться при: 1.ревматоидном артрите; 2. псориатическом артрите; 3. опухолях; 4. бронхоэктазах.

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

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

Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

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

Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

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

Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

- а) радиоизотопная ренография;
- б) ультразвуковое сканирование почек;
- в) ангиография;
- г) экскреторная урография;
- д) компьютерная томография.

Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- а) гематурия;
- б) протеинурия более 3,5 г/сутки;
- в) артериальная гипертензия;
- г) пиурия;
- д) гипоизостенурия.

Амилоидоз почек может наблюдаться при: 1. ревматоидном артрите; 2. периодической болезни; 3. туберкулезе; 4. бронхоэктатической болезни.

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

Для отеков почечного генеза не характерны их локализация

- а) на лице;
- б) на ногах;
- в) изолированно на руках;
- г) на всех конечностях и туловище;
- д) нет правильного ответа.

Обнаружение гиалиновых цилиндров в моте свидетельствует о:

- а) хроническом гломерулонефрите;
- б) хроническом пиелонефрите;
- в) амилоидозе почек;
- г) патологии почек без дифференциации заболевания;
- д) не имеет диагностической ценности.

Снижение уровня сывороточного комплемента обнаруживается:

- а) при остром постстрептококковом гломерулонефрите;

- б) при люпус-нефрите;
- в) при мезангиокапиллярном гломерулонефрите;
- г) при гломерулонефрите при криоглобулинемии;
- д) при всех указанных заболеваниях.

Повышение мочевины плазмы крови может следствием:

- а) обезвоживания;
- б) повышенного катаболизма;
- в) почечной недостаточности;
- г) чрезмерного использования диуретиков;
- д) при всех указанных состояниях.

Использование ретроградной пиелографии целесообразно для диагностики:

- а) хронического гломерулонефрита;
- б) хронического пиелонефрита;
- в) туберкулеза почек;
- г) реноваскулярной гипертонии;
- д) диабетического нефроангиосклероза.

Преимущество радиоизотопных методов исследования по сравнению с рентгенологическими обусловлено:

- а) возможностью проведения исследований при азотемии;
- б) возможностью проведения исследований при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов;
- в) отсутствием специальной подготовки;
- г) меньшей лучевой нагрузкой;
- д) всеми указанными факторами.

Отберите функциональную протеинурию:

- а) Ортостатическая протеинурия;
- б) Лихорадочная протеинурия;
- в) Протеинурия напряжения;
- г) Протеинурия переполнения;
- д) Микроальбуминурия.

К уремической интоксикации не имеет отношения:

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

Непосредственной угрозой для жизни при остром повреждении почек, требующей немедленного вмешательства, является:

- а) повышение содержания мочевины в крови;
- б) повышение содержания креатинина в крови;
- в) гиперфосфатемия;
- г) гиперкалиемия;
- д) гиперурикемия.

Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) атеросклероз
- 2) болезнь Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) феохромоцитома

Форма инфаркта миокарда, реже встречающаяся в пожилом и старческом возрасте

- 1) ангинозная

- 2) астматическая
- 3) аритмическая
- 4) безболевая

Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) усиление воспалительной реакции
- 2) ослабление воспалительной реакции
- 3) повышение порога болевой чувствительности
- 4) снижение порога болевой чувствительности

При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается

- 1) слабость
- 2) недомогание
- 3) кашель
- 4) высокая лихорадка

Для картины периферической крови при мегалобластной анемии характерно:

1. Макроциты
2. Гиперхромия эритроцитов
3. Лейкоцитоз
4. Тромбоцитопения
5. Ретикулоцитоз

Для железодефицитной анемии характерны следующие изменения эритроцитов:

1. Гипохромия
2. Пойкилоцитоз
3. Макроцитоз
4. Серповидная форма
5. Микроцитоз

Проявления анемического синдрома:

1. Общая слабость
2. Бессонница
3. Тахикардия
4. Тревожное расстройство
5. Изменение вкуса

Проявления сидеропенического синдрома

1. Извращение вкуса
2. Ломкость ногтей
3. Боль в грудной клетке
4. Дисфагия
5. Двоение в глазах

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6);

Препараты для лечения макроцитарных анемий:

1. Цианокобаламин
2. Тиамин
3. Фолиевая кислота
4. Триметоприм
5. Препараты железа

Рекомендуемые суточные дозы препаратов железа для лечения ЖДА у взрослых пациентов:

1. 50 – 100 мг
2. 100 – 300 мг
3. 300 – 400 мг
4. 400 – 600 мг
5. более 600 мг

Показания к внутривенному введению препаратов железа:

1. Миома матки
2. Резекция желудка, тонкой кишки
3. Синдром мальабсорбции
4. Необходимость быстрого повышения уровня гемоглобина
5. Дисфагия

Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа у лиц пожилого возраста

- 1) увеличение всасывания
- 2) уменьшение всасывания
- 3) ускоренная эвакуация
- 4) повышение кислотности желудочного сока

Критерием отмены статинов являются:

1. достижение целевого уровня холестерина;
2. увеличение АЛТ в 2 раза;
3. увеличение печеночных трансаминаз более 3–кратного уровня;
4. увеличение креатинфосфокиназы в 1,5 раза;
5. увеличение креатинфосфокиназы в 10 раз.

При наличии артериальной гипертензии и ХПБ препарат выбора:

1. бета-блокатор;
2. ингибитор АПФ;
3. мочегонное;
4. антагонист кальция.

При ХБП 3б стадии из диуретиков предпочтительнее:

1. тиазидовые;
2. осмотические;
3. петлевые;
4. калийсберегающие.

При назначении ингибиторов АПФ пациенту с ХБП и СН доза препарата может быть увеличена:

1. через 1 месяц от начала терапии;
2. через 2 недели от начала терапии;
3. только после контроля СКФ;
4. при отсутствии протеинурии.

Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать:

1. с оральных цефалоспоринов II поколения;
2. с гентамицина;
3. с фторхинолонов;
4. с полусинтетических пенициллинов;
5. с макролидов нового поколения.

При ОРВИ с высокой температурой показано применение:

1. эритромицина;
2. ампициллина;
3. бисептола;

4. аспирин;
5. ни одного из указанных препаратов.

Наиболее подходящим диуретиком из перечисленных для лечения начинающегося кардиогенного отёка лёгких является:

1. фуросемид;
2. маннитол;
3. мочевины;
4. гипотиазид;
5. верошпирон.

Какой уровень гликируемого гемоглобина говорит о компенсированном СД?

1. 4-6%;
2. 7-8%;
3. меньше или равно 6,5%.

Какая стартовая доза В-адреноблокаторов используется у пожилых пациентов при ХСН?

1. 1/4;
2. 1/12;
3. 1/8.

Определите показания для госпитализации больных с анемией в стационар :

1. анемия легкого течения;
2. анемия средней степени тяжести;
3. анемия тяжелого течения.

Назначение венозных вазодилататоров при застойной сердечной недостаточности наиболее эффективно уменьшает:

1. слабость;
2. одышку;
3. периферические отёки;
4. увеличение печени;
5. тахикардию.

Эффект дигоксина при застойной сердечной недостаточности главным образом связан:

1. с увеличением диуреза;
2. с уменьшением венозного возврата к сердцу;
3. с учащением ЧСС;
4. со снижением постнагрузки;
5. С положительным инотропным действием.

Показание (показания) для назначения в-блокаторов при СН:

1. дилатационная кардиомиопатия;
2. постинфарктный кардиосклероз;
3. АГ;
4. всё перечисленное.

Какие препараты не используются для лечения ХСН:

1. диуретики;
2. ингибиторы АПФ;
3. сердечные гликозиды;
4. антагонисты альдостерона;
5. ганглиоблокаторы;
6. в-блокаторы.

К базисным средствам в лечении ХСН относят все, кроме:

1. ингибиторов АПФ;

2. диуретиков;
3. сердечных гликозидов;
4. недигидропиридиновых блокаторов медленных кальциевых каналов.

Прекращение приступа тахикардии после применения вагусных приемов чаще всего отмечается при:

1. мерцательной аритмии;
2. предсердной тахикардии;
3. реципрокных АВ-тахикардиях;
4. желудочковой тахикардии;
5. наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных вариантах тахиаритмий.

Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь:

1. снять ЭКГ;
2. ввести 5%-ный раствор глюкозы;
3. ввести инсулин (10-20 ЕД);
4. исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови;
5. ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы.

На какое время, при необходимости, можно остановить ЗМС:

1. 10 сек;
2. 15 сек;
3. 30 сек;
4. 1 мин.

Оптимальной методикой выведения из гипогликемической комы является введение:

1. внутривенно струйно 40% глюкозы;
2. внутривенно капельно 40% глюкозы;
3. внутривенно капельно 5% глюкозы;
4. внутривенно 40% глюкозы + 6-8 ЕД инсулина;
5. внутривенно струйно 5% глюкозы.

Больной с гипогликемическим состоянием пришел в сознание. Ваши действия:

1. предложить больному поесть;
2. ввести 40% глюкозу;
3. ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть;
4. ввести поляризирующую смесь;
5. все перечисленное неверно.

Антидотом при отравлении беленой является:

1. атропин 0,1%;
2. прозерин 0,05%;
3. этиловый спирт 30 градусов;
4. адреналин 0,1.

Выбор суточных доз лекарственных средств в пожилом возрасте определяет:

1. скорость клубочковой фильтрации;
2. протеинурия;
3. лейкоцитурия;
4. гематурия;
5. уровень мочевины плазмы крови.

В пожилом возрасте характерно увеличение периода полувыведения для:

1. сердечных гликозидов;
2. бета-адреноблокаторов;
3. диуретиков;

4. все перечисленное верно;
5. нет правильного ответа.

В пожилом возрасте характерно увеличение периода полувыведения для:

1. пенициллинов;
2. цефалоспоринов;
3. макролидов;
4. все перечисленное верно;
5. нет правильного ответа.

Особенности фармакотерапии в пожилом возрасте:

1. лечение начинают с максимальных суточных доз с постепенным снижением;
2. лечение начинают с низких доз с постепенным увеличением;
3. подбирается индивидуальный режим дозирования;
4. лечение только низкими дозами;
5. лечение только высокими дозами.

Основная цель лечения артериальной гипертензии в пожилом возрасте:

1. улучшение прогноза;
2. уменьшение расходов на лечение;
3. уменьшение симптомов болезни;
4. повышение толерантности к физической нагрузке;
5. улучшение настроения.

Имплантация кардиостимулятора пожилым больным показана:

1. всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
2. только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
3. больным с синоатриальной блокадой II степени;
4. больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
5. больным с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Выберите препарат для купирования острой крапивницы

1. Пенициллин
2. 0,9% раствор хлорида натрия
3. Хлоропирамин
4. Диклофенак
5. Тиосульфат натрия

Препарат первой линии для купирования анафилактического шока

1. Атропин
2. Адреналин
3. Добутамин
4. Цетиризин
5. Преднизолон

Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии терапии раннего ревматоидного артрита:

А Кортикостероиды

Б Препараты золота

В Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Г Цитостатики

Д Делагил

При острых и подострых формах «легкого фермера» наиболее эффективны,

- 1) Нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) Кортикостероидные препараты

- 3) Препараты содержащие бром
- 4) Психотропные препараты

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или нош-па;
- в) нестероидные противовоспалительные препараты;
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики.

Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы вазоспастической стенокардии, являются:

- а) нитраты;
- б) антагонисты кальция;
- в) бета-блокаторы;
- г) блокаторы If-каналов синусового узла;
- д) триметазидин.

. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

- а) дилтиазем;
- б) верапамил;
- в) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью;
- г) бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности;
- д) антиаритмические препараты.

Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) сердечные гликозиды;
- б) бета-блокаторы;
- в) периферические вазодилататоры;
- г) сердечные гликозиды и нитраты;
- д) сердечные гликозиды и диуретики.

Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) хинидин;
- б) новокаинамид;
- в) кордарон;
- г) анаприлин;
- д) финоптин.

У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) нитратов;
- б) молсидомина;
- в) бета-блокаторов и верапамила;
- г) коринфара;
- д) фуросемида.

Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявляться: 1. учащением приступов стенокардии; 2. появлением приступов стенокардии в покое; 3. снижением толерантности к физической нагрузке; 4. развитием инфаркта миокарда.

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

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:

- а) через 1 неделю после начала лечения;
- б) через 2 дня после нормализации температуры тела;
- в) после исчезновения хрипов в легких;
- г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
- д) после нормализации СОЭ

К антикоагулянтам прямого действия относится:

- а) варфарин, фенилин
- б) гепарины
- в) свежемороженая плазма
- г) тиклид
- д) аминокaproновая кислота

К антикоагулянтам непрямого действия относятся:

- а) варфарин
- б) гепарин
- в) свежемороженая плазма
- г) клопидогрель
- д) аминокaproновая кислота

В лечении ДВС-синдрома используются: 1.аминокaproновая кислота и варфарин/фенилин; 2.свежемороженая плазма; 3.стрептокиназа; 4.гепарин.

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

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

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

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

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

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

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

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

Какой основной вид физической нагрузки применяют на санаторном этапе реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда?

1. подвижные игры
2. силовые упражнения
3. дозированная тренировочная ходьба
4. трудотерапия
5. занятия на велотренажере

Что является противопоказанием к назначению разных форм ЛФК при гипертонической болезни?

1. гипертонический криз
2. единичные экстрасистолы
3. АД 150/100 мм.рт.ст.
4. АД 105/75 мм.рт.ст.
5. плохое настроение

Что относится к специальным физическим упражнениям при гипотонической болезни?

1. упражнения со статическим и динамическим усилием
2. дыхательные упражнения статического и динамического характера
3. упражнения на дистальные отделы конечностей
4. упражнения на расслабление
5. упражнения с предметом

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при острой пневмонии?

1. кашель с мокротой
2. субфебрильная температура
3. тахикардия (пульс свыше 100 уд. в мин.)
4. потливость
5. плохой сон

Задачи ЛФК на постельном режиме при острой пневмонии:

1. профилактика ателектазов
2. рассасывание экссудата
3. уменьшение дыхательной недостаточности
4. уменьшение кашля
5. нормализация ЧСС

Какие физические упражнения являются специальными на свободном режиме при острой пневмонии?

1. упражнения в расслаблении
2. динамические дыхательные упражнения
3. статические дыхательные упражнения
4. идеомоторные упражнения
5. симметричные упражнения

Какие дыхательные упражнения способствуют растяжению спаек при экссудативном плеврите?

1. динамические дыхательные упражнения с подъемом руки на больной стороне
2. динамические дыхательные упражнения с подъемом руки на здоровой стороне
3. звуковая дыхательная гимнастика
4. изометрические упражнения
5. упражнения на расслабление

Что не является противопоказанием для назначения ЛФК при заболеваниях желудка?

- а) выраженный болевой синдром
- б) многократная рвота
- в) возможность кровотечения
- г) подострая стадия заболевания

Какие этапы реабилитационного лечения применяются при гастроэнтерологических заболеваниях?

- 1) стационарный
- 2) амбулаторный
- 3) санаторный
- 4) все верно
- 5) все неверно

С учетом чего больных с инфарктом миокарда переводят на следующую ступень реабилитации?

- 1) общего состояния
- 2) данных ЭКГ
- 3) частоты пульса
- 4) уровня АД
- 5) верно все вышеперечисленное

Какая цель санаторно-курортной реабилитации реконвалесцентов после пневмонии?

- 1) предотвращение бактериальной агрессии
- 2) купирование миодистрофии
- 3) профилактика дистресс-синдрома
- 4) достижение функционального восстановления респираторной системы
- 5) восстановление трудоспособности

Какой фактор является основным в реабилитации больных хроническим колитом?

- 1) двигательный режим
- 2) светолечение
- 3) респираторная терапия
- 4) бальнеотерапия
- 5) электромиостимуляция

Какой климат наиболее показан для санаторно-курортного этапа реабилитации больных с патологией почек?

1. пустынь
2. субтропиков
3. гор
4. лесов
5. степей

Какие больные не направляются в местные санатории?

1. тяжелые больные
2. нуждающиеся в постороннем уходе
3. лица, которым противопоказана поездка на дальние расстояния
4. лица, которым противопоказан другой климат

Какие этапы реабилитационного лечения применяются при гастроэнтерологических заболеваниях?

1. стационарный;
2. амбулаторный;
3. санаторный;
4. все верно;
5. все неверно.

Какие упражнения применяются для решения задач 1-го этапа реабилитации больных бронхиально астмой?

1. диафрагмальное дыхание;
2. упражнения на расслабление;
3. велотренировки;
4. все верно;
5. все неверно.

Что лежит в основе механизма действия минеральных вод и лечебных грязей?

1. влияния температурного, химического и механического факторов;
2. местные сдвиги в кожных покровах и слизистых оболочках;
3. нервно-рефлекторные и гуморальные реакции;
4. длительность курса лечения.

Санаторно-курортное лечение противопоказано при наличии:

1. анемия легкого течения;
2. гемофилия;
3. злокачественное новообразование.

Какой основной вид физической нагрузки применяют на санаторном этапе реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда?

1. подвижные игры;
2. силовые упражнения;
3. дозированная тренировочная ходьба;
4. трудотерапия;
5. занятия на велотренажере.

Особенности ЛФК при бронхоэктазах?

1. применение упражнений на тренажерах;
2. применение дренажной гимнастики;
3. применение общефизических упражнений;
4. применение пассивных упражнений;
5. перемена исходного положения.

Скрининг онкологических заболеваний проводится:

1. у больных с выявленной опухолью;
2. среди населения старше 60 лет;
3. у лиц, ранее переболевших онкозаболеванием;
4. среди контингента, работающего на «вредных» производствах;
5. у практически здоровых людей.

Скрининг рака легкого проводится путем:

1. профилактической флюорографии;
2. анализа мокроты на атипические клетки;
3. анализа крови (СОЭ);
4. компьютерной томографии;
5. фибробронхоскопии.

В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является:

1. прием препаратов кальция с момента становления менопаузы;
2. прием препаратов витамина Д;
3. увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция;
4. назначение эстрогенсодержащих препаратов;
5. диета с низким содержанием белка.

Для профилактики поражения почек при инфекционном эндокардите необходимо назначение:

1. постельного режима;

2. диеты с ограничением белка;
3. антибактериальной терапии;
4. всего вышеперечисленного.

Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

1. иглорефлексотерапия;
2. назначение антимаediatorных препаратов;
3. назначение глюкокортикостероидов;
4. специфическая иммунотерапия;
5. физиотерапия.

К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

1. дипиридамол;
2. верапамил;
3. бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью;
4. бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности;
5. антиаритмические препараты.

Санаторно-курортное лечение больных обструктивной болезнью легких проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в: а. период обострения заболевания; б. условиях среднегорья и в равнинной местности; в. условиях морского сухого или континентального климата;

г. условиях высокогорья.

1. если правильный ответ а,б и в;
2. если правильный ответ а и в;
3. если правильный ответ б и в;
4. если правильный ответ г;
5. если правильный ответ а,б,в и г.

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

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный. непредсказуемый

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. Принцип ответственности за свое здоровье

2. Принцип комплексности
3. Принцип индивидуализации .
4. Принцип умеренности
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха.
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь»
8. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, могут быть использованы:

1. Мотивация самосохранения
2. Мотивация подчинения этнокультурным требованиям.
3. Мотивация получения удовольствия от здоровья.
4. Мотивация возможности самосовершенствования.
5. Мотивация возможности маневрировать.
6. Мотивация достижения максимально возможной комфортности
7. Все перечисленные

К мерам первичной профилактики ишемического инсульта относятся:

1. ограничение физической нагрузки;
2. коррекция повышенного артериального давления;
3. назначение препаратов ноотропного ряда.

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а. к детям и подросткам; б.к лицам, пробующим табак; в. к недавно курящим; г. к давно курящим.

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

Ожирение является фактором риска для: а. сахарного диабета; б. атеросклероза; в. желчно-каменной болезни; г. почечно-каменной болезни.

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

Что такое регулярная физическая активность?

1. занятие умеренной физической активностью 2 раза в неделю
2. занятие умеренной физической активностью 5 раз в неделю
3. занятие умеренной физической активностью 3 раза в неделю

При интенсивной физической активности затрачивается ккал в минуту:

1. 7 ккал в минуту
2. 2 ккал в минуту
3. 5 ккал в минуту

Какова оптимальная частота занятий физической активностью?:

1. 5 раз в неделю
2. 2 раза в неделю
3. 4 раза в неделю

Выделите индивидуальные факторы риска возникновения распространенных неинфекционных заболеваний.

1. алкоголь
1. радиация
2. экология

Выделите основные медико-биологические факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

1. хронические сопутствующие заболевания
2. наследственность
3. ухудшение экологии

По данным физиологов утренняя гигиеническая гимнастика должна составлять по длительности:

1. 15 минут
2. 10 минут
3. 40 минут

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

Медицинская помощь пациенту без предварительного согласия гражданина (или его законного представителя) может быть оказана:

6. в особых случаях
7. во всех случаях
8. никогда
9. верно только а
10. верных ответов нет

Аттестация общей практики на присвоение первой квалификационной категории проводится при стаже работы не менее

6. 3 лет
7. 5 лет
8. 7 лет
9. 10 лет
10. 2 лет

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

6. 1
7. 2
8. 3
9. Всех вышеперечисленных
10. Ни одного из вышеперечисленных

Формами оказания медицинской помощи являются

6. экстренная
7. неотложная
8. плановая
9. все перечисленное верно
10. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

6. моральную
7. гражданскую
8. административную (дисциплинарную)

9. уголовную
10. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

6. всех работников своего отделения
7. только резерв на выдвижение
8. врачей профильного отделения
9. старшую мед. сестру отделения
10. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

6. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
7. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
8. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
9. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
10. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
11. все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление отдельных помещений, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Сертификат специалиста действителен в течение:

- 1 год;
- 3 года;
- 5 лет;
- 7 лет;
- 10 лет.

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:

1. да;
2. нет, это функции врача нефролога.

Временная нетрудоспособность продолжительностью 6 дней наступила вне места постоянного жительства. Какой порядок оформления листка нетрудоспособности:

1. выдается лечащим врачом;

2. выдается с ведома ВК;
3. выдается лечащим врачом и заведующим отделением;
4. выдается только с разрешения главного врача.

На какой предельный срок выдается листок нетрудоспособности при протезировании в стационаре:

1. на 10 дней;
2. на 30 дней;
3. на 60 дней;
4. на весь период временной нетрудоспособности.

Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

1. врач станции скорой помощи;
2. врач станции переливания крови;
3. врач бальнеолечебницы;
4. врач отделения больницы;
5. судебно-медицинский эксперт.

Страхование здоровья граждан удостоверяется:

1. сертификатом;
2. полисом;
3. договором.

Лечение при токсикоманиях

1. обязательное;
2. принудительное;
3. добровольное;
4. верно 1 и 1.

Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования регулируются всеми перечисленными нормативными документами, кроме одного:

1. Конституция РФ;
2. Трудовой кодекс;
3. трудовой договор (контракт);
4. закон «О медицинском страховании граждан в РФ».

В соответствии с законом о медицинском страховании к субъектам медицинского страхования относятся все перечисленные, кроме одного:

1. страхователи;
2. органы управления здравоохранением;
3. страховщики;
4. медицинские учреждения;
5. застрахованные граждане.

Какие организации осуществляют первичную медико-санитарную помощь:

1. медицинские и иные организации государственной системы здравоохранения;
2. организации муниципальной системы здравоохранения;
3. организации частной системы здравоохранения;
4. индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на медицинскую деятельность;
5. все ответы верны.

Формы организации первичной медико-санитарной помощи:

1. плановая медико-санитарная помощь за счет средств пациента;
2. плановая и экстренная первичная медико-санитарная помощь;
3. только экстренная помощь, плановая помощь - платно;

4. только экстренная помощь в случае острых и обострения хронических заболеваний;
5. только плановая первичная медико-санитарная помощь.

Какие мероприятия включает первичная медико-санитарная помощь:

1. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению;
2. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний;
3. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний;
4. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации;
5. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, санитарно-гигиеническому просвещению.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

1. В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении;
2. по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника;
3. по месту выезда мобильной медицинской бригады;
4. в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому;
5. все ответы верны.

Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

1. первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь;
2. первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
3. первичная врачебная медико-санитарная помощь;
4. первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
5. первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

В соответствии какими нормативными документами оказывается первичная медико-санитарная помощь:

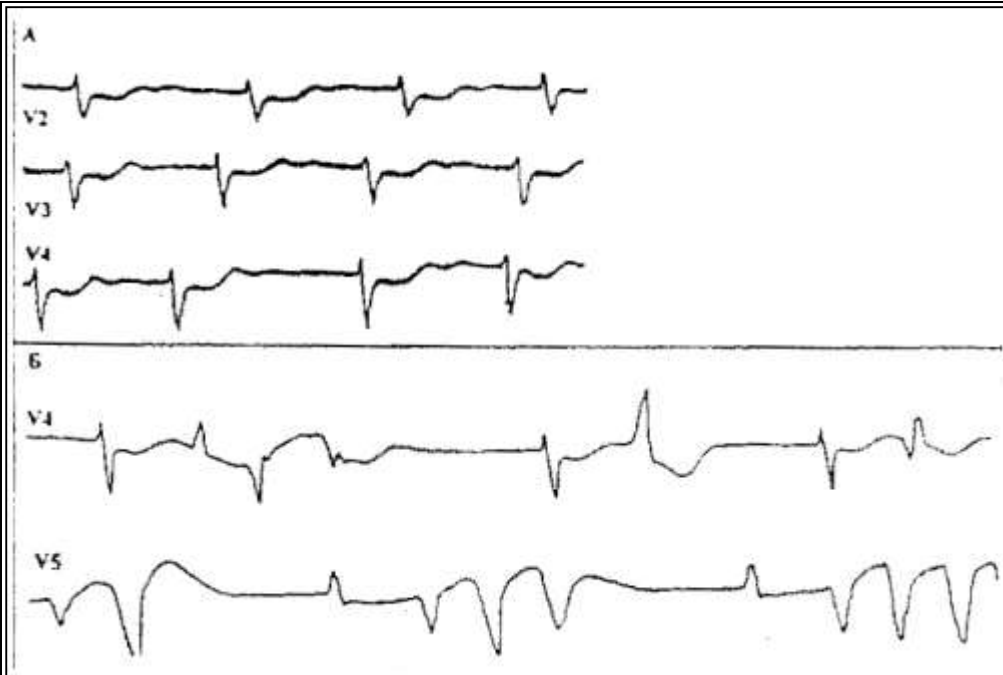
1. с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
2. приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 923н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”;
3. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006;
4. порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;
5. приказом МЗСР РФ №541 от 23. 07. 2010 года.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
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	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ЭКГ - умеренно выраженные диффузные изменения миокарда, признаки гиперкалиемии.</p>	
2	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Наследственность: в семье и среди кровных родственников больных диабетом нет.</p> <p>В настоящее время получает 2 инъекции промежуточного инсулина - протофан 10 ед. в 8 часов утра и 16 ед. в 20 часов вечера.</p> <p>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.</p> <p>Пульс ритмичный, 110 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 180/100 мм рт. ст.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Лабораторные данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уровень глюкозы в крови 7,0 ммоль/л (через час после еды); - проба Реберга: клубочковая фильтрация - 7 мл/мин; - ЭКГ: гипертрофия левого желудочка; 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

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 - 1.parasternalis + 1.5 см., в V межреберье - 1. medioclavicularis sinistra. 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 1. medioclavicularis dextra. Пастозность стоп. Повторно снята ЭКГ (рис. Б.)

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

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

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

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11


	<p>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.</p> <p>Год назад прекратились месячные.</p> <p>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 ягодичах 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.</p> <p>В анализах крови выявлено повышение уровня глюкозы крови до 12,2 ммоль/л.</p> <p>Клинический анализ крови: эритроцитоз, снижено количество лимфоцитов (13%).</p> <p>Нарушен ритм секреции кортизола, уровень его в плазме крови одинаково высокий утром и вечером.</p> <p>При проведении ночного теста с 1 мг дексаметазона подавления секреции кортизола не произошло.</p> <p>Свободный кортизол в моче значительно выше нормы.</p> <p>Содержание 17 НОС в суточной моче 21 мг/24 часа, при малой пробе Лиддла (2мг дексаметазона в течение двух дней) – количество 17 НОС - 20 мг/24 часа.</p>	
5	<p>Больной 61 год.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 кг/м². 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 1. 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.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
6	58-летняя женщина обратилась к вам в связи с выявленной у нее гипохромной	УК-1, ПК-1, ПК-

	<p>анемией.</p> <p>При расспросе у нее выявлены: утомляемость, плохая переносимость холода, сонливость, запоры.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. $3,4 \times 10^{12}/л$, гем.- 108 г/л, цв. пок. 0,7, лейкоц. $4,8 \times 10^9/л$, э-1. б-1, п-4, с-50, лимф.-37, м-6, СОЭ-17 мм/ч. Холестерин-7,08 ммол/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 йода через 24 часа- 23% (норма 10-40%).</p>	<p>2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>7</p>	<p>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.</p> <p>При расспросе выявлено, что у больной частый, кашицеобразный стул, сократилось число дней менструального кровотечения.</p> <p>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.</p> <p>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%.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>8</p>	<p>Е.К., 63 года, пенсионерка.</p> <p>Жалобы: Слабость, одышка при физической нагрузке, головные боли, периодические эпизоды головокружения, умеренные боли в позвоночнике и костях таза.</p> <p>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.</p> <p>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 мм Нг. 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.</p> <p>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.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

	<p>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:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Кровь</td> <td style="text-align: center;">Моча</td> </tr> <tr> <td>к цепь</td> <td style="text-align: center;">3,18 мкг/мл (норма)</td> <td style="text-align: center;">5,6 мкг/мл (норма)</td> </tr> <tr> <td>λ цепь</td> <td style="text-align: center;">24 мкг/мл (N – 0,2-1,2)</td> <td style="text-align: center;">0,4 мкг/мл (N – 0,001 – 0,004)</td> </tr> </table> <p>Рентгенография грудного отдела позвоночника: диффузный остеопороз, остеохондроз, клиновидность тел Th VI, VII, VIII; поясничного отдела позвоночника: диффузный остеопороз; костей таза: диффузный остеопороз, очаг деструкции в проекции лонной кости справа диаметром 2 см.</p>		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)	
	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)									
<p>9</p>	<p>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 мм Hg. 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. Имунофенотипирование бластных клеток – CD19+, CD10+, цитоплазматический Jg+, поверхностный Jg -.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>									
<p>10</p>	<p>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</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>									


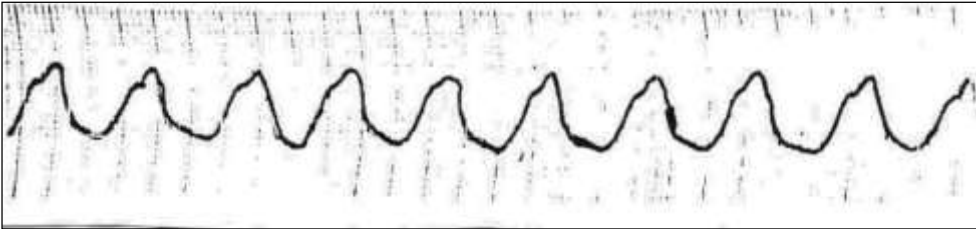
	<p>мин. АД – 135/80 мм рт.ст. Печень – у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена. Лабораторные данные: Гем. – 130 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$/л, тр. – 600×10^9/л, лейкоц. – $28,4 \times 10^9$/л, э. – 3, б. – 3, миелоциты – 12, мета – 15, п. – 18, с. – 20, лимф. – 30, м. – 5. СОЭ – 7 мм/час.</p>	
11	<p>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°. Зев гиперемирован, миндалины увеличены с 2-х сторон, рыхлые, с некротическими налетами. Пульс 108 в 1 мин., ритмичен. АД – 120/80 мм Hg. 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. – 190×10^9/л, лейкоц. – $0,8 \times 10^9$/л, п. – 1, с. – 2, лимф. – 33, м. – 2 (сосчитано 38 клеток). СОЭ – 28 мм/час.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
12	<p>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 мм Hg. 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. – 180×10^9/л, лейкоц. – 58×10^9/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 +++.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
13	<p>Ю.А., 36 лет, учительница</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-</p>

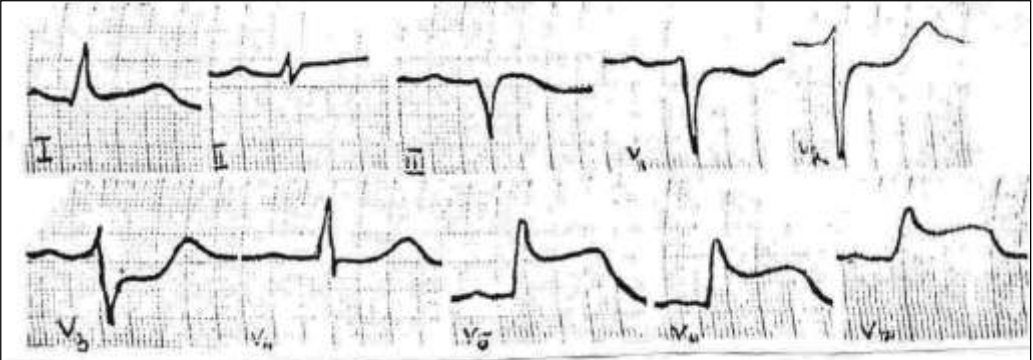

	<p>Жалобы Резкая слабость, головокружение, кратковременные обморочные состояния, шум в ушах, резкое снижение работоспособности.</p> <p>Анамнез заболевания Ухудшение общего самочувствия в течение 4-6 месяцев, постепенно нарастала слабость, вялость, появились приступы головокружения. Около 2-х месяцев 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.</p> <p>Анамнез жизни Аутоиммунный тиреоидит.</p> <p>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 мм Нг. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненное. Периферических отеков нет.</p> <p>Лабораторные данные Гем. – 36 г/л, эр. – $1,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 1,1; рет. – 0,5%, тр. – $48 \times 10^9/л$, лейкоц. – $2,4 \times 10^9/л$, э. – 1, б. – 1, п. – 3, с. – 35, лимф. – 50, м. – 10. СОЭ – 14 мм/час.</p>	2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
14	<p>Т.А., 43 года, домохозяйка</p> <p>Жалобы Резкая слабость, снижение работоспособности, шум в ушах, головокружение, эпизоды потери сознания, желтушность кожных покровов.</p> <p>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.</p> <p>Анамнез жизни В течение 15 лет страдает атопической бронхиальной астмой, кортикостероиды никогда не получала.</p> <p>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 мм Нг. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧД – 18 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край безболезненный, эластичный, ровный.</p> <p>Селезенка выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненна при пальпации.</p> <p>Моча темная. Стул оформлен, обычной окраски.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Анализ мочи Уробилин +++.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>15</p>	<p>Л.И., 38 лет, служащая</p> <p>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.</p> <p>Анамнез заболевания Больная отмечает плохое самочувствие в течение последних 3-5 лет, резкого ухудшения состояния в настоящее время нет.</p> <p>Анамнез жизни Профессиональные вредности отрицает. В течение последних 2-х лет – хронический гастрит.</p> <p>Объективно Общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ногти – койлонихии. Пульс – 78 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД – 120/75 мм Нг. 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.</p> <p>Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Периферических отеков нет.</p> <p>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.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>16</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>  <p>Анамнез жизни: В прошлом практически здорова, серьезных заболеваний не было, всегда была физически активна, ходила на лыжах, посещала бассейн.</p> <p>Гинекологический анамнез без особенностей, роды 1 без осложнений.</p> <p>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.</p> <p>На ЭКГ сразу после осмотра больной:</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>



<p>17</p>	<p>Больная К., 19 лет, студентка. Поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышенную утомляемость, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, “перебои” 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.parasternalis sinistra + 1 см и в III - IV межреберьях справа: 1.sternalis dextra + 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.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>18</p>	<p>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 острая ревматическая лихорадка, 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 голени.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>19</p>	<p>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</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

	<p>самостоятельно. Последние 2 приступа были более длительными. Очередной приступ возник в стационаре и длится уже около 30 минут, сопровождается слабостью и потливостью.</p> <p>Анамнез жизни: Другие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена.</p> <p>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.</p> <p>Снята ЭКГ:</p> 	
20	<p>К больной 71 года вызван врач "Скорой помощи".</p> <p>Жалобы на одышку и сердцебиение в течение 15 минут.</p> <p>Анамнез заболевания: Перенесла инфаркт миокарда в 1990 и 2000 г.</p> <p>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.</p> <p>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. medioclavicularis sin. + 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.</p> <p>На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной:</p> 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
21	<p>К больному А., 46 лет, руководителю отдела, вызван врач "Скорой помощи"</p> <p>Жалобы на сжатие за грудиной в течение часа с иррадиацией в шею и спину, нехватку воздуха, холодный пот.</p> <p>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.</p> <p>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"</p> <p>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.</p> <p>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 наружи от срединноключичной линии. I тон ослаблен, 3-х членный ритм. ЧД-28 в 1 минуту. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий,</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>безболезненный, печень у края реберной дуги. ЭКГ имеет следующий вид:</p> 	
22	<p>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 голени. ЭКГ:</p> 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
23	<p>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 острую ревматическую лихорадку с формированием комбинированного аортального порока сердца с преобладанием стеноза. В течение последующих десяти лет наблюдалась у ревматолога и регулярно получала профилактику острой ревматической лихорадки. 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</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

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:		Анализ мочи:	
Эритроциты	2,9x10 ¹² /л	цвет	соломенно-желтый
Гемоглобин	100 г/л	реакция	кислая
Цветной показатель	0,89	удельный вес	1026
Лейкоциты	11,8x10 ⁹ /л	белок	0,231 г/л
П	12%	сахар	нет
Н	80%	эритроциты	5-7 в п/зр.
Лимфоциты	2%	лейкоциты	1-3 в п/зр.
М	6%	цилиндры	4-5 в п/зр.
Тр.	140x10 ⁹ /л	эпителий	1-4 в п/зр.
СОЭ	46 мм в час		

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.

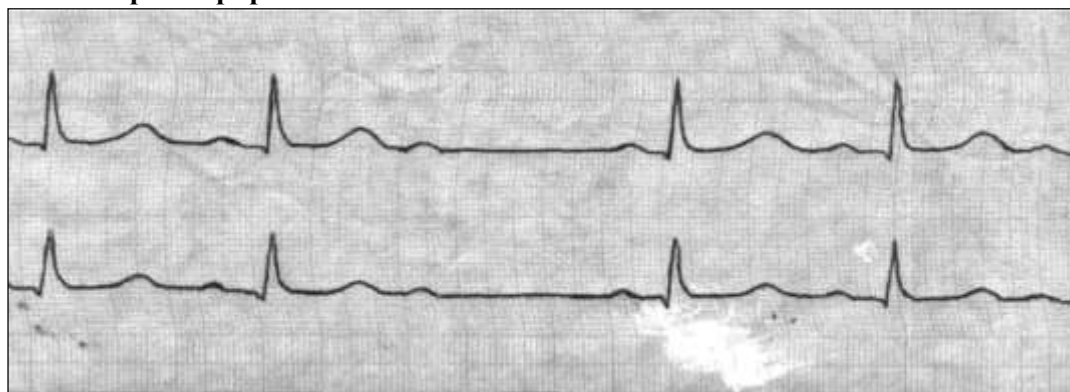
Считает себя больной в течение двух недель, когда после переохлаждения появилась небольшая слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, субфебрильная температура. Симптомы заболевания были выражены умеренно, поэтому к врачу не обращалась, продолжала посещать занятия в институте, лечилась “домашними” 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. mediaclavicularis sin.* 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.



УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>25</p>	<p>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.</p> <p>Анамнез заболевания: загрудинный 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.</p> <p>После возвращения загрудинный 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.</p> <p>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.</p> <p>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 парастернальной линии, в V – по срединноключичной линии, в VI - на 2 см кнаружи от срединноключичной линии.</p> <p>При аускультации: ослабление I и II тонов сердца, интенсивный скребущий, близкий к “гулу”, 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.</p> <p>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.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>26</p>	<p>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.</p> <p>При физикальном обследовании обнаруживается грубый систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. Пульс 72 в 1 мин.,</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

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 %

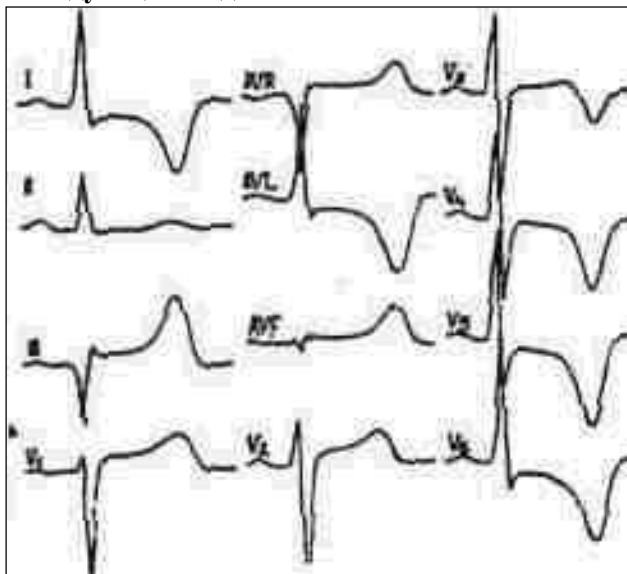
Межжелудочковая перегородка гипокинетична.

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 I степени.

ЭКГ имеет следующий вид:



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. Неделю 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 парастеральной линии. Границы относительной сердечной

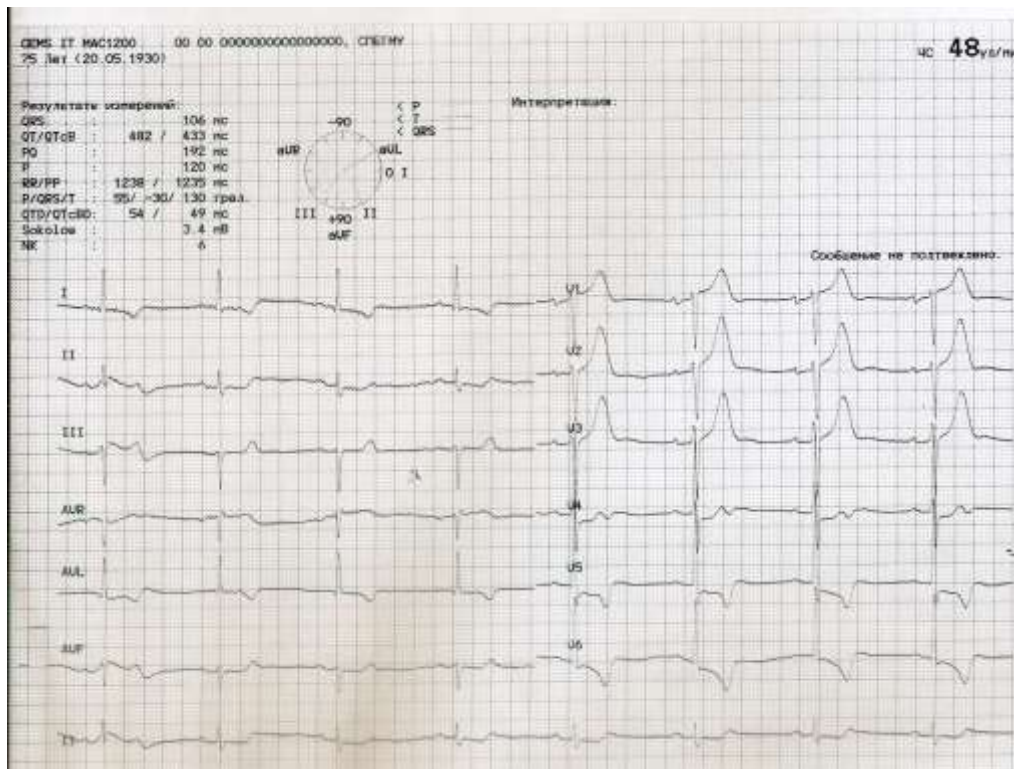
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>тупости слева: во II межреберья – 2 см снаружи от срединноключичной линии, в III межреберья – 3 см снаружи от срединноключичной линии в V межреберья – на 4 см снаружи от срединноключичной линии.</p> <p>Верхушечный толчок ослаблен и прощупывается в V межреберья на 3 см кнутри от сердечной тупости. Тоны сердца глухие. Шумы не выслушиваются.</p> <p>Число дыханий 24 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное.</p> <p>Верхняя граница относительной печеночной тупости в V м/р, край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, чувствительный при пальпации.</p> <p>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.</p>	
28	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Родители болели гипертонической болезнью. Мать умерла от инсульта, отец - от инфаркта миокарда.</p> <p>Больная до 55 лет работала участковым терапевтом, последний год - пенсионерка.</p> <p>Менопауза с 50 лет. С этого времени прибавила в весе 13 кг.</p> <p>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 снаружи 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.</p> <p>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.</p> <p>Глазное дно: Артерии сужены, вены расширены. Сосок зрительного нерва не изменен.</p> <p>ЭКГ имеет следующий вид:</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>29</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 удлинен, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп ослаблена.</p> <p>В момент осмотра развился очередной приступ болей за грудиной. Врач срочно снял ЭКГ на высоте болей.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>
<p>30</p>	<p>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.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-</p>

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.



9, ПК-10, ПК-11

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, фиксирован 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.medioclavicularis sinistra, справа в IV межреберья – l.parasternalis dextra. 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

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

I.medioclavicularis dex. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. На снятой ЭКГ:



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:

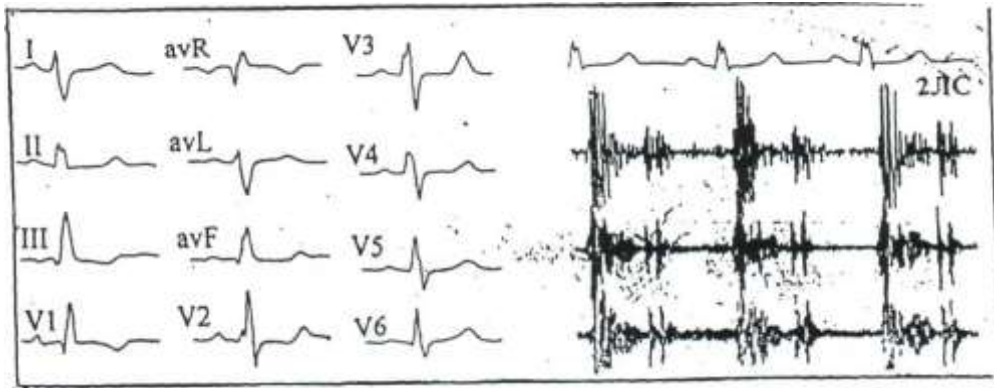


УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

33

Пациентка 27 лет, ранее считавшая себя практически здоровой обратилась

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-

	<p>на прием к врачу в связи с появившейся одышкой при выполнении значительной, а потом обычной физической нагрузки.</p> <p>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. medioiclavicularis dextra. Периферических отеков нет.</p> 	9, ПК-10, ПК-11
34	<p>Больной Н., 45 лет, инженер.</p> <p>Жалобы на выраженную слабость, нарастающую адинамию, тошноту, рвоту, понос, судороги, сухость во рту, боли ноющего характера по всему животу.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>Лабораторные данные:</p> <p>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.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
35	<p>Больная Т., 62 года, пенсионерка</p> <p>Доставлена в клинику машиной “скорой помощи” в бессознательном состоянии.</p> <p>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</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Гликемия – 2,2 ммоль/л, сахара в моче нет.</p>	
36	<p>Студентка А., 22 лет доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на тошноту, повторную рвоту, боли в животе.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Пульс – 106 уд. в мин., ритмичный. АД – 100/60 мм рт.ст.</p> <p>Живот безболезненный при пальпации, кишечные шумы не выслушиваются, имеются симптомы раздражения брюшины.</p> <p>Лабораторные данные: Лейкоциты – 14×10^6/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; глюкоза 27,8 ммоль/л; гематокрит – 56%.</p> <p>Предположительный диагноз хирурга: острая кишечная непроходимость у больной сахарным диабетом.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Тема (раздел) 3 – Вопросы смежных специальностей.

Хирургические болезни

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить:

1. стеноз привратника;
2. пенетрацию;
3. малигнизацию;
4. перфорацию;
5. демпинг-синдром.

Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:

1. рентгенологический;
2. эндоскопический;
3. кал на скрытую кровь;

4. желудочный сок с гистамином;
5. эндоскопия с биопсией.

У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку тухлым яйцом, рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного:

1. пенетрация;
2. перфорация;
3. кровотечение;
4. стеноз привратника;
5. малигнизация.

У больного жалобы на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 ч после еды и натощак. Этот симптом предположительно указывает на наличие:

1. хронического гастрита;
2. язвенной болезни желудка;
3. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
4. холецистита;
5. панкреатита.

Высокий уровень амилазы сыворотки может быть при всех состояниях, за исключением:

1. разрыва панкреатической кисты;
2. хронической застойной сердечной недостаточности;
3. внематочной беременности;
4. свинки;
5. острого панкреатита.

Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

1. лейкоцитоз;
2. уровень аминотрансфераз крови;
3. уровни амилазы крови и мочи;
4. уровень щелочной фосфатазы;
5. гипергликемия.

Только прямая (конъюгированная) гипербилирубинемия характерна для:

1. гемолитической желтухи;
2. печеночно-клеточной желтухи;
3. внепеченочного холестаза;
4. внутripеченочного холестаза;
5. нарушения захвата и связывания билирубина.

Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

1. язвенной болезни;
2. холелитиазе;
3. постгастрорезекционном синдроме;
4. хроническом колите;
5. лямблиозе.

При травматическом шоке обычно наблюдаются:

1. артериальная гипотензия и брадикардия;
2. венозная гипертензия и тахикардия;
3. артериальная и венозная гипотензия с тахикардией;
4. артериальная гипотензия и венозная гипертензия;
5. артериальная гипертензия и брадикардия.

Выберите симптом не характерный для декомпенсированного инфекционно-токсического шока:

1. снижение АД;
2. тотальный цианоз;
3. венозные стазы;
4. гипертермия;
5. нарушение сознания.

Дивертикул Меккеля возникает:

1. на тощей кишке;
2. на подвздошной кишке вследствие незаращения желточного протока;
3. на восходящем отделе ободочной кишки;
4. как следствие аппендэктомии.

Симптомы аппендикулярного инфильтрата все, кроме:

1. субфебрильной температуры;
2. длительности заболевания 4-5 дней;
3. профузных поносов;
4. повышение числа лейкоцитов крови;
5. пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области.

После приема алкоголя у больного 30 лет появились опоясывающие боли, имела место неукротимая рвота, состояние тяжелое, пульс - 120 ударов в минуту, акроцианоз, живот резко болезненный в верхних отделах, имеет место притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш диагноз:

1. перфоративная язва желудка, перитонит;
2. острая механическая кишечная непроходимость;
3. геморрагический панкреонекроз;
4. паралитическая кишечная непроходимость;
5. тромбоз сосудов брыжейки.

В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:

1. микробной флоре;
2. плазмоцитарной инфильтрации;
3. микроциркуляторным нарушениям;
4. аутоферментной агрессии;
5. венозному стазу.

Жировой панкреонекроз развивается в результате:

1. протеолитического некролиза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов;
2. воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки;
3. повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов;
4. спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза;
5. присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита.

Поперечная болевая резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома:

1. Мейо – Робсона;
2. Керге;
3. Грея – Тернера;
4. Мондора;
5. Воскресенского.

Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет произвести:

1. оценку состояния большого дуоденального сосочка;
2. подтверждение факта наличия острого панкреатита;

3. уточнение локализации процесса в поджелудочной железе;
4. определение распространенности поражения железы;
5. установление формы острого панкреатита.

Развитие метеоризма у больных острым панкреатитом обусловлено:

1. сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы;
2. частой неукротимой рвотой;
3. парезом кишечника;
4. дефицитом панкреатических гормонов;
5. ферментативной недостаточностью поджелудочной железы.

Наиболее частым симптомом острого панкреатита является:

1. тошнота и рвота;
2. гипертермия;
3. желтуха;
4. вздутие живота;
5. боли в верхней половине живота.

К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

1. панкреатический шок;
2. острая печеночная недостаточность;
3. абсцесс сальниковой сумки;
4. панкреатогенный перитонит;
5. геморрагический панкреатит.

Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли:

1. ноющие;
2. опоясывающие;
3. схваткообразные;
4. кинжальные;
5. тупые.

У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14-й день заболевания появились гектическая температура, озноб, тахикардия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, инфильтрат в эпигастрии.

Это:

1. холангит;
2. пневмония;
3. киста поджелудочной железы;
4. забрюшинная флегмона;
5. нагноившаяся псевдокиста поджелудочной железы;

Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. в первые двое суток от начала заболевания;
2. на 3-4 сутки с момента заболевания;
3. на 7-9 сутки от начала заболевания;
4. через 2-4 недели после аппендэктомии.

Укажите признаки, характерные для синдрома Курвуазье:

1. желтушное окрашивание кожи и склер;
2. непальпируемый сморщенный желчный пузырь;
3. пальпируется воспаленный и болезненный желчный пузырь;
4. пальпируется увеличенный, эластичный и безболезненный желчный пузырь при наличии желтушного окрашивания кожи и склер;
5. увеличение размеров печени.

Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

1. отечному панкреатиту;

2. жировому панкреонекрозу;
3. геморрагическому панкреонекрозу;
4. гнойному панкреатиту;
5. такие изменения не характерны для острого панкреатита.

Наиболее подверженными метастазированию при раке желудка являются:

1. регионарные лимфоузлы;
2. печень;
3. вирховская железа;
4. дугласово пространство;
5. легкие.

У 25-летней женщины с сывороточным билирубином 105 мкмоль/л (преимущественно непрямая фракция), нормальным содержанием щелочной фосфатазы, АЛТ увеличено в 10 раз, по данным УЗИ желчный пузырь 5/4/3 см, стенки не утолщены, в просвете конкремент 1,2 см; холедох в диаметре 0,7 см. Наиболее вероятен диагноз:

1. острый гепатит, ЖКБ;
2. только ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха;
3. холецистолитиаз и холедохолитиаз;
4. рак головки поджелудочной железы;
5. панкреатит.

Какие из нижеперечисленных оперативных вмешательств наиболее часто осложняются послеоперационным панкреатитом?

1. резекция желудка по Бильрот I;
2. резекция желудка по Бильрот II;
3. ваготомия с пилоропластикой;
4. проксимальная селективная ваготомия;
5. холецистэктомия.

В чем заключается основа современной теории этиологии дыхательной недостаточности при панкреатите?

1. массивная плевральная экссудация;
2. некроз легочной паренхимы вследствие циркуляции амилазы;
3. химическая пневмония;
4. бронхоспазм;
5. денатурация сурфактанта.

Выберите клинический симптом, который определяет тактику ведения больного с травмой почки:

1. боли в поясничной области;
2. тахикардия;
3. падение артериального давления;
4. бледность кожных покровов;
5. выраженный метеоризм.

Каким индексом по международной классификации TNM определяют поражение регионарных к опухоли лимфатических узлов:

1. T;
2. N;
3. M;
4. G.

Основными рентгенологическими признаками рака являются:

1. тень опухоли или дефект наполнения;
2. обрыв складок слизистой;
3. деформация контуров органа;
4. все ответы правильные.

Молниеносная форма анафилактического шока характеризуется:

1. агональным дыханием, резким падением артериального давления, развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2-3 минут
2. удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом
3. крапивницей, отеком Квинке, кожным зудом
4. мгновенной остановкой сердца и дыхания на введение аллергена
5. головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией

При гипергликемической коме:

1. происходит внезапная потеря сознания
2. наблюдается постепенное снижение сознания до полной потери
3. наблюдается двигательное возбуждение с последующей потерей сознания
4. сознание сохранено
5. все перечисленное верно

При гипергликемической коме наблюдается:

1. дыхание Чейн - Стокса
2. дыхание Куссмауля
3. обычное дыхание
4. апноэ
5. дыхание Биотта

Абсолютным признаком развившегося астматического состояния является:

1. одышка с удлиненным выдохом
2. дистанционные сухие хрипы
3. вынужденное положение больного
4. участки немого легкого при аускультации

Для средней степени переохлаждения характерно:

1. заторможенность, мышечная дрожь, тахипноэ, тахикардия, судороги
2. спутанность сознания, "мраморная" кожа, поза "скрючившегося человека", брадипноэ, брадикардия, гипотония
3. сопор, бледность кожных покровов, судороги, гипотония, тахипноэ
4. спутанность сознания, возбуждение, бледность кожных покровов, брадипноэ, гипотония
5. сопор, "мраморная" кожа, тахикардия, гипотония, брадипноэ

Больной без сознания обнаружен родственниками лежащим на полу. Обстоятельства заболевания не известны. Сознание - кома. Кожа бледная, влажная. Зрачки резко сужены. На свет не реагирует, дыхание поверхностное. Из полости рта - обильное пенное отделяемое. В легких - разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие. ЧСС - 56 ударов в минуту, АД - 125/60 мм рт. ст. Мышечный тонус повышен, живот умеренно вздут. На полу следы рвоты. Ваши предположения:

1. отек легких
2. отравление барбитуратами
3. острое нарушение мозгового кровообращения
4. отравление фосфорорганическими соединениями
5. отравление прижигающей жидкостью

Шоковый индекс Альговера – это:

1. отношение ЧСС к систолическому АД
2. отношение ЧСС к диастолическому АД
3. отношение АД к ЧСС
4. соотношение МОК и ОПС
5. соотношение ОПС и МОК

Из каких минимально достаточных мероприятий складывается экстренная (первичная) диагностика смерти?

1. Выполнение ЭКГ, спирографии.
2. Экстренное определение электролитов крови, количества эритроцитов и гемоглобина.
3. Аускультация дыхательных шумов, сердечных тонов, измерение АД.
4. Оценка сознания, дыхания, пульса на магистральных артериях.
5. Поиск признаков биологической смерти

Какой способ диагностики является наиболее быстрым и простым, но однозначно указывающим на остановку сердца/кровообращения и необходимость проведения массажа сердца?

1. Проверка пульса на магистральных артериях (сонная у взрослых, детей и плечевая/бедренная у детей до года).
2. Аускультация сердечных тонов.
3. Визуальная пульсация брюшной аорты.
4. Оценка цвета кожного покрова.
5. Выполнение ЭКГ

Укажите правильный набор абсолютных признаков биологической смерти?

1. Трупное окоченение, высыхание, гипостазы/пятна, охлаждение, аутолиз.
2. Трупное окоченение, максимальное расширение зрачков, высыхание, гипостазы/пятна, охлаждение.
3. Трупное окоченение, высыхание, мраморная окраска кожи, цианоз, охлаждение, аутолиз.
4. Травмы, несовместимые с жизнью; наличие хронических заболеваний в терминальной стадии, неизбежным исходом которых является смерть.
5. Остановка дыхания, отсутствие сознания, отсутствие пульса

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

Первичная хирургическая обработка раны — это:

1. иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов;
2. промывание раны;
3. удаление из раны сгустков крови и инородных тел;
4. наложение на рану вторичных швов.

При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано:

1. консервативное лечение;
2. оперативное лечение – аппендэктомия;
3. оперативное лечение - подведение тампонов к инфильтрату.

Вы подозреваете у больного абсцесс дугласова пространства. Какое исследование необходимо произвести для его диагностики:

1. ректороманоскопию;
2. пальцевое исследование прямой кишки;
3. перкуссию и аускультацию живота;
4. лапароскопию;
5. обзорную рентгенографию брюшной полости.

Какие мероприятия проводят при остром катаральном (простом) аппендиците:

1. холод местно, обезболивающие препараты и спазмолитики с динамическим наблюдением за больным;
2. производят только аппендэктомию;
3. производят аппендэктомию и дренирование брюшной полости;
4. производят аппендэктомию с ревизией терминального отдела подвздошной кишки и органов малого таза.

Противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците является:

1. инфаркт миокарда;
2. беременность 36-40 недель;
3. непереносимость наркотических анальгетиков;
4. аппендикулярный инфильтрат;
5. нарушение свертываемости крови.

Что наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит?

1. пузырь со льдом;
2. антибиотики;
3. промывание желудка;
4. слабительное или клизму;
5. экстренную лапаротомию.

У больной 65-ти лет поставлен диагноз острого холецистита. Давность заболевания - 36 часов. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, пульс - 90 ударов в минуту, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, положительные симптомы Мерфи, Ортнера. Симптомов раздражения брюшины нет. Какова Ваша тактика?

1. показана экстренная операция;
2. показана только консервативная терапия, включая антибиотики;
3. показана консервативная терапия, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов - операция в срочном порядке;
4. показана холецистэктомия после часовой подготовки к операции;
5. лечебная тактика определяется наличием камней в желчном пузыре.

Показанием к наложению билиодигестивного анастомоза при ЖКБ является:

1. стреловидная стриктура терминального отдела холедоха;
2. неудалимое препятствие в дистальном отделе холедоха;
3. дуоденостаз;
4. отключенный желчный пузырь.

Больному, ранее перенесшему операцию холецистэктомии, дренирование холедоха по поводу холедохолитиаза, вы поставили диагноз рубцового сужения фатерова соска. Ваши дальнейшие действия:

1. консервативное лечение - назначение спазмолитических препаратов;
2. операция – холецистостомия;
3. операция - холедохотомия и дренирование холедоха по Вишневному или Федорову;
4. операция - трансдуоденальная папиллотомия или эндоскопическая папиллотомия.

Вы оперируете больного по поводу гангренозного холецистита и местного перитонита. Ваша тактика?

1. холецистэктомия и оставление микроирригатора для введения антибиотиков;
2. операцию ограничить введением тампонов вокруг некротизированного желчного пузыря;
3. холецистэктомия, ушивание брюшной полости наглухо, послеоперационное введение больших доз антибиотиков;
4. холецистэктомия с дренированием подпеченочного пространства и оставлением микроирригатора для введения антибиотиков;
5. операция холецистостомии;
6. холецистэктомия и тампонада ложа желчного пузыря.

Вы поставили диагноз: острый панкреатит, отечная форма. Какова Ваша тактика?

1. экстренная операция;
2. операция после 2-4 часовой подготовки;
3. консервативное лечение.

Основным в патогенетическом лечении острого панкреатита является:

1. подавление секреторной функции pancreas;
2. ликвидация гиповолемии;
3. инактивация панкреатических ферментов;
4. назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
5. введение цитостатиков.

При выявлении отечного панкреатита во время операции показано:

1. ушивание раны без какого-либо хирургического пособия;
2. наложение холецистостомы;
3. дренирование сальниковой сумки;
4. холецистэктомия и резекция поджелудочной железы;
5. резекция поджелудочной железы.

Для купирования болевого приступа при остром панкреатите не применяется:

1. вагосимпатическая блокада;
2. перидуральная анестезия;
3. паранефральная блокада;
4. блокада круглой связки печени;
5. морфин.

Больному с панкреатитом в первые сутки назначается:

1. стол 15;
2. стол 5а;
3. стол 9;
4. стол 10;
5. голод.

Условия для заживления раны первичным натяжением:

1. края ровные, хорошо соприкасаются;
2. края неровные, между ними значительный промежуток;
3. нагноение раны;
4. инородное тело в ране.

Постановка дренажа в подпеченочное пространство после обычной холецистэктомии в наибольшей мере оправдывается возможностью:

1. кровотечения из пузырной артерии;
2. желчеистечения из ходов Люшке;
3. предотвращения сращений с ложем желчного пузыря;
4. забытых камней;
5. инфекции;
6. кровотечением из ложа желчного пузыря.

При септическом шоке у больного с крупозной пневмонией необходимо:

1. ингаляция паров нашатырного спирта, п/к кофеин и кордиамин;
2. в/в капельно норадреналин 0,2%1,0 на 250 мл физраствора, в/в преднизолон 90-120 мг;
3. в/м сульфаквамфокаин 2,0, анальгин 50 %2,0 в/м.

Единственно правильным действием при обнаружении на мониторе ФЖ/ЖТ будет?

1. интубация трахеи и санация трахеобронхиального дерева;
2. электрическая дефибрилляция;
3. создание венозного доступа и введение 1 мг адреналина;
4. создание венозного доступа и введение 300 мг кордарона;
5. создание венозного доступа и введение лидокаина в дозе 1,5 мг/кг.

При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:

1. на верхней трети грудины;
2. на границе верхней и средней трети грудины;

3. в центре грудной клетки между сосками;
4. над мечевидным отростком грудины;
5. в пятом межреберном промежутке слева.

Основной способ поддержания проходимости дыхательных путей без воздуховода:

1. тройной прием Сафара;
2. запрокидывание головы.

Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение:

1. горизонтальное, на спине с твердой основой;
2. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру);
3. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу);
4. Лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога;
5. расположение больного значения не имеет. Реанимационные мероприятия должны оказываться без малейшего промедления.

Какие действия необходимо выполнить для восстановления проходимости дыхательных путей любому пациенту при проведении СЛР?

1. запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти и санация ротоглотки;
2. коникотомия;
3. прием Хаймлека;
4. придать телу пациента положение с возвышенным головным концом;
5. трахеостомия.

Какое устройство поможет избежать западения языка и широко используется в рамках базовой СЛР?

1. языкодержатель;
2. игла для пришивания языка к воротничку рубашки;
3. желудочный зонд;
4. воздуховод;
5. комбитьюб.

Для купирования фибрилляции желудочков необходимо:

1. произвести дефибрилляцию асинхронным разрядом максимальной энергии;
2. произвести дефибрилляцию синхронизированным разрядом максимальной энергии;
3. ввести 300 мг амиодарона внутривенно;
4. ввести 120 мг лидокаина внутривенно.

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне

4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на органах грудной клетки?

1. наличие мокроты
2. легочное кровотечение
3. субфебрильная температура тела
4. АД 130/80 мм.рт.ст.
5. плохое настроение

Каковы сроки назначения ЛФК после неосложненной аппендэктомии?

1. через сутки
2. после снятия швов
3. перед выпиской из стационара
4. после выписки из стационара
5. после нормализации стула

Каковы особенности ЛФК после операций по поводу ранений брюшной полости?

1. учитывать наличие каловых свищей
2. применение упражнений на натуживание
3. использование частой смены исходных положений

4. использование снарядов
5. использование дыхательных упражнений

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

Состояние психической напряжённости называют:

1. нарушением процесса саморегуляции;
2. гипермобилизацией организма;
3. стрессом;
4. дистрессом;
5. утомлением.

Эмоциональное напряжение это:

1. напряжение, вызванное конфликтными условиями;
2. напряжение, вызванное необходимостью поддержания готовности рабочих функций в условиях отсутствия работы;
3. связь борьбы мотивов с выбором критериев для принятия решения;
4. напряжение, связанное с временным снижением работоспособности;
5. напряжение, связанное с длительным отсутствием работоспособности.

Психогенные изменения настроения возникает под влиянием:

1. взрыва эмоций
2. приёмом алкоголя, транквилизаторов, наркотиков
3. монотонии
4. политонии
5. физического напряжения

Какие направления существуют в формировании здорового образа жизни?

1. создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;
2. преодоление низкой физической активности гиподинамией;
3. экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды;
4. преодоление, уменьшение факторов риска здоровью;
5. правильное питание.

К мерам первичной профилактики ишемического инсульта относятся:

4. ограничение физической нагрузки;
5. коррекция повышенного артериального давления;
6. назначение препаратов ноотропного ряда.

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а. к детям и подросткам; б. к лицам, пробующим табак; в. к недавно курящим; г. к давно курящим.

6. если правильны ответы а, б и в;
7. если правильны ответы а и в;
8. если правильны ответы б и г;
9. если правильный ответ г;
10. если правильны ответы а, б, в и г.

Ожирение является фактором риска для: а. сахарного диабета; б. атеросклероза; в. желчно-каменной болезни; г. почечно-каменной болезни.

6. если правильны ответы а, б и в;
7. если правильны ответы а и в;

8. если правильны ответы б и г;
9. если правильный ответ г;
10. если правильны ответы а, б, в и г

Основные способы формирования здорового образа жизни:

1. искоренение вредных привычек
2. лечение хронических заболеваний
3. реабилитация пациентов

Что такое регулярная физическая активность?

1. занятие умеренной физической активностью 2 раза в неделю
2. занятие умеренной физической активностью 5 раз в неделю
3. занятие умеренной физической активностью 3 раза в неделю

При интенсивной физической активности затрачивается ккал в минуту:

1. 7 ккал в минуту
2. 2 ккал в минуту
3. 5 ккал в минуту

Какова оптимальная частота занятий физической активностью?:

1. 5 раз в неделю
2. 2 раза в неделю
3. 4 раза в неделю

Выделите индивидуальные факторы риска возникновения распространенных неинфекционных заболеваний.

1. алкоголь
2. радиация
3. экология

Выделите основные медико-биологические факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

1. хронические сопутствующие заболевания
4. наследственность
2. ухудшение экологии

По данным физиологов утренняя гигиеническая гимнастика должна составлять по длительности:

1. 15 минут
2. 10 минут
3. 40 минут

Индекс массы тела в норме:

1. 30-35
5. 18-24,9
2. 25-30

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

Медицинская помощь пациенту без предварительного согласия гражданина (или его законного представителя) может быть оказана:

1. в особых случаях
2. во всех случаях
3. никогда
4. верно только а

5. верных ответов нет

Аттестация общей практики на присвоение первой квалификационной категории проводится при стаже работы не менее

1. 3 лет
2. 5 лет
3. 7 лет
4. 10 лет
5. 2 лет

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

1. 1
2. 2
3. 3
4. Всех вышеперечисленных
5. Ни одного из вышеперечисленных

Формами оказания медицинской помощи являются

1. экстренная
2. неотложная
3. плановая
4. все перечисленное верно
5. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

1. моральную
2. гражданскую
3. административную (дисциплинарную)
4. уголовную
5. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

1. всех работников своего отделения
2. только резерв на выдвижение
3. врачей профильного отделения
4. старшую мед. сестру отделения
5. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

- a. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- b. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
- c. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
- d. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
- e. Все перечисленное верно

Сертификат специалиста действителен в течение:

1. 1 год;
2. 3 года;
3. 5 лет;
4. 7 лет;
5. 10 лет.

К функциональным обязанностям руководителя медицинского учреждения относятся

1. работа с кадрами
2. определение целей и задач деятельности подразделений
3. организация деятельности подразделений
4. осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
5. оформление листков нетрудоспособности

К видам управленческих решений относятся

1. приказы
2. распоряжения
3. план работы
4. методические рекомендации
5. верных ответов нет

Успешное руководство предполагает следующие умения руководителя

1. определение цели, перспектив, проблем медицинской организации
2. организация работы коллектива по достижению цели
3. удовлетворение потребности управлять
4. стимулирование конкуренции сотрудников
5. обеспечение мотивации сотрудников

Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению являются

1. развитие первичной медико-санитарной помощи на базе государственного здравоохранения
2. рост числа республиканских больниц
3. перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический
4. развитие стационарзамещающих технологий
5. увеличение коечного фонда городских больниц

Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является

1. статистический анализ состояния здоровья населения
2. изучение общественного мнения
3. решение кадровых вопросов
4. системный управленческий подход

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Мужчина, 39 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на умеренные боли в области послеоперационного рубца. 10 дней назад ему выполнена операция: «Грыжесечение, пластика местными тканями» по поводу послеоперационной вентральной грыжи». Вчера выписан из хирургического отделения.</p> <p>Вопрос 1: Ваш диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Развитие каких осложнений, можно ожидать у данного больного в послеоперационном периоде?</p> <p>Вопрос 3: Реабилитация пациента.</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Послеоперационная вентральная грыжа; грыжесечение, пластика местными тканями, состояние после операции. 2. Нагноение в области послеоперационного рубца. Спаечная болезнь, лигатурный свищ. 3. Соблюдение режима труда и отдыха, диета, ношение бандажа, до 6 месяцев после операции ограничение физической нагрузки или легкий труд, здоровый образ жизни, санаторно-курортное лечение не противопоказано. 	ПК-5, ПК-8
2	<p>Врач общей практики проводит диспансеризацию и осматривает мужчину 35 лет. Год назад перенес операцию аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. При осмотре: в правой подвздошной области окрепший послеоперационный рубец протяженностью до 10 см. При пальпации в положении стоя определяется в области рубца мягко эластическое опухолевидное образование, которое в положении лежа вправляется в брюшную полость через дефект в апоневрозе размерами 2х3 см.</p> <p>Вопрос 1: Ваш диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Ваши рекомендации относительно дальнейшего лечения?</p> <p>Вопрос 3: Назовите диспансерную группу данного пациента?</p> <p>Вопрос 4: Приведите примерную схему диспансеризации больного с аналогичным заболеванием?</p> <p>Вопрос 5: Профилактика этого заболевания?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Послеоперационная вентральная грыжа. 2. Оперативное лечение, плановая операция. 3. 3 группа 4. 2 раза в год осмотр хирурга. Возможные исследования: анализ крови, мочи. Возможное лечение: оперативное. 1. Профилактика нагноения послеоперационной раны, обострения хронических заболеваний в послеоперационном периоде, которые сопровождаются кашлем, запорами, диета, ограничение физической нагрузки, ношение бандажа, соблюдение асептики и антисептики, анатомическое оперирование. 	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
3	<p>Больная Н. 28 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на уплотнение в левой паховой области. Из анамнеза выяснили, что 6 месяцев назад оперирована амбулаторно: удалена небольших размеров опухоль розово-коричневого цвета на левой голени. Гистологического исследования не производилось.</p> <p>При осмотре голени виден послеоперационный рубец на передней поверхности длиной 3 см, мягкий, без признаков воспаления. Паховые лимфатические узлы слева плотные, малоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. В других органах и тканях патологических изменений при клиническом обследовании не обнаружено.</p>	ПК-5, ПК-11

	<p>Вопрос 1: Ваш предположительный диагноз? Вопрос 2: План уточняющей диагностики? Вопрос 3: Укажите диагностические и тактические ошибки предшествующего лечения? Какие документы, заполняемые в подобных случаях используются при экспертизе качества медицинской помощи Ответ: 1. Пигментный невус? Меланома? 2. Консультация (хирурга, онколога) Пункционная или эксцизионная биопсия паховых лимфатических узлов, морфологическая верификация опухоли и метастазов (лимфоузлов), обследование на метастазирование в другие органы. 3. Амбулаторное удаление опухоли без консультации онколога и проведение гистологического исследования.</p>	
4	<p>Женщина 34 лет пришла на прием к врачу общей практики. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет. Вопрос 1: Ваш диагноз? Вопрос 2: Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия? Показано ли санаторно-курортное лечение? Дайте рекомендации по двигательному режиму и образу жизни для профилактики подобных состояний Ответ: 1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены. 2. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение совместно с хирургом амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в хирургическом стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
5	<p>Больная М., 52 лет, обратилась за медицинской помощью через 12 часов с момента заболевания. Жалобы на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. 1. Диагноз и дополнительные методы исследования. 2. Определение степени острой кровопотери. 3. Методы определения групповой принадлежности крови. 4. Тактика, лечения. Ответы 1. Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови 2. По Алговеру (индекс шока PS/cAD) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике,</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л</p> <p>3. Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны. Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое</p>	
6	<p>Больной А., 56 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.</p> <p>При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.</p> <p>1. Какой предварительный диагноз можно поставить? 2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз? 3. Каким образом можно помочь больному?</p> <p>Ответ</p> <p>1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха. 2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией 3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллоэктомия, возможно п/о химиотерапия</p>	ПК-5, ПК-6
7	<p>Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза? 3. Как должно было быть оформлено ИДС перед операцией? 4. Какие мотивации отношения к своему здоровью у пациента не были сформированы ранее 5. Составьте программу реабилитации после повторной операции</p> <p>Ответы</p> <p>1. Перфоративный рак желудка 2. Биопсия 3. Субтотальная резекция с региональными л/у</p>	ПК5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10
8	<p>Больной 32 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты – 18 тыс.</p> <p>Вопросы</p> <p>1. О каком осложнении следует думать в данном случае? 2. Какие следует применить методы обследования для уточнения диагноза? 3. Причины развития подобного осложнения и меры профилактики его при подобных операциях?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Тактика в лечении этой патологии? 5. Объем и особенности пособия при этом осложнении? 6. Необходимая документация перед выполнением оперативного пособия 7. Сделайте назначения в послеоперационном периоде. 8. Составьте программу реабилитации <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства). 2. Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки. 3. Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное дренирование отлогих мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия. 4. В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство. 5. Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гнойника трубкой. 6. Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки. 	
<p>9</p>	<p>Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей.</p> <p>Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать? 2. Классификация заболевания? 3. Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания? 4. Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания? 5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 6. Что нужно сделать для уточнения диагноза? 7. Тактика лечения? <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Невправимая пахово-мошоночная грыжа 2. Паховая грыжа: косая, прямая; вправимая, невправимая, ущемленная; врожденная, приобретенная; неполная, полная, скользящая. 3. Наличие пахового канала 4. Предрасполагающие факторы: наличие врожденных дефектов или расширение существующих в норме отверстий брюшной стенки в результате истончения и утраты эластичности тканей (при беременности, истощении и пр.), а также операционную или иную травму брюшной стенки. <p>Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, подъем тяжестей, продолжительные запоры или затруднение мочеиспускания, роды, кашель при хронических</p>	<p>ПК-5, ПК-6</p>

	заболеваниях легких и пр. 5. Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика 6. Перкуссия, аускультация, УЗИ	
10	Женщина 28 лет жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится плотнее, слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение. Вопросы 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные методы обследования позволяют верифицировать диагноз? 3. Какую опасность представляет данное заболевание? 4. Тактика при данной патологии? 5. С каким заболеванием следует дифференцировать данную патологию? 6. Показано ли будет санаторно-курортное лечение после оперативного вмешательства? Ответ 1. Диффузная форма мастопатии. 2. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ, пункционная биопсия. 3. Данное заболевание является факультативным предраком. 4. Коррекция гормонального фона- используются андрогены, а так же мастодиол, маммолептин, йодомарин, рекомендуются роды. Оперативное лечение- подкожная или простая мастэктомия, секторальная резекция, в зависимости от характера патологического процесса. 5. Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями.	ПК-5, ПК-6
11	Больной 40 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад укол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли. Вопросы 1. Варианты диагноза? 2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии? 3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации? 4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании? Ответ 1. Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти. 2. Правило пяти О: обстановка, обезболивание, обескровливание, отток (операция) обездвиживание. 3. Вскрытие и дренирование по Клапу. 4. Костный панариций, пандактилит, гнойный тенобурсит 5-го пальца, перекрестная и Пироговская флегмоны.	ПК-5, ПК-6
12	На прием к врачу общей практики пришла женщина 66 лет с жалобами на боль постоянного характера в области правой ягодицы, появление плотной опухоли в этом же месте, повышение температуры. Больна в течение недели, начало заболевания связывает с инъекцией раствора сернокислой магнезии в ягодицу, произведенную фельдшером "скорой" по поводу гипертонического криза. На следующий день после укола появилась зудящая боль в месте укола, покраснение кожи, уплотнение. Постепенно все эти явления нарастали, повысилась температура. Место при осмотре имеется гиперемия кожи ягодицы, при пальпации определяется болезненный плотный инфильтрат без четких границ и признаков флюктуации. Какой диагноз, нужны ли дополнительные методы исследования, каким будет лечение? Взаимодействие врача общей практики и хирурга согласно порядку оказания хирургической медицинской помощи	ПК-5, ПК-6, ПК-10
13	На прием обратился пожилой человек с жалобами на боли в ногах при прохождении 500 м. При осмотре нижние конечности бледные, холодные, дистрофия кожных	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	дериватов, положительные симптомы плантарной ишемии, больше слева, периферическая пульсация справа ослаблена на всех уровнях, слева отсутствует на бедренной артерии. Ваш предварительный диагноз и тактика. Какие рекомендации по образу жизни Вы дадите? Составьте программу реабилитации	
14	<p>Больной 38 лет, обратился с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации, запоры. Болен в течение 6 лет, успешно лечился консервативными средствами, но в последнее время свечи и диета перестали помогать. Появились постоянные запоры, стул только с помощью послабляющих средств. К кровотечениям присоединились в последнее время боли в анусе во время, и после дефекации.</p> <p>Объективно: при ректальном исследовании в точках, проецирующихся на 3, 7, 11 часов по циферблату большие мягкие легко выпадающие внутренние геморроидальные узлы, резко кровоточащие при дотрагивании. Кожа вокруг ануса мацерирована, следы расчесов.</p> <p>Ректороманоскопия до 30 см без патологических изменений.</p> <p>Анализ крови: Нв 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/час.</p> <p>Ваш предварительный диагноз?</p> <p>С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>План лечения?</p> <p>Ответ: предварительный диагноз: внутренний геморрой, осложненный кровотечением. Дифференциальная диагностика с раком прямой кишки, полипами, осложненным кровотечением. Больному показана операция геморроидэктомия (по Миллиган-Моргану).</p>	ПК-5, ПК-6
15	<p>У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2x15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.</p> <p>Вопросы: Ваш диагноз? Пути проникновения инфекции и возможная локализация этой патологии? Дифференциальный диагноз? Лечение данной больной? Показания к операции?</p> <p>Ответ: 1. Подмышечный гидраденит справа.</p> <p>Инфекция чаще всего проникает через выводные протоки потовых желез, Помимо подмышечной области гидраденит может локализоваться в паховой области, промежности, у женщин - в области ареолы соска.</p> <p>Дифференциальный диагноз проводят с фурункулом, карбункулом, лимфаденитом, актиномикозом, туберкулезным поражением лимфоузлов, метастазами рака в лимфоузлы, лимфогранулематозом, лимфолейкозом. При локализации в области промежности - с парапроктитом. При локализации в паху - с ущемленной бедренной грыжей, в области ареолы - с маститом. Сбрить волосы в подмышечной яме, обработать кожу антисептиками, создание покоя для верхней конечности (косыночная повязка), местно - физиотерапия, обкалывание новокаином с антибиотиками. Внутримышечное введение антибиотиков. Показанием к хирургическому лечению является гнойный гидраденит - когда появляется флюктуация или воспалительный процесс переходит на подкожную клетчатку.</p>	ПК-5, ПК-6
16	<p>Больной 50 лет, обратился с жалобами на перемежающуюся хромоту, похолодание стоп.</p> <p>Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились боли в левой голени при ходьбе. После отдыха боль проходила. Затем появилась зябкость левой стопы. Последнее время появились боли при ходьбе и в правой нижней конечности. В течение нескольких лет страдает импотенцией.</p> <p>Объективно: АД 170/100 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется. Ваш предполагаемый диагноз? Что поможет уточнить диагноз? Какое лечение показано? План лечения?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

	<p>Программа реабилитации? Порядок взаимодействия врача общей практики и хирурга согласно действующему законодательству?</p> <p>Ответ: Предполагаемый диагноз: тромбоз бифуркации брюшной аорты (синдром Лериша), аортография поможет уточнить диагноз. Показано хирургическое лечение: аорто-бедренное шунтирование.</p>	
17	<p>Больной 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на головокружение, общую слабость, дважды была потеря сознания. 4 года назад перенес инфаркт миокарда. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины.</p> <p>Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 62 в 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. При проведении суточного мониторирования ЭКГ выявлены эпизоды АВ-блокады 2 ст. Мобитц 2 (2:1-4:1), частые периоды асистолии желудочков с максимальной продолжительностью 3,5 сек. Во время осмотра внезапно потерял сознание. Кожа бледная. Пульс и АД не определяется..</p> <p>1. Определите неотложное состояние.</p> <p>2. Окажите неотложную помощь.</p> <p>3. Организация неотложной помощи на приеме в поликлинике</p> <p>Ответ</p> <p>1. Приступ Морганьи-Адамс-Стокса на фоне атриовентрикулярной блокады II ст. Мобитц 2.</p> <p>2. Неотложная помощь: вызвать реанимационную бригаду, базовая сердечно-легочная реанимация, атропина сульфат 0,1% - 1 мл в/в, временная электрокардиостимуляция, подготовка к имплантации постоянного электрокардиостимулятора</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
18	<p>Мужчина 60 лет госпитализирован в инфарктное отделение через 4 часа после начала приступа загрудинной боли. Объективно: кожа бледная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, аритмичны. Пульс 96 в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. На ЭКГ - ритм синусовый, частая полифокальная желудочковая экстрасистолия, патологический зубец Q в I, aVL; QS в VI, V2, V3 отведении, куполовидный подъем ST, отрицательный T. Во время регистрации ЭКГ внезапно потерял сознание, захрипел, отмечены тонические судороги. Дыхание отсутствует, пульс и АД не определяются.</p> <p>На ЭКГ: неритмичные крупные волны</p> <p>1. Определите неотложное состояние.</p> <p>2. Окажите неотложную помощь.</p> <p>Ответ</p> <p>1. Острый распространенный инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка с зубцом Q, фибрилляция желудочков.</p> <p>2. Неотложная помощь: вызвать реанимационную бригаду, базовая сердечно-легочная реанимация, как можно быстрее дефибрилляция, кордарон 300 мг струйно, при неэффективности дефибрилляции</p>	ПК-5, ПК-6
19	<p>Мужчина около 50 лет во время работы внезапно потерял сознание. Спонтанное дыхание отсутствует, отмечается резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, пульсация на сонной артерии отсутствует. Известно, что пострадавший наблюдается поликлиникой по поводу ИБС.</p> <p>Вопрос 1: Какое патологическое состояние возникло у больного?</p> <p>Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния? Организация неотложной помощи на рабочем месте (на производстве)</p> <p>Ответ</p> <p>1. внезапная смерть</p> <p>2. Неотложная помощь: вызвать реанимационную бригаду, базовая сердечно-легочная реанимация, как можно быстрее дефибрилляция</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
20	<p>Мужчина в общественном месте, будучи с родственниками, посинел и упал без</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-

	<p>сознания, на момент осмотра уже прошло 25 мин: кома 3балла по Глазго, дыхание и сердцебиение не определяются, зрачки максимально расширены, фотореакция и роговичный рефлекс отсутствуют, в отлогих местах пятна гипостаза. Все происходит в окружении зевак и родственников, однако до Вашего появления к пациенту не прикасались</p> <p>Вопрос 1: диагноз ?</p> <p>Вопрос 2: Ваши действия</p> <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Биологическая смерть 2. необходимо начать сердечно-легочную реанимацию, вызвать скорую помощь, в случае эффективных мероприятий будет подмога и дефибриллятор, при неудачной попытке будет констатирована смерть. 	10
21	<p>Вызов на дом к онко больному в связи с ухудшением состояния. Со слов родственников не разбудить при осмотре дыхание и сердцебиение отсутствуют, кома 3 балла по Глазго, зрачки расширены, фотореакции и роговичного рефлекса нет, кожные покровы холодные, гипостаз, трупное окоченение.</p> <p>Диагноз ? Порядок действий. Порядок констатации смерти на дому</p> <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.биологическая смерть 2.Констатация смерти 	ПК-5, ПК-10
22	<p>Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже присоединилась слабость, головокружение. Больная обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз “острое пищевое отравление”. Было сделано промывание желудка, введены кордиамин подкожно и в/в 500 мл 5%-раствора глюкозы с витамином С. Состояние больной ухудшилось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый стул без счета, беспокоила резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переведена в ЦРБ.</p> <p>Объективно: акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заострены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос осиплый, тургор кожи снижен (кожная складка расправляется медленно), температура тела 35,5*С, пульс нитевидный, АД - 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот втянут, мягкий, перистальтика усилена. Стул водянистый, типа рисового отвара. Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.</p> <p>Какие дополнительные вопросы следует задать больной для уточнения анамнеза.</p> <p>Поставьте ваш диагноз.</p> <p>Определите степень обезвоживания.</p> <p>Проведите дифференциальный диагноз с пищевым токсикоинфекциями и острой дизентерией.</p> <p>Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.</p> <p>Ответ:</p> <p>Уточнить последовательность появления жидкого стула и рвоты, характер испражнений и рвотных масс, наличие или отсутствие патологических примесей в кале, болей в животе, повышение температуры, а также данные эпиданамнеза.</p> <p>Внезапное появление жидкого водянистого стула без болей в животе, наличие рвоты, не приносящей облегчение и без предшествующей тошноты, быстрое нарастание симптомов обезвоживания на фоне нормальной температуры, а также пребывание больной в регионе, неблагоприятном по холере (вернулась из Астраханской области), дают основание предположить у больной холеру.</p> <p>Пользуясь таблицей клинико-патогенетической классификации обезвоживания можно диагностировать IY степень дегидратации: стул свыше 20 раз, судороги конечностей, пульс нитевидный, АД ниже 80 мм рт. ст., симптом “темных очков”, анурия.</p> <p>Для пищевой токсикоинфекции характерно наличие болей в животе, жидкий стул имеет неприятный запах. Заболевание, как правило, сопровождается лихорадкой.</p> <p>Следует помнить, что при тяжелом течении пищевой токсикоинфекции дегидратация</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>может достигать такой же степени, как при холере. При дизентерии заболевание начинается с появления болей внизу живота или в левой подвздошной области. Стул частый, но скудный, характерна примесь слизи и крови. Больного беспокоят ложные позывы, тенезмы. При пальпации отмечается спазм и болезненность сигмовидной кишки.</p> <p>Деятельность врача не удовлетворительная: неправильно оценена тяжесть течения болезни (определяющаяся степенью обезвоживания) и соответственно не была назначена адекватная регидратационная терапия.</p>	
23	<p>У больного 64 лет два часа назад возникла интенсивная боль за грудиной, выраженная слабость, чувство страха. В течение 8 лет страдает стенокардией напряжения. Последние 2 недели после эмоционального напряжения состояние ухудшилось, загрудинные боли возникали при меньшей физической нагрузке, иногда в покое, принимал нитроглицерин до 6 таблеток в день. Объективно: больной заторможен, кожа бледная, холодный пот. Пульс 108 в мин., слабого наполнения, ритмичный. АД- 70/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание жесткое, хрипы мелкопузырчатые в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.</p> <p>1. Определите неотложное состояние. 2. Окажите неотложную помощь. 3. Реабилитация больного после ОКС</p> <p>Ответ 1. Острый распространенный инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка с зубцом Q, кардиогенный шок. 2. Неотложная помощь: морфин 1%-1 мл в/в, ингаляция кислорода, аспирин, гепарин - 5-10 тыс. ЕД в/в, затем в/в капельно 1 тыс. ЕД/час 48-72 часа, допамин - в/в капельно 2-4 мкг/кг-мин, при неэффективности - преднизолон</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
24	<p>Рабочий на производстве получил резанную рану внутренней поверхности нижней трети правого плеча. Объективно: АД 80/40 мм.рт.ст., ЧСС 120 уд/мин, пульс слабого наполнения, сознание спутано. Из раны на плече пульсирующей струей выделяется алая кровь.</p> <p>Вопрос 1: Какое патологическое состояние имеет место у данного больного? Вопрос 2: Какова должна быть тактика лечения данного пациента? Вопрос 3. организация доврачебной помощи на производстве</p> <p>Ответ 1. Наружное артериальное кровотечение из раны нижней трети правого плеча. 2. Немедленное пальцевое прижатие кровоточащего сосуда в ране с последующим наложением кровоостанавливающего жгута на верхнюю треть правого плеча. Обеспечить венозный доступ, начать кровезамещающую инфузионную терапию кристаллоидами, вызвать бригаду скорой помощи для транспортировки больного в хирургический стационар.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
25	<p>Автокатастрофа. У водителя открытый перелом плеча, глубокие раны мягких тканей бедра и голени. Обильное артериальное кровотечение. Сознания нет. Р- 120 в мин, ритмичный, мягкий. А/Д 70/40 мм рт.ст.</p> <p>Вопрос 1: Какое патологическое состояние развилось у пострадавшего? Вопрос 2: Какова должна быть тактика лечения данного пациента? Вопрос 3. В какую очередь производится эвакуация такого пострадавшего с места происшествия</p> <p>Ответ 1. Геморрагический шок в результате острой кровопотери . 2. Немедленное пальцевое прижатие кровоточащего сосуда в ране с последующим наложением кровоостанавливающего жгута на верхнюю треть правого плеча. Провести обезболивание наркотическими анальгетиками, иммобилизовать правую конечность. Обеспечить венозный доступ, начать кровезамещающую инфузионную терапию кристаллоидами, коллоидами, препаратами крови.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-7
26	<p>Во время внутривенной инфузии реополиглюкина в кабинете врача общей практики</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-

	<p>пациент внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение. При осмотре на коже шеи и грудной клетки - высыпания по типу крапивницы. Дыхание поверхностное, частое, АД - 60/20 мм.рт.ст, ЧСС -128 в 1 минуту.</p> <p>Какое состояние можно предположить у больного? Окажите помощь Организация неотложной помощи на приеме</p> <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Лекарственный анафилактический шок. 2. Неотложную помощь необходимо начать с внутривенного введения 1 мл 0,1% раствора адреналина, затем продолжать его капельную инфузию. Начать интенсивную инфузионную терапию, включить в комплекс лечебных мероприятий глюкокортикоиды, антигистаминные препараты. 	10
27	<p>Больная 46 лет жалуется на выраженное головокружение, резкую слабость. В течение 4 лет отмечает эпизодическое повышение АД. Около 1,5 часов назад после эмоциональной нагрузки появилась интенсивная головная боль, колющая боль в области сердца, в связи с чем приняла 10 мг нифедипина и таблетку нитроглицерина под язык. Через 10 минут состояние не улучшилось, приняла еще 2 таблетки нитроглицерина и 50 мг каптоприла. Через 1 час при резком подъеме с кровати был кратковременный обморок.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледна. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины.</p> <p>Аускультативно: в легких -дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Пульс 98 в 1 мин, слабого наполнения. АД - 70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 100 в 1 мин., признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Определите неотложное состояние. 2.Окажите неотложную помощь 3.Реабилитация и санаторно-курортное лечение больных гипертонической болезнью <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Медикаментозный коллапс 2.Неотложная помощь: отмена всех препаратов, горизонтальное положение, мезатон 1% - 0.5 мл в/м. 	ПК-5, ПК-6 ПК-8
28	<p>Больной доставлен в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии. На болевые раздражители отмечается реакция в виде некоординированных движений конечностями. Корнеальный, роговичный, коленный рефлексы угнетены. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые сухие, отмечается шумное частое дыхание, «фруктовый» запах изо рта. Лабораторно: гематокрит 0,56, глюкоза крови 19,5 ммоль/л, резко положительные кетоновые тела в моче, калий плазмы - 2,75 ммоль/л.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?</p> <p>Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния?</p> <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Кетоацидотическая кома, развившаяся при декомпенсации сахарного диабета. 2.Парентерально инсулинотерапия под контролем гликемии, регидратация, коррекция уровня электролитов и кислотно-основного состояния плазмы. 	ПК-5, ПК-6
29	<p>Студентка медицинского вуза, присутствуя при проведении операции по поводу острого холецистита, внезапно потеряла сознание, упала на пол. При осмотре: кожные покровы бледные. зрачки расширены, дыхание частое, поверхностное, пульсация на сонных артериях сохранена.</p> <p>Вопрос 1: Какое патологическое состояние развилось у студентки?</p> <p>Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния</p> <p>Вопрос 3.Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить подобную ситуацию? Как можно было бы мотивировать пациентку для их осуществления?</p> <p>Ответ</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-9

	<p>1. Обморок в результате психоэмоционального стресса, 2 Уложить пострадавшего, поднести к носу ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом, при неэффективности - ввести внутривенно кофеин либо кордиамин.</p>	
30	<p>Вызов к пациенту 58 лет в палату. Поступил на лечение в связи с гипертоническим кризом. Объективно: сознание на уровне sopora, отмечается умеренная ригидность шейных мышц, выраженная одышка, АД 190/110 мм рт ст., ЧСС - 52 в 1 минуту, гиперрефлексия. При осмотре глазного дна - застойные диски зрительных нервов. При эхоэнцефалографии - множество дополнительных эхо-сигналов, смещение срединных структур влево на 2 мм. При рентгенографии костей черепа - костных дефектов не обнаружено. При компьютерной томографии выявлены признаки внутричерепной гипертензии.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного? Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента? Вопрос 3.реабилитация и санаторно-курортное лечение больных гипертонической болезнью</p> <p>Ответ</p> <p>1.Неврологический статус, наличие брадикардии с гипертензией и тахипное, а так же данные дополнительных методов исследования свидетельствуют о развитии у пациента отека головного мозга. 2.Показано консервативное лечение отека мозга: обеспечение адекватного дыхания, при необходимости - искусственная вентиляция легких в режиме умеренной гипервентиляции, коррекция показателей гемодинамики, нейропротекторная терапия с использованием барбитуратов и натрия оксипутирата, возвышенное положение тела, профилактика и немедленное купирование судорог с помощью бензодиазепинов или барбитуратов, использование диуретиков и глюкокортикоидов.</p>	ПК5, ПК-6, ПК-8
31	<p>У мужчины 50 лет, страдающего алкоголизмом, после употребления алкоголя в течение 10 дней развились повторяющиеся генерализованные тонико-клонические судорожные припадки. В перерывах между судорогами сознание не восстанавливается, дыхание самостоятельное, ЧД-32 в 1 минуту, АД-200/100, ЧСС-112 в 1 минуту, акроцианоз.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного? Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния? Вопрос 3.является ли данная ситуация страховым случаем?</p> <p>Ответ</p> <p>1.Повторяющиеся судорожные припадки, между которыми не восстанавливается сознание, следует трактовать как эпилептический статус. 2.Введение противосудорожных препаратов при эпилептическом статусе неэффективно. Единственным способом купировать судороги в данной ситуации является введение мышечных релаксантов (диоксоний 0,04-0,05 мг/кг в/в, дитилин 1-1,7 мг/кг в/в) и перевод больного на искусственную вентиляцию легких.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
32	<p>Больная 48 лет жалобы на нарастающее удушье, кашель с пенистой с примесью крови мокроты. Со слов больного 15 лет страдает пороком сердца. В последние 2-3 месяца состояние ухудшилось, беспокоит одышка при умеренной физической нагрузке, сухой кашель, появляющийся в положении лежа. Объективно: ортопноэ, акроцианоз. ЧДЦ - 28 в минуту, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя - на 2-м ребре, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации выслушивается масса влажных разнокалиберных хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, I тон усилен, на верхушке выслушивается диастолический шум с пресистолическим усилением, пульс 120 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.</p> <p>1.Определите неотложное состояние.</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>2.Окажите неотложную помощь.</p> <p>Ответ</p> <p>1.Острая левожелудочковая недостаточность.</p> <p>2.Неотложная помощь: пеногашение- ингаляция O₂, пропущенного через 70% спирт, морфин 1% -1 мл в/в, нитроглицерин 1%-2 мл в 200 мл 0,9% NaCl в/в капельно, фуросемид (лазикс) 40-80 мг в/в</p>	
33	<p>Больной 54 лет, госпитализирован в кардиореанимационное отделение с выраженной одышкой. 3 года назад перенес инфаркт миокарда с зубцом Q, осложненный развитием аневризмы передней стенки левого желудочка.</p> <p>Объективно: цианоз кожи и слизистых оболочек, акроцианоз. Находится в положении ортопноэ. При перкуссии границы сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над верхушкой. ЧСС 110 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. Выявляется значительное притупление перкуторного звука в нижних отделах обоих легких, при аускультации выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов над всей поверхностью легких. Печень увеличена на 4 см. Отеки нижних конечностей. ЭКГ без динамики.</p> <p>1.Определите неотложное состояние.</p> <p>2.Окажите неотложную помощь.</p> <p>3.реабилитация пациента должна включать:</p> <p>Ответ</p> <p>1. Острая левожелудочковая недостаточность.</p> <p>2.Неотложная помощь: пеногашение - ингаляция O₂, пропущенного через 70% спирт, морфин 1% -1 мл в/в, нитроглицерин 1%-2 мл в 200 мл 0,9% NaCl в/в капельно, фуросемид (лазикс) 40-80 мг в/в</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
34	<p>Во время еды мужчина внезапно закашлялся, схватился руками за горло, посинел.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?</p> <p>Вопрос 2. Какое мероприятие необходимо провести в первую очередь?</p> <p>Ответ</p> <p>1. Асфиксия вследствие аспирации инородного тела. При отсутствии своевременной помощи указанное состояние может в течение нескольких минут привести к гипоксической остановке сердечной деятельности.</p> <p>2.Необходимо провести прием Геймлиха: подойти к стоящему или сидящему больному сзади, обхватить его руками вокруг талии, надавить на живот и произвести резкий толчок вверх.</p>	ПК-5, ПК-6
35	<p>К семейному врачу доставлен юноша 15 лет, у которого на фоне ОРВИ ночью появилась инспираторная одышка с втяжением межреберий и грудины и участием вспомогательной мускулатуры, шумное стридорозное дыхание, слышное на расстоянии, осиплость голоса, «лающий» кашель. Объективно: Цианоз носогубного треугольника, ЧСС — 130 в минуту. Ребенок возбужден,беспокоен, температура тела 38,5°C, слизистая оболочка глотки гиперемирована. налетов нет.</p> <p>Вопрос 1: Какое патологическое состояние имеет место у данного ребенка?</p> <p>Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?</p> <p>Вопрос 3.реабилитация пациента должна включать ...</p> <p>Ответ</p> <p>1.Подсвязочный отек гортани на фоне развития острого стенозирующего ларинготрахеита. Описанная клиника соответствует 2 степени тяжести ларингостеноза.</p> <p>2.Необходимая помощь: умеренная седатация, паровые ингаляции кислорода с симпатомиметиками и глюкокортикоидами, внутривенное введение глюкокортикоидов, антигистаминных препаратов, перорально - муколитики, умеренная дегидратация с использованием мочегонных препаратов.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
36	<p>Для купирования головной боли молодая женщина приняла перорально 1 таблетку анальгина. Через некоторое время у нее появились и стали прогрессивно нарастать отечность лица, век, ушей, появилось шумное</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>затрудненное дыхание, осиплость голоса. Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больной? Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента? Ответ 1.Отёк Квинке. 2.Неотложную помощь необходимо начать с внутривенного введения 0,5-0,7 мл 0,1% раствора адреналина, затем продолжать его капельную инфузию, включить в комплекс лечебных мероприятий глюкокортикоиды, антигистаминные препараты, а при развитии признаков острой дыхательной недостаточности - оксигенотерапию. При неэффективности указанных мероприятий и прогрессировании дыхательной недостаточности - провести интубацию трахея и перевести больную на искусственную вентиляцию легких.</p>	
37	<p>Больной А, ветеринарный врач 50 лет, поступил с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца ,боли в ногах. В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками Последние три года периодически отмечалась умеренная желтуха, сопровождающаяся кожным зудом и темным окрашиванием мочи, проходящая самостоятельно. Объективно: больной пониженного питания, кожа желтушная со следами расчесов, тургор снижен, на груди и спине сосудистые звездочки. Дрожание рук, контрактура Дюпюитрена. Со стороны сердца, легких - патологии не выявлено. Живот увеличен в объеме за счет асцита, пупочная грыжа. Печень и селезенку пальпировать не удается из-за асцита. Стул кашицеобразный, 2 раза в день. 1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения. 5. реабилитация и санаторно-курортное лечение пациента Ответ Диагноз: Алкогольный цирроз печени. Неактивная фаза. Стадия декомпенсации. Портальная гипертензия 3 ст. Асцит. Умеренный холестатический синдром. Эрозивный гастрит антрального отдела. Алкогольная нефропатия. Обследование: - анализ крови общий - анализ мочи общий - копрограмма - исследование крови на креатинин , холестерин , фибриноген , глюкозу ,сывороточное железо. - анализ крови на маркеры вирусного гепатита. - УЗИ органов брюшной полости. - стерильная пункция. - консультация невропатолога. - флюорография Дифференциальный диагноз: - хронический гепатит. - болезни накопления (гемохроматоз , жировая дистрофия , болезнь Вильсона-Коновалова) Лечение - витамины (В12 , аскорбиновая к-та , В1 , В6 , фолиевая к-та) - сорбенты и обволакивающие - Н2-гистаминоблокаторы - мочегонные средства - дезинтоксикационная терапия</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
38	<p>Пациентка 40 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемный покой на 5 сутки после употребления в пищу неизвестных грибов. Накануне у больной</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>отмечалось носовое кровотечение.Объективно: уровень сознания - глубокое оглушение. Кожные покровы желтушные, тургор снижен. АД - 90/60у ЧСС – 58 в 1 минуту. Край печени определяется на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Лабораторно: гемоглобин - 95 г/л, сахар крови - 3 ммоль/л, общий белок - 45 г/л, билирубин общий - 180 мкмоль/л, билирубин прямой - 60 мкмоль/л, АлАТ - 4,5 ммоль/ч-л, АсАТ - 7 ммоль/ч-л, протромбиновый индекс - 45%.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больной?</p> <p>Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данной пациентки?</p> <p>Ответ</p> <p>1.Острая печеночная недостаточность вследствие употребления в пищу ядовитых грибов (вероятно - бледной поганки). Лабораторная картина - гипербилирубинемия, гипопротеинемия, снижение протромбинового индекса - свидетельствует о декомпенсации печеночных функций, а повышение уровня трансаминаз говорит о развитии цитолиза. Клиническим проявлением печеночной недостаточности у данной больной является нарушение сознания и геморрагический синдром.</p> <p>2.Неотложная терапия: коррекция уровня сахара крови - в/в инфузии раствора глюкозы, гипопротеинемии - в/в альбумин, показателей гемостаза -в/в свежезамороженная плазма. Детоксикация - форсированный диурез, энтеросорбция, гемодиализ.</p>	
39	<p>Юноша 17-18 лет, асоциального внешнего вида доставлен в приемный покой бригадой скорой медицинской помощи. Неадекватен, отмечается психомоторное возбуждение, контакту недоступен, периодически выкрикивает нечленораздельные слова, пытается бежать. Анамнез неизвестен. Объективно: кожные покровы бледные, кожа щек и носогубный треугольник гиперемированы. Отмечается выраженная сухость слизистых, двусторонний мидриаз. Дыхание частое поверхностное, АД-130/90, ЧСС-120 в 1 минуту.</p> <p>Вопрос 1: Каким образом можно расценить состояние больного?</p> <p>Вопрос 2: В чем состоит неотложная терапия данного состояния?</p> <p>Вопрос 3: .порядок принудительной госпитализации</p> <p>Ответ</p> <p>1.Острый психоз, который, учитывая клиническую картину, вероятно обусловлен употреблением атропиноподобных веществ.</p> <p>2.Купирование острого психоза: бензодиазепин (реланиум 0,5% 2 мл в/в), или аминосин 2,5% 2 мл в/м, или димедрол 1% 2 мл в/м. Учитывая предполагаемое отравление -детоксикация: промывание желудка, р-р глюкозы в/в, форсированный диурез, применения антидота (пилокарпин 1% 1мл п/к,при необходимости-повторно).</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
40	<p>Рабочий химпредприятия доставлен в больницу в связи с остро возникшей резкой головной болью, выраженной слабостью, помрачением сознания. Слизистые оболочки и кожа серо-синего цвета. Содержимое метгемоглобина в крови 40%.</p> <p>1.Поставьте диагноз.</p> <p>2.Окажите неотложную помощь.</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Острое отравление амино- и нитросоединениями бензола средней (II) степени тяжести</p> <p>2. Снять одежду, обмыть (горячая ванна противопоказана !). Антидот - метиленовый синий 1% р-р 20 мл на глюкозе в/в или „Хромосмон" 30 мл в/в. Детоксикация, форсированный диурез. Симптоматическая терапия.</p>	ПК-5, ПК-6
41	<p>Пострадавший найден на улице в бессознательном состоянии. Лежал на снегу. Доставлен бригадой скорой помощью, вызванной прохожим.</p> <p>Объективно: сознание на уровне глубокого оглушения, изо рта запах алкоголя. Кожные покровы синюшной окраски, холодные на ощупь, отмечаются плотные отёки в области лица и кистей рук. Общая мышечная ригидность. Дыхание</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>поверхностное, редкое - 8 дыхательных движений в минуту.Брадикардия 40 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Ректальная температура 30°C.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?</p> <p>Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?</p> <p>Ответ</p> <p>1.Общее переохлаждение.</p> <p>2.Неотложная помощь: удаление мокрой одежды, покрыть шерстяными одеялами. Затем продолжить согревание путём внутривенного введения солевых растворов, подогретых до температуры 37-38°C, постепенным наружным согреванием при помощи грелок, помещения в тёплую воду, либо с помощью инфракрасных ламп. Необходимо помнить, что во избежание ожогов температура согревающей поверхности не должна превышать температуру кожи пострадавшего более чем на 2°C Прекратить активное согревание при повышении ректальной температуры до 35°C.</p>	
42	<p>Бригадой скорой медицинской помощи был обнаружен пострадавший в бессознательном состоянии, лежащий на земле с электрическим проводом в руке. Пульс и АД не определяются.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного? Какое нарушение сердечного деятельности наиболее вероятно у пострадавшего?</p> <p>Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?</p> <p>Ответ:</p> <p>1.Электротравма, фибрилляция желудочков и остановка кровообращения.</p> <p>2.Первоочередным мероприятием должно быть прекращение контакта пострадавшего с источником тока: выключить рубильник,отбросить провод в сторону сухой палкой, затем приступить к базовой сердечно-лёгочной реанимации, как можно скорее дефибрилляция.</p>	ПК-5, ПК-6
43	<p>Жарким летом в медицинский пункт автостанции доставлена девушка 18 лет, которая после длительной поездки в автобусе почувствовала внезапное ухудшение самочувствия. По словам пассажиров, пострадавшая побледнела, отмечалась неоднократная рвота, возбуждение, затем кратковременное выключение сознания. Объективно: кожа гиперемирована, горячая, отмечается выраженная потливость, температура тела 40,2°C, сознание- на уровне глубокого оглушения, дезориентирована, движения некоординированные, отмечается гиперрефлексия, АД - 85/30 мм рт.ст., ЧСС - 115 в минуту. пульс нитевидный, аритмичный, менингеальных симптомов нет. При электрокардиографическом исследовании выявлена синусовая аритмия и единичные предсердные экстрасистолы.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больной?</p> <p>Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данной пациентки?</p> <p>Ответ:</p> <p>1.Тепловой удар.</p> <p>2.Поместить пострадавшего в прохладное помещение, освободить от одежды, провести охлаждение кожных покровов с помощью холодной воды или пузыря со льдом. Ингаляция кислорода, начать регидратацию.</p>	ПК-5, ПК-6
44	<p>Мужчина был извлечён из водоёма в бессознательном состоянии. При осмотре: зрачки расширены, кожа бледная, акроцианоз. Отмечаются единичные неритмичные вдохи. Из рта выделяется пена и вода.</p> <p>Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?</p> <p>Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?</p> <p>Ответ</p> <p>1.Учитывая выделение изо рта пострадавшего пены и воды, можно предположить истинное утопление.</p> <p>2.При истинном утоплении необходимо удалить воду из легких, для этого пострадавшего нужно быстро уложить на бедро согнутой ноги спасателя и резкими толчкообразными движениями сжимать боковые поверхности грудной клетки в течение 10-15 секунд, после чего вновь повернуть на спину. При наличии</p>	ПК-5, ПК-6

	признаков клинической смерти начать базовую сердечно-легочную реанимацию, затем обеспечить транспортировку больного в ближайшее лечебное учреждение.	
45	<p>К врачу общей практики обратился больной П. с жалобами на острую боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела внезапно, ночью. Накануне вечером поел жареного гуся. Подобные боли впервые. Объективно: температура 37.8. Общее состояние средней степени тяжести. Дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. АД 160/100 мм.рт.ст. ЧСС 89. Я обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность по правой реберной дуге, при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Сформулируйте предварительный диагноз.</p> <p>Назовите необходимые дополнительные исследования.</p> <p>Опишите Вашу тактику в отношении данного пациента.</p> <p>Расскажите принципах диагностики, прогнозе, профилактики данного заболевания.</p>	ПК-1, ПК-5, ПК-6

Травматология и ортопедия

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме:

1. отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца;
2. длины ног;
3. величины реберного горба;
4. ширины таза;
5. отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза.

Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является:

1. воспалительный процесс;
2. травматический фактор;
3. дисплазия;
4. неправильное членорасположение плода в утробе матери;
5. нарушение обменных процессов.

Больной с косолапостью при ходьбе:

1. хромает;
2. не хромает;
3. ходит, переступая "нога за ногу";
4. наступает на внутренний край стопы;

Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

1. оси плеча
2. расположения надмыщелков
3. расположения вершины локтевого отростка
4. при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию

5. при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме

1. точки верхней подвздошной кости
2. точки седалищного бугра
3. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°С, которая располагается выше этой линии
4. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°С, которая располагается на этой линии

Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме

- а) наличия костных переломов и степени их консолидации
- б) характера смещения отломков
- в) изменения структуры костной ткани
- г) степени регенерации поврежденного хряща
- д) разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей

Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

- а) перелома или трещины кости
- б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- в) костной опухоли
- г) мягкотканной опухоли
- д) повреждения хрящевой ткани

Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

- а) наличия перелома
- б) отсутствия перелома
- в) наличия костного сращения перелома
- г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома
- д) разрывов мышц, связок и сухожилий

Шоковый период травматической болезни характеризуется

- а) глюкозурией
- б) гипергликемией
- в) лактацидемией
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

Артериальная гипоксия у больных с травмой возникает вследствие

- а) альвеолярной гиповентиляции
- б) нарушения вентиляционно-перфузионных отношений
- в) внутрилегочного шунтирования венозной крови
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все

При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется

- а) на 5-е сутки
- б) на 10-е сутки
- в) на 15-е сутки
- г) на 20-е сутки
- д) на 25-е сутки

Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

- а) смещение фрагментов
- б) отсутствие "костного хруста"
- в) неудача при попытке репозиции
- г) все перечисленное

Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает все перечисленное, кроме

- а) расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
- б) свисания кисти и невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев
- в) понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
- г) понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

К развитию контрактуры Фолькмана после наложения гипсовой повязки может привести все перечисленное, кроме

- а) увеличения отека
- б) увеличения местной температуры конечности
- в) общего давления повязки
- г) давления повязки или костных фрагментов на магистральные сосуды

При винтообразных переломах костей голени со смещением отломков имеет место все перечисленное, за исключением

- а) типичного смещения отломков, их неустойчивости, частого повторного смещения в гипсовой повязке
- б) сложных анатомических соотношений отломков и невозможности удержать их в правильном положении консервативными методами
- в) острых штыкообразных отломков, которые нанизывают на себя мягкие ткани (мышцы, сухожилия, апоневротические чехлы, надкостницу и т.д.), захлестывающих их вокруг себя и тем самым создающих интерпозицию
- г) значительно выраженного повреждения мягких тканей
- д) частого отсутствия интерпозиции мягких тканей

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

При ушибе плечевого сустава накладывают повязку

- 1- черепашью
- 2- колосовидную
- 3- восьмиобразную
- 4- Дезо

Для транспортной иммобилизации используется

- 1- шина Кузьминского
- 2- шина Белера
- 3- шина Крамера
- 4- шина ЦИТО

Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе

- 1- спиральная
- 2- восьмиобразная
- 3- колосовидная
- 4- черепашья

Крестообразную повязку применяют при повреждении

- 1- плечевого сустава
- 2- коленного сустава
- 3- лучезапястного сустава
- 4- III пальца кисти

При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать

- 1- шину Крамера
- 2- повязку Дезо
- 3- гипсовую лонгету
- 4- колосовидную повязку

При переломе нижней челюсти необходима повязка

- 1- возвращающаяся
- 2- працевидная
- 3- восьмиобразная
- 4- крестообразная

Пункцию коленного сустава выполняют:

1. на уровне основания или вершины надколенника, отступив от него на 1-2 см;
2. отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиально или латерально.

После двухлетнего возраста при различных формах дисплазии тазобедренного сустава наиболее целесообразно применение:

1. гипсовой повязки;
2. вытяжения;
3. функциональных шин;
4. компрессионно-дистракционных аппаратов;
5. хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства).

Консервативное лечение косолапости включает:

1. мягкое бинтование и ЛФК;
2. массаж и ЛФК;
3. редрессацию;
4. гипсовые повязки;
5. гипсовые повязки по Виленскому.

В каких случаях при временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая, травмы листок нетрудоспособности выдается в амбулаторно-поликлинических учреждениях с первого дня:

1. травма получена на производстве;
2. травма получена в быту;
3. травма получена во время очередного отпуска;
4. травма получена при стихийном бедствии.

При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует

1. границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2. точке пересечения наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
3. уровню подъязычной кости по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
4. всему перечисленному

При проведении паравертебральной блокады выключается

1. передний корешок
2. задний корешок
3. спинно-мозговой нерв
4. правильно а) и б)

Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьников - Селиванова

1. на 5 см выше передней ости подвздошной кости
2. на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости
3. на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть

1. уменьшено
2. увеличено
3. существенно не меняется
4. новокаин при шоке как местный анестетик желательнее не использовать

При множественных переломах ребер в условиях стационара оптимальным методом обезболивания можно считать

1. паравerteбральную блокаду и эпидуральную анестезию
2. спинальную анестезию
3. блокаду области перелома
4. наркотические анальгетики

Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

1. стерилизация ран скальпелем
2. удаление инородных тел и сгустков крови
3. иссечение всех нежизнеспособных тканей
4. создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии"
5. возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
6. удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

Основными условиями сращения костей являются:

1. идеальная репозиция костных отломков, восстановление конгруэнтности суставных поверхностей;
2. использование для фиксации костных отломков малотравматичных способов, обеспечивающих между ними динамическую компрессию до полной консолидации перелома;
3. включение в комплекс лечебной гимнастики в ранние сроки пассивных и активных движений в поврежденном суставе;
4. разрешение через 1-2 недели от начала фиксации осевой нагрузки величиной 30% веса тела;
5. все перечисленное.

Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава: в раннем периоде является:

1. консервативный;
2. гипсовые повязки;
3. функциональные шины;
4. оперативный.

При консервативном лечении переломов плеча самой грубой ошибкой будет

- а) сохранившееся незначительное смещение фрагментов
- б) перерастяжение фрагментов с образованием диастаза между ними
- в) слабое натяжение фрагментов, отсутствие тяги
- г) все перечисленное

Интрамедуллярный остеосинтез может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

- а) шока и кровопотери
- б) жировой эмболии
- в) ложного сустава
- г) нагноения
- д) деформирующего артроза коленного сустава

Неправильный подбор фиксатора по размерам при интрамедуллярном остеосинтезе бедра может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме

- а) проникновения штифта в коленный сустав
- б) перелома фиксатора
- в) заклинивания фиксатора в костном отломке
- г) перфорации стенки кости
- д) образования трещин в кости

При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают

- а) за пяточную кость
- б) за надлодыжечную область
- в) за таранную кость
- г) правильно а) и б)
- д) правильного ответа нет

Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является

- а) гипсовая повязка
- б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка
- в) компрессионно-дистракционный метод
- г) операция остеосинтеза

Консервативные методы лечения закрытых винтообразных переломов костей голени со смещением дают

- а) отличные результаты
- б) хорошие результаты
- в) удовлетворительные результаты
- г) плохие результаты
- д) правильно в) и г)

Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является

- а) первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение разрезной гипсовой повязки от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы
- б) первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения
- в) остеосинтез, если имеется материально-техническая база, подготовленные кадры
- г) наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки
- д) правильно в) и г)

Средний срок восстановления трудоспособности при переломах костей голени составляет

- а) 2-3 месяца
- б) 3-4 месяца
- в) 4-5 месяцев
- г) 5-6 месяцев
- д) 6-8 месяцев

При пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава, леченного гипсовой повязкой, срок иммобилизации составляет

- а) 1 месяц
- б) 2 месяца
- в) 2.5-3 месяца
- г) 4 месяца

Оперативное лечение переломо-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения

- а) на 10 дней
- б) на 14 дней
- в) на 21 день
- г) на 28 дней
- д) не ускоряет

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

Что относится к средствам кинезотерапии?

- 1. массаж;
- 2. двигательные режимы;
- 3. трудотерапия;
- 4. ЛФК;
- 5. все вышеперечисленное.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК в травматологии?

- 1. период иммобилизации;
- 2. наличие металлоостеосинтеза;
- 3. наличие ложного сустава;
- 4. наличие болей;
- 5. снижение тонуса мышц.

Используются перечисленные формы ЛФК при лечении травмы в период иммобилизации:

- 1. лечебной гимнастики
- 2. занятий физическими упражнениями по заданию
- 3. обучение двигательным навыкам бытового характера
- 4. лечебной гимнастики в воде

Формы ЛФК при лечении травмы в постиммобилизационном периоде включают:

- 1. лечебной гимнастики
- 2. лечебной гимнастики в воде
- 3. механотерапии
- 4. трудотерапии

Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают:

- 1. разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение
- 2. лечебную гимнастику
- 3. массаж спины
- 4. гелиотерапию

Задачи лечебной физкультуры при нарушении осанки включают:

- 1. укрепление мышц разгибателей позвоночника и мышц живота
- 2. укрепление мышц сгибателей позвоночника
- 3. укрепление мышц поддерживающих свод стопы
- 4. укрепление мышц тазового дна

Какие особенности методики ЛФК при травмах локтевого сустава?

1. упражнения должны быть только активные
2. упражнения должны быть только пассивные
3. упражнения должны сочетаться с тепловыми процедурами
4. упражнения идеомоторные
5. упражнения на расслабление

Какие упражнения противопоказаны в период вытяжения при травмах шейного отдела позвоночника?

1. активные упражнения в дистальных и проксимальных отделах конечностей
2. поочередное поднятие прямой ноги
3. поочередные скользящие движения ног
4. дыхательные упражнения
5. упражнения с предметами

Какие упражнения противопоказаны в постиммобилизационном периоде при травмах коленного сустава?

1. "велосипед"
2. "ножницы"
3. приседания
4. идеомоторные упражнения
5. дыхательные упражнения

Каковы особенности методики ЛФК при шейном остеохондрозе в остром периоде?

1. исключаются активные движения головой во все стороны
2. исключаются упражнения для мышц шеи на дозированное сопротивление
3. исключаются статические дыхательные упражнения
4. исключаются упражнения на расслабление
5. исключаются упражнения с предметами

Какие особенности лечебной гимнастики при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника в остром периоде заболевания?

1. использование вращательных движений тазом
2. использование дозированных упражнений на вытяжение позвоночника
3. использование быстрой смены различных исходных положений
4. использование снарядов
5. использование упражнений на расслабление

Какие рекомендации необходимы для облегчения состояния больного при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника?

1. исключить тракционное лечение
2. чаще выполнять упражнения на прогибание позвоночника назад
3. использовать ватно-марлевые валики под коленями в исходном положении лежа на спине
4. использовать исходное положение на четвереньках
5. использовать исходное положение сидя

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

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

3. Консервативный
4. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

3. При каждом визите к врачу
4. Спонтанный. непредсказуемый

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. Принцип ответственности за свое здоровье
2. Принцип комплексности
3. Принцип индивидуализации .
4. Принцип умеренности
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха.
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь»
8. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, могут быть использованы:

1. Мотивация самосохранения
2. Мотивация подчинения этнокультурным требованиям.
3. Мотивация получения удовольствия от здоровья.
4. Мотивация возможности самосовершенствования.
5. Мотивация возможности маневрировать.
6. Мотивация достижения максимально возможной комфортности
7. Все перечисленные

Что такое регулярная физическая активность?

1. занятие умеренной физической активностью 2 раза в неделю
2. занятие умеренной физической активностью 5 раз в неделю
3. занятие умеренной физической активностью 3 раза в неделю

При интенсивной физической активности затрачивается ккал в минуту:

1. 7 ккал в минуту
2. 2 ккал в минуту
3. 5 ккал в минуту

Какова оптимальная частота занятий физической активностью?:

1. 5 раз в неделю
2. 2 раза в неделю
3. 4 раза в неделю

По данным физиологов утренняя гигиеническая гимнастика должна составлять по длительности:

1. 15 минут
2. 10 минут
3. 40 минут

Индекс массы тела в норме:

1. 30-35

6. 18-24,9
2. 25-30

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

Согласно приказам МЗ РФ для оказания травматолого-ортопедической помощи на 1000 человек городского населения необходимо развернуть

- а) 0.1-0.2 стационарных кроватей
- б) 0.4-0.4 стационарных кроватей
- в) 0.5 стационарных кроватей
- г) 0.6-0.8 стационарных кроватей
- д) 1.0 стационарных кроватей

Для оказания травматолого-ортопедической помощи

на 1000 человек сельского населения необходимо развернуть

- а) 0.1-0.2 стационарных кроватей
- б) 0.3 стационарных кроватей
- в) 0.4-0.5 стационарных кроватей
- г) 0.6 стационарных кроватей
- д) 0.7-0.8 стационарных кроватей

Один травматологический пункт в городе рассчитан

- а) на 30-40 тыс населения
- б) на 50-70 тыс населения
- в) на 70-100 тыс населения
- г) на 100-200 тыс населения
- д) на 250-300 тыс населения

Не считается производственной травма, полученная

1. при выполнении общих обязанностей работника
2. во время рабочего процесса на территории предприятия
3. во время рабочего перерыва
4. в магазине после окончания рабочего времени по пути с работы
5. во вне рабочего времени, полученная при спасении человеческой жизни

В каких из названных ситуаций информация, составляющая врачебную тайну, предоставляется без согласия пациента или его законного представителя?

1. пациент не в состоянии выразить свою волю;
2. по запросу работодателя;
3. по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением разбирательства или досудебного расследования.

В функции врачебной комиссии медицинской организации входит все отмеченное ниже, кроме:

1. участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения;
2. анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
3. медико-экономический контроль объемов оказанной медицинской помощи.
4. оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий.

Председателем врачебной комиссии медицинской организации может являться:

1. руководитель медицинской организации;
2. заместитель руководителя медицинской организации;

3. руководитель отдела контроля качества медицинской помощи в медицинской организации;
4. любой сотрудник медицинской организации с высшим медицинским образованием;
5. клинический фармаколог.

Отметьте правильные из перечисленных действия, связанные с Решением врачебной комиссии:

1. считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии;
2. оформляется протоколом врачебной комиссии;
3. вносится в медицинскую документацию;
4. доводится до СМО или территориального фонда ОМС.

Комитет по этике городской поликлиники посчитал возможным квалифицировать нарушение врачом К. положений Этического кодекса, принятого на собрании трудового коллектива, как дисциплинарную ответственность. Правомерно ли данное решение ?

1. правомерно;
2. не правомерно.

Кто может быть экспертом качества медицинской помощи в системе ОМС?

1. любой врач со стажем работы от 5-10 лет;
2. практикующий врач со стажем работы по специальности не менее 5 лет и включенный в регистр экспертов качества;
3. врач специалист, имеющий любую квалификационную категорию или ученую степень и прошедший подготовку по экспертизе качества медицинской помощи;
4. врач, имеющий сертификат по специальности со стажем не менее 10 лет, прошедший подготовку по экспертной деятельности в сфере в ОМС и состоящий в регистре экспертов качества.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Состояние удовлетворительное. АД 115 / 80 мм рт. ст. Травма 3 часа назад, больная упала на правое плечо. Определяется пролабация кверху акромиального конца ключицы, вынужденное положение правой верхней конечности, легкий локальный отек. Симптом “клавиши” и симптом “ступени” положительные. Крепитации нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена, чувствительность не нарушена. Поставить предварительный диагноз? Вид транспортной иммобилизации? Возможные дополнительные методы обследования? Какое лечение консервативное или оперативное применяется преимущественно? Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вывих акромиального конца ключицы. 2. Косыночная повязка. 3. Рентгенограммы, желателно в сравнении с противоположным ключично-Акромиальным сочленением. 4. Оперативное. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
2	<p>Больная 72 лет упала на локоть, при этом почувствовала боль в области плечевого сустава. В поликлинику обратилась самостоятельно. Плечевой сустав незначительно увеличен в объеме, пальпация умеренно болезненна, при поколачивании по локтю отмечает боль в области плечевого сустава, при вращении плеча движения передаются на головку плечевой кости. Активные движения в плечевом суставе возможны, но ограничены из-за болей.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Транспортная иммобилизация?</p> <p>Вопрос 3: Способ лечения и выбор лечебной иммобилизации?</p> <p>Вопрос 4: Сроки начала активных движений в плечевом суставе?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вколоченный перелом хирургической шейки плечевой кости. 2. Косыночная повязка. 3. Консервативное, гипсовая лонгетная повязка по Турнеру или повязка Дезо. 4. Через 3 недели. 	
3	<p>Больной 40 лет упал на улице на отведенную руку, почувствовал резкую боль в области правого плечевого сустава. Обратился в поликлинику, поддерживает руку за локоть в приведенном положении. При осмотре выявляется резкая болезненность в области правого плечевого сустава, головка плеча не смещена, вращательные движения не передаются на головку, при этом определяется костная крепитация.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Какой тип перелома наиболее вероятен при данном механизме травмы?</p> <p>Вопрос 3: Какое необходимо обследование?</p> <p>Вопрос 4: Показания к хирургическому лечению?</p> <p>Вопрос 5: Сроки иммобилизации при консервативном лечении?</p> <p>Вопрос 6: Есть ли необходимость в стационарном лечении?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом хирургической шейки плечевой кости. 2. Наиболее вероятен двухфрагментарный внесуставной абдукционный перелом. 3. Рентгенограммы, для уточнения положения большого бугорка – КТ. 4. Трехфрагментарные переломы со смещением фрагментов. 5. 8 недель. 6. Есть в случае перелома со смещением, требующего репозиции, или хирургического лечения. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
4	<p>Больной 55 лет упал на улице на отведенную руку, отмечает резкую боль в области плечевого сустава, резкое ограничение движений. При обращении в травмпункт поддерживает руку за локоть в отведенном положении. При осмотре выявляется деформация надплечья, ниже акромиального отростка лопатки выявляется западение мягких тканей. Активные и пассивные движения невозможны, при попытке движений резко усиливается боль. Чувствительность и движения пальцев кисти сохранены.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Способ транспортной иммобилизации?</p> <p>Вопрос 3: Способ лечения в зависимости от данных рентгенологического обследования?</p> <p>Вопрос 4: Сроки иммобилизации, если нет перелома?</p> <p>Вопрос 5: Возможные последствия при попытке ранних движений?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый вывих плечевой кости. 2. Лестничная шина. 3. Закрытое вправление вывиха, если нет переломов; при переломе большого бугорка – закрытое вправление, в случае сохранения смещения бугорка хирургическое лечение; при вывихе и переломе хирургической шейки – открытое вправление и остеосинтез. 4. 3-4 недели 5. Привычный вывих плеча. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
5	<p>Больной 28 лет получил травму во время борьбы. При осмотре выявляется деформация плеча, укорочение, патологическая подвижность на границе средней и нижней трети, пальпация этой области болезненна, попытка движений в локтевом суставе резко усиливает боль. На протяжении 3 часов после травмы больной отмечает ухудшение отведения 1 пальца кисти, нарастание онемения в области 1 пальца и тыльной поверхности кисти.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>Вопрос 2: Какое осложнение развивается у пациента?</p> <p>Вопрос 3: Тактика лечения и его срочность?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом диафиза плечевой кости. 2. Сдавление лучевого нерва. 3. Лечение хирургическое, в экстренном порядке. 	
6	<p>Больному 54 лет по поводу перелома локтевого отростка без смещения отломков была наложена гипсовая повязка в положении сгибания в локтевом суставе под прямым углом. При контрольной рентгенографии через 10 дней выявлен диастаз между отломками.</p> <p>Вопрос 1: Что послужило причиной смещения отломков?</p> <p>Вопрос 2: Как этого можно было избежать?</p> <p>Вопрос 3: Какова тактика лечения в дальнейшем?</p> <p>Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неправильное положение при иммобилизации. 2. Фиксация под углом 120-130°. 3. Хирургическое лечение. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
7	<p>Врач общей практики вызван на дом к больной 75 лет. За два дня до этого женщина упала дома на правый бок, самостоятельно передвигаться не могла, в положении лежа беспокоили боли в области правого коленного сустава. При осмотре нога в положении неполной наружной ротации, укорочена на 3 см, весом конечности не владеет, но сгибает ногу в коленном и тазобедренном суставе, при движениях возникает боль в области правого тазобедренного сустава. При осмотре каких-либо изменений в этой области не выявлено. Из анамнеза известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью, ИБС, 5 лет назад перенесла острый инфаркт миокарда.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Объем обследования в приемном отделении стационара или на дому?</p> <p>Вопрос 3: Выбор метода лечения при удовлетворительном общем состоянии больной?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом шейки бедренной кости. 2. Рентгенограммы тазобедренного сустава, легких, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови. 3. Эндопротезирование тазобедренного сустава при подтверждении перелома шейки бедренной кости со смещением фрагментов. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
8	<p>Больная 83 лет доставлена в приемное отделение стационара по направлению поликлиники через неделю после падения дома на левый бок, ходить не могла, но сидела в постели, уход осуществлялся родственниками. Беспокоит боль в области левого тазобедренного сустава, усиливающаяся при движениях. При осмотре выявляется выраженная наружная ротация конечности, укорочение на 4 см, умеренный отек в верхней трети бедра, кровоподтек по наружной поверхности тазобедренного сустава и верхней трети бедра. Общее состояние больной удовлетворительное, пульс 88 уд. в мин., ритм., АД 150/90 мм рт. ст., в легких ослабленное везикулярное дыхание, кожа ягодичной области и спины чистая, дизурических явлений не отмечается, стул был 4 дня назад, живот при пальпации безболезненный, незначительно вздут.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Наиболее вероятный уровень перелома?</p> <p>Вопрос 3: Обследование в приемном отделении или на дому?</p> <p>Вопрос 4: Способ иммобилизации?</p> <p>Вопрос 5: Оптимальный для активизации пациентки выбор способа дальнейшего лечения?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом проксимального отдела бедренной кости. 2. Чрезвертельный перелом. 3. Рентгенограммы тазобедренного сустава, легких, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, УЗИ вен нижних конечностей. 4. Скелетное вытяжение или деротационный сапожок. 5. Остеосинтез перелома. 	
9	<p>Больной 55 лет упал, поскользнувшись на улице, После падения самостоятельно встал и прошел небольшое расстояние. Возникшая боль в области тазобедренного сустава при ходьбе заставила пациента обратиться в травматологический пункт. При осмотре область тазобедренного сустава без видимых изменений, укорочения конечности не выявляется. Владеет весом конечности, при поднимании ноги возникает незначительная боль в области тазобедренного сустава, умеренная болезненность при проверке пассивных движений, которые сохранены практически в полном объеме. При поколачивании по пятке также отмечается болезненность в области тазобедренного сустава.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Объем рентгенологического обследования?</p> <p>Вопрос 3: Метод дальнейшего лечения?</p> <p>Вопрос 4: Выбор амбулаторного или стационарного лечения?</p> <p>Вопрос 5: Возможные осложнения?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вколоченный перелом шейки бедренной кости. 2. Рентгенограммы в 2-х проекциях (прямая и аксиальная), если перелом не выявлен при рентгенографии – КТ. 3. Оптимально – остеосинтез, в ряде случаев возможно консервативное лечение. 4. При консервативном лечении может наблюдаться на дому при возможности выполнения контрольных рентгенограмм. 5. Возможно вторичное смещение фрагментов. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
10	<p>Больная 85 лет доставлена в приемное отделение из дома, за 3 часа до поступления упала с кровати, после чего появились боли в области левого тазобедренного сустава. Последний год практически не ходила после перенесенного нарушения мозгового кровообращения. При осмотре состояние тяжелое, на вопросы отвечает спутано, не ориентируется, где находится. Пульс аритмичный, 98 уд. в мин., тоны сердца глухие, в легких дыхание ослабленное, рассеянные хрипы, выявляется левосторонний гемипарез, голени пастозны, умеренные трофические нарушения на коже голени. Левая нижняя конечность ротирована наружу, укорочена, кожные покровы в области тазобедренного сустава не изменены, движения и нагрузка по оси конечности вызывают болезненность в области тазобедренного сустава, пальпация этой области также болезненна.</p> <p>Вопрос 1: Диагноз?</p> <p>Вопрос 1: Какое необходимо провести обследование в приемном отделении?</p> <p>Вопрос 1: Какие лечебные мероприятия должны быть начаты сразу?</p> <p>Вопрос 1: Возможный выбор способа лечения в зависимости от общего состояния?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом шейки бедренной кости (возможно и чрезвертельный перелом). 2. Рентгенограммы тазобедренного сустава, легких, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, электролиты крови. 3. При выявлении пневмонии – антибактериальная терапия; терапия, направленная на стабилизацию сердечного ритма и лечение недостаточности кровообращения. 4. Наиболее вероятно, что оперативное лечение противопоказано, используется метод «ранней мобилизации», иммобилизация деротационным сапожком. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
11	<p>Больная 35 лет пострадала в дорожно-транспортном происшествии. Беспокоят боли в</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-

	<p>области левого бедра и левого коленного сустава, конечность в положении незначительного сгибания в коленном и тазобедренном суставе, при попытке выпрямить ногу происходит усиление болей в нижней трети бедра. При объективном обследовании резкая болезненность при пальпации в нижней трети бедра, там же патологическая подвижность, при попытке выпрямить ногу в коленном суставе нарастает деформация и происходит усиление болей. Выпота в коленном суставе не определяется, нервно-сосудистых расстройств не отмечено.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Выбор способа транспортной иммобилизации?</p> <p>Вопрос 3: Возможные осложнения?</p> <p>Вопрос 4: Тактика лечения?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом диафиза бедренной кости в нижней трети. 2. Лестничные шины со сгибанием коленного сустава под углом 140°. 3. Повреждение подколенной артерии. 4. Преимущественно хирургическая – остеосинтез. 	8
12	<p>Больной при прыжке с высоты 2 м почувствовал резкую боль в колене, наступать на ногу стало невозможно. При осмотре коленный сустав увеличен в объеме, положительный симптом "баллотации надколенника", поперечник голени на уровне мыщелков увеличен, резкая болезненность при пальпации на этом уровне, костная крепитация и патологическая подвижность. Пульсация на тыльной артерии стопы сохранена, чувствительность не нарушена.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Диагностические и лечебные мероприятия в приемном отделении?</p> <p>Вопрос 3: Консервативное или оперативное лечение?</p> <p>Вопрос 4: Сроки иммобилизации и нагрузки при остеосинтезе пластиной?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом мыщелков большеберцовой кости со смещением фрагментов. 2. Рентгенограммы в 2-х проекциях, пункция коленного сустава с удалением крови. 3. Оперативное. 4. Иммобилизация 2-4 недели, нагрузка не ранее 6-8 недель. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
13	<p>Мужчина 50 лет поскользнулся на улице и упал на согнутое колено. До травматологического пункта дошел самостоятельно, при этом испытывал сильную боль при вынесении ноги вперед. При осмотре коленный сустав увеличен в объеме, пальпация надколенника резко болезненна, поднять выпрямленную ногу больной не может.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как правильно выполнить транспортную иммобилизацию?</p> <p>Вопрос 3: Какие диагностические и лечебные мероприятия должны быть выполнены в поликлинике или приемном отделении стационара?</p> <p>Вопрос 4: Показания к хирургическому лечению?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом надколенника. 2. При разогнутом коленном суставе. 3. Рентгенограммы, пункция коленного сустава. 4. Расхождение фрагментов надколенника более 4-5 мм. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
14	<p>Пострадавший упал с высоты 3 этажа, приземлился на стопы. Беспокоят сильные боли в области голеностопных суставов и пяток, опора на конечности невозможна из-за сильных болей. При осмотре отмечается отек стоп и голеностопных суставов, кровоподтек по наружной и внутренней поверхности ниже лодыжек, при поколачивании по пяткам – резкая боль.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как должна быть выполнена транспортная иммобилизация?</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>Вопрос 3: Какие диагностические мероприятия, какое повреждение еще характерно для данного механизма травмы?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом пяточных костей со смещением фрагментов. 2. Со сгибанием коленных суставов и легким эквинусом стоп. 3. Рентгенограммы пяточных костей и ниже-грудного и поясничного отдела позвоночника, т.к. для кататравмы характерно повреждение в ниже-грудном и поясничном отдел позвоночника . 	
15	<p>Больной в прошлом спортсмен, при игре в волейбол во время прыжка почувствовал боль в области ахиллова сухожилия, было ощущение "удара" по сухожилию. Мог идти самостоятельно, но в дальнейшем отметил, что не может подняться на пальцы поврежденной ноги, появился кровоподтек по задней поверхности голени в нижней трети, боли при ходьбе сохранялись. К врачу поликлиники обратился через 5 дней после травмы.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Какой симптом необходимо проверить при клиническом обследовании?</p> <p>Вопрос 3: Положение при иммобилизации?</p> <p>Вопрос 4: Лечебная тактика?</p> <p>Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрыв ахиллова сухожилия. 2. Симптом Томпсона (при механическом сдавлении икроножной мышцы не происходит подошвенной флексии стопы). 3. С согнутым коленным суставов и эквинусом стопы. 4. Хирургическая – шов ахиллова сухожилия. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
16	<p>В поликлинику обратилась пациентка 78 лет с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника без иррадиации, но усиливающиеся при ходьбе. Боли появились после того, как неделю назад больную резко подбросило на заднем сидении автобуса. Дома принимала анальгин, индометацин, использовала растирания, что не уменьшило болей. При осмотре выявляется сглаженность поясничного лордоза, умеренная болезненность при пальпации остистых отростков I и II поясничных позвонков, боль при осевой нагрузке неотчетливая.</p> <p>Вопрос 1: Какое повреждение позвоночника можно заподозрить у пациентки</p> <p>Вопрос 2: Какие рентгенологические признаки позволят подтвердить диагноз</p> <p>Вопрос 3: С какими заболеваниями необходимо в данном случае дифференцировать предполагаемое повреждение позвоночника</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данной пациентке . Дайте рекомендации по профилактике подобных осложнений и мотивируйте пациентку к их исполнению. Роль врача общей практики и медицинской сестры общей практики в профилактике переломов у лиц пожилого и старческого возраста.</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Компрессионный перелом 1-2 поясничных позвонков. 2. Клиновидная деформация тела позвонка, снижение его высоты, нарушение целостности кортикальных пластинок. 3. С люмбалгией на фоне остеохондроза или системного остеопороза. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10
17	<p>Больная 60 лет, страдающая бронхиальной астмой, на протяжении 10 лет получает терапию стероидными препаратами. Дома, убирая в квартире, после наклона почувствовала боль в поясничном отделе позвоночника, которая сохранялась на протяжении двух недель и усиливалась при ходьбе, в связи с чем пациентка обратилась в поликлинику. При осмотре отмечается усиление грудного кифоза, сглажен поясничный лордоз, болезненность при пальпации остистых отростков позвонков как в грудном, так и в поясничном отделе, но наиболее выражена на уровне XII грудного и I поясничного позвонка, осевая нагрузка незначительно болезненна.</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	<p>Вопрос 1: Какое возможно повреждение позвоночника в данном случае?</p> <p>Вопрос 2: Что могло явиться причиной этого повреждения при такой незначительной травме?</p> <p>Вопрос 3: Тактика лечения в конкретном клиническом случае?</p> <p>Вопрос 4: Что необходимо для профилактики переломов тел позвонков у больных с такой патологией (ортопедические приспособления и терапия)?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту .</p> <p>Мотивируйте пациента на предупреждение подобных состояний</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологические компрессионные переломы. 2. Стероидный остеопороз. 3. Консервативное лечение, ограничение ходьбы, но без строгого постельного режима, использование полужесткого корсета. 4. Использование полужесткого корсета при нагрузках, терапия остеопороза. 	
18	<p>Больной 42 лет, поскользнувшись на улице упал, ударился правой половиной грудной клетки. Почувствовал боль при дыхании и движении туловищем. Сразу за медицинской помощью не обратился, лечился самостоятельно, принимая анальгетики. Через 6 часов после травмы состояние резко ухудшилось, появилась одышка, чувство “нехватки воздуха”, резкая слабость, цианоз носогубного треугольника. В приемном отделении стационара врачом определялась костная крепитация по средней подмышечной линии на уровне VII ребра и подкожная эмфизема.</p> <p>Вопрос 1: Предварительный диагноз?</p> <p>Вопрос 1: Необходимое обследование?</p> <p>Вопрос 1: Возможные осложнения переломов ребер в данном случае?</p> <p>Вопрос 1: Лечебные мероприятия?</p> <p>Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом ребер с повреждением легкого. 2. Рентгенограммы грудной клетки, клинический анализ крови. 3. Пневмоторакс, гемопневмоторакс. 4. Обезболивание, дренирование плевральной полости. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
19	<p>Пострадавший упал и ударился спиной. За помощью обратился в поликлинику, где был установлен диагноз перелома VII левого ребра, наложена давящая повязка на грудь. Лечился дома, принимал анальгетики. В течение 5 суток самочувствие больного не улучшилось, сохранялась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 110 уд. в мин., температура 38,1 град. Цельсия. Определяется цианоз губ, резкое ослабление дыхания слева, рассеянные влажные хрипы.</p> <p>Вопрос 1: Диагноз (основной и осложнения)?</p> <p>Вопрос 2: Ошибки врача на амбулаторном этапе, которые способствовали ухудшению состояния больного?</p> <p>Вопрос 3: Лечебные мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося осложнения?</p> <p>Вопрос 4: Необходимость госпитализации? Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений Какие методики реабилитации могут быть показаны данному пациенту</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом ребра, осложненный пневмонией. 2. Отсутствие адекватного обезболивания и ограничение дыхательный экскурсий за счет давящей повязки. 3. Обезболивание, антибактериальная терапия. 4. Целесообразна госпитализация. 	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10
20	<p>Женщина 70-ти лет жалуется на боли в коленных суставах, уменьшение объема движений в них, умеренные боли в суставах позвоночника. Около 15-ти лет прогрессирует деформация нижних конечностей. Болезненности при пальпации коленных суставов нет. При обследовании: ревматоидный фактор - 1:20, СОЭ - 15</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8

<p>мм/час, мочевая кислота - 0.16 ммоль/л Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз? Вопрос 2: Дополнительное обследование? Вопрос 3: В каком случае будут показания к хирургическому лечению? Вопрос 4: Какой вариант операций наиболее вероятен? Составьте программу реабилитации Ответ: 1. Деформирующий остеоартроз. 2. Необходимо выполнить рентгенограммы тазобедренных и коленных суставов. 3. При признаках артроза 3 ст. и выраженных деформациях. 4. Эндопротезирование.</p>	
--	--

Акушерство и гинекология

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Характерными симптомами внутрипеченочного холестаза беременных являются:

1. петехиальная сыпь
2. артралгии
3. боли в животе
4. кожный зуд, слабая желтуха
5. изжога, желтуха

Нагрубание молочных желез и появление молозива относится к группе:

1. вероятных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. достоверных признаков беременности

Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе:

1. вероятных признаков беременности
2. сомнительных признаков беременности
3. достоверных признаков беременности

Достоверным признаком беременности является:

1. изменение формы, величины и консистенции матки
2. тошнота, рвота по утрам
3. аускультация сердечных тонов плода
4. положительная биологическая реакция
5. определение (пальпация) частей плода

Особенностью раскрытия шейки матки у первородящих женщин является:

1. последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева
2. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
3. последовательное укорочение и сглаживание
4. последовательное раскрытие наружного и внутреннего зева

Особенностью раскрытия шейки матки у повторнородящих является:

1. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
2. последовательное укорочение и сглаживание

3. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
4. раскрытие внутреннего, а затем наружного зева

Излитие околоплодных вод следует считать своевременным:

1. до начала родовой деятельности
2. во втором периоде родов
3. при раскрытии маточного зева 5-6 см
4. при раскрытии маточного зева 7 см и более

Признаком отделения плаценты от стенки матки является:

1. округлая форма матки
2. втягивание пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лонным сочленением
3. удлинение наружного отрезка пуповины
4. передача дыхательных движений на пуповину
5. флюктуация пуповины при поколачивании по дну матки

Менопаузой называют:

1. период окончания стабильной менструальной функции
2. последнюю менструацию в жизни женщины
3. период (1 год) после последней менструации
4. период после окончания репродуктивного возраста
5. период наступления последней менструации

Для климактерического синдрома характерны жалобы на:

1. частую изменчивость настроения
2. «приливы» жара
3. альгоменорею
4. нарушения сна
5. сердцебиение

К вазомоторным проявлениям климактерического синдрома относят:

1. раздражительность
2. потливость
3. нарушения сна
4. снижение памяти, забывчивость
5. «приливы» жара

Максимальная высота стояния дна матки обычно наблюдается:

1. в 36 недель
2. в 34 недели
3. в 40 недель
4. в 42 недели
5. в начале 1-го периода родов

Измерение окружности живота беременной женщины производится:

1. в положении лежа на боку
2. в положении стоя
3. на уровне дна матки
4. на уровне пупка
5. в положении лежа на спине

Нормальная родовая деятельность в начале первого периода родов характеризуется продолжительностью схваток:

1. 50-60 сек
2. 30-40 сек
3. 20-30 сек
4. 15-20 сек

5. 5-10 сек

Степень тяжести климактерического синдрома определяется по:

1. степени и характеру нарушений менструальной функции
2. количеству «приливов» жара в сутки
3. уровню соотношения ЛГ/ФСГ в сыворотке крови
4. уровню АМГ и ингибина В в сыворотке крови

Первый период родов продолжается:

1. от начала регулярных схваток до сглаживания шейки матки
2. от начала регулярных схваток до рождения плода
3. от начала регулярных схваток до полного открытия маточного зева
4. от начала регулярных схваток до вставления головки плода
5. от начала схваткообразных болей в низу живота до раскрытия маточного зева до 7-8 см

Второй период родов продолжается:

1. от вскрытия плодного пузыря до рождения плода
2. от полного раскрытия маточного зева до рождения плода
3. от вставления головки до рождения плода
4. от сглаживания шейки матки до рождения плода
5. от начала схваток потужного характера до рождения плода

Третий период родов продолжается:

1. от отделения плаценты до рождения последа
2. от рождения плода до рождения последа
3. от рождения плода до отделения плаценты
4. от полного раскрытия маточного зева до рождения последа
5. два часа после рождения последа

Максимальная высота стояния дна матки обычно наблюдается

1. в 36 недель
2. в 34 недели
3. в 40 недель
4. в 42 недели
5. в начале 1-го периода родов

Для вычисления предполагаемой даты родов у первородящих женщин к дате первого шевеления плода необходимо прибавить

1. 16 недель
2. 18 недель
3. 20 недель
4. 22 недели
5. 25 недель

Для вычисления предполагаемой даты родов у повторнородящих женщин к дате первого шевеления плода необходимо прибавить

1. 25 недель
2. 22 недель
3. 18 недель
4. 20 недель
5. 16 недель

Измерение окружности живота беременной женщины производится

1. в положении лежа на боку
2. в положении стоя
3. на уровне дна матки
4. на уровне пупка

5. в положении лежа на спине

Клинический анализ крови у беременных должен производиться

1. 2 раза в месяц
2. 1 раз в месяц
3. не менее 3 раз в течение беременности
4. 2 раза в триместр
5. 1 раз в 2 месяца

Общий анализ мочи у беременных должен производиться

1. 2 раза в триместр
2. 1 раз в месяц
3. 2 раза в месяц
4. 1 раз в неделю
5. к каждому посещению врача

Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II-м триместре должно производиться

6. при подозрении на предлежание плаценты
7. для уточнения характера предлежащей части
8. при каждой явке
9. один раз за триместр
10. только при наличии показаний

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6);

При ведении родов у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией:

1. наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути;
2. наиболее оптимальным является родоразрешение операцией кесарева сечения;
3. необходимо раннее вскрытие плодного пузыря;
4. целесообразно своевременное вскрытие плодного пузыря;
5. необходимо укорочение периода изгнания или исключение потуг.

При лечении гломерулонефрита у беременных противопоказано назначение:

1. ограничения приема жидкости;
2. салуретических мочегонных препаратов;
3. кардиотонических средств;
4. глюкокортикостероидов;
5. иммунодепрессантов.

Начальный уровень гемоглобина у беременной, при котором необходимо начать терапевтическое лечение анемии составляет:

1. менее 120 г/л;
2. менее 110 г/л;
3. менее 100 г/л;
4. менее 90 г/л;
5. менее 80 г/л.

Терапия, направленная на пролонгирование беременности, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости при заболеваниях группы "острого живота":

1. обязательно проводится в I и II триместрах беременности;
2. зависит от состояния плода и срока беременности;

3. во II и III триместрах как правило проводится с использованием внутривенного введения раствора β -адреномиметиков;
4. не должна проводиться в конце беременности (после 37 недель);
5. может проводиться с использованием спазмолитиков.

Терапия железодефицитной анемии при беременности может осуществляться кратковременными прерывистыми курсами пероральных препаратов железа(III):

1. широким применением подкожного введения рекомбинантного эритропоэтина (эпокрин) в составе комплексной антианемической терапии;
2. внутривенными инфузиями: железа карбоксимальтозат (Феринжент®); железа (III)-гидроксид (Венофер®);
3. длительным (не менее 2-3-х месячным) пероральным применением: железа(II)+аскорбиновая кислота (Сорбифер Дурулес); железа(III)протеин сукциниллат (Ферлатум®); железа(III) гидроксид (Мальтофер®);
4. только назначением адекватной диеты, богатой железом, белком и витаминами.

При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1. диетотерапию с ограничением углеводов и исключением легкоусвояемых углеводов
2. инсулинотерапию
3. пероральные сахароснижающие препараты группы сульфанилмочевины
4. бигуаниды
5. диетотерапию с ограничением белков

Клинический анализ крови у беременных должен производиться:

1. 2 раза в месяц;
2. 1 раз в месяц;
3. не менее 3 раз в течение беременности;
4. 2 раза в триместр;
5. 1 раз в 2 месяца.

Общий анализ мочи у беременных должен производиться:

1. 2 раза в триместр;
2. 1 раз в месяц;
3. 2 раза в месяц;
4. 1 раз в неделю;
5. к каждому посещению врача.

Началом родов следует считать:

1. излитие околоплодных вод;
2. появление нерегулярных схваток ;
3. вставление головки;
4. появление регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки.

Потуги отличаются от схваток:

1. увеличением частоты сокращений матки;
2. увеличением интенсивности сокращений матки;
3. присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна;
4. прекращающимися сокращениями матки.

Основное отличие схваток первого периода родов от схваток подготовительного периода заключается:

1. в продолжительности интервалов между схватками;
2. в интенсивности сокращений миометрия;
3. в развитии структурных изменений в шейке матки;
4. в продолжительности схваток;
5. в степени болезненности.

Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать:

1. после каждой потуги;
2. каждые 15 минут;
3. каждые 10 минут;
4. каждые 5 минут.

Показанием к оперативному лечению миомы матки может явиться наличие у больной:

1. возраста старше 40 лет;
2. субсерозно-интрамурального расположения узлов;
3. субмукозной формы опухоли;
4. нарушения функции соседних органов;
5. меноррагий, приводящих к вторичной анемии.

Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

- а) принимать внутрь препарат железа со II – III триместра беременности и 6 месяцев кормления ребенка грудью
- б) включить в диету красную рыбу, гранаты, морковь
- в) перелить эритроцитарную массу перед родами
- г) сделать 10 внутривенных инъекций ферропрепаратов
- д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

При лечении климактерического синдрома рекомендуют:

1. рациональный режим дня и питания;
2. общий массаж;
3. бальнеотерапию;
4. дозированные физические нагрузки, ходьба, гимнастические упражнения;
5. низкокалорийную диету, направленную на снижение массы тела.

Какие противопоказания к назначению ЛФК при беременности?

1. беременность 6-12 недель
2. привычные выкидыши в анамнезе
3. беременность 36-38 недель
4. беременность 12-16 недель
5. беременность 20 недель

Какие физические упражнения входят в предродовую гимнастику?

1. ходьба с динамическими дыхательными упражнениями
2. простые физические упражнения для конечностей из исходного положения лежа на животе
3. приседания и подскоки в пределах состояния беременной
4. кувырки
5. подтягивания

Какие задачи ЛФК при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов?

1. восстановление детородной функции
2. нормализация гормональной функции
3. ликвидация остаточных явлений воспалительного процесса в малом тазу
4. улучшение фигуры
5. нормализация веса

Какие исходные положения при ЛФК должны быть при ретрофлексии матки?

1. коленно-локтевое
2. на правом боку
3. на спине
4. на стуле
5. на животе

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

Концепция принципов диспансеризации беременных включает

6. ранний охват беременных врачом наблюдением
7. своевременное обследование и регулярность наблюдения
8. профилактику гнойно-септических осложнений
9. профилактические госпитализации беременных
10. психопрофилактическую подготовку к родам

Что следует понимать под режимом питания?

1. кратность приемов пищи.
2. соблюдение минимальных интервалов между приемами пищи.
3. распределение калорийности между приемами пищи.
4. все ответы верны
5. все ответы не верны

Рекомендуемая кратность приемов пищи для взрослых людей:

1. пять.
2. четыре.
3. три.
4. два.
5. все ответы верны

Факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на физическое развитие:

1. алкоголизм и наркомания родителей
2. недостаточное и неполноценное питание
3. хронические заболевания
4. занятие физической культурой
5. неблагоприятные социальные условия

Физиометрические показатели физического развития:

1. жизненная емкость легких.
2. сила мышц кисти.
3. окружность грудной клетки.
4. станова́я сила.
5. величина АД, частота пульса.

С какой целью используют данные о физическом развитии?

1. как объективный критерий при оценке здоровья детского населения.
2. для разработки профилактических мероприятий по охране здоровья детей и подростков.
3. для суждения о детской заболеваемости.
4. для конструирования детской мебели
5. все ответы верны

В чем проявляется акселерация?

1. более ранних сроках удвоения массы тела новорожденных детей.

2. ускорении темпов умственного развития.
3. более ранней смене молочных зубов на постоянные.
4. более ранних сроках полового созревания.
5. ускорении окостенения скелета.

Мотивировать беременную для подготовки к родам психопрофилактически можно путем:

1. разъяснения влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода
2. ознакомления с основами гигиены режима и питания беременных
3. разъяснения физиологической сущности родов и правильному поведению при родах
4. устранения психогенного компонента родовой боли
5. обучение приемам, уменьшающим болевые ощущения

В целях мотивации профилактики развития рака эндометрия следует отметить, что она заключается в :

- 1) в устранении нарушений овуляции
- 2) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
- 3) в использовании оральных контрацептивов
- 4) правильные ответы «1» и «2»
- 5) все ответы правильные

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

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. Все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

- a. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- b. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
- c. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
- d. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
- e. Все перечисленное верно

Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. в I-м триместре (до 12-ти недель)
2. при ухудшении состояния

3. при присоединении акушерской патологии
4. в 28-32 недели
5. при появлении признаков недостаточности кровообращения

Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. при присоединении акушерской патологии
2. в 37-38 недель
3. при появлении признаков недостаточности кровообращения
4. в 32-34 недели
5. при появлении признаков активности ревматического процесса

Беременной необходимо встать на диспансерный учет в женской консультации до срока беременности

1. 5 недель
2. 12 недель
3. 14 недель
4. 16 недель
5. 20 недель

Концепция принципов диспансеризации беременных включает

1. ранний охват беременных врачом наблюдением
2. своевременное обследование и регулярность наблюдения
3. профилактику гнойно-септических осложнений
4. профилактические госпитализации беременных
5. психопрофилактическую подготовку к родам

Правами пациента для Российского законодательства являются:

1. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
2. допуск в стационар адвоката;
3. допуск в стационар священнослужителя;
4. выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
5. все вышеперечисленные.

Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

1. врач станции скорой помощи;
2. врач станции переливания крови;
3. врач бальнеолечебницы;
4. врач приемного покоя больницы;
5. судебно-медицинский эксперт

Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

1. несовершеннолетним детям;
2. при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
3. лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
4. лицам страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих;
5. при любом остром заболевании.

Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь

1. в территориальной поликлинике;
2. в любой поликлинике населенного пункта;
3. в любой поликлинике Российской Федерации;
4. в любой поликлинике субъекта Федерации;
5. в любом медицинском учреждении СНГ.

Листок нетрудоспособности не выдается:

1. при отпуске для санаторно-курортного лечения;
2. при уходе за больным членом семьи;
3. при карантине;
4. лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы;
5. при бытовой травме;

Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска: а. выдается больничный лист; б. выдается справка произвольной формы; в. продлевается больничный лист; г. никакой документ не выдается.

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

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Повторнородящая 30 лет, срок беременности 34 недели. Из акушерско-гинекологического анамнеза: 1 срочные физиологические роды и 2 искусственных аборта до 12 недель беременности, без осложнений. Из соматических заболеваний: хронический пиелонефрит. Общая прибавка веса за беременность – около 20 кг. При очередном осмотре: прибавка в весе за 2 недели составила 1,8 кг, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, АД – 170/120 мм рт. ст, в анализе мочи – белок 3,3 г/л. При опросе – головную боль, нарушения зрения, боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту – отрицает.</p> <p><i>Объективно:</i> общее состояние соответствует средней степени тяжести. Выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, напряжен. АД – 170/100 мм рт. ст (D=S). Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, безболезненный при пальпации. Матка в нормотонусе, безболезненная во всех отделах, увеличена соответственно 32 недельному сроку беременности. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 30 см. Положение плода продольное. Предлежит головка плода – подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140-156 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Выделений из половых путей нет. Дополнительные лабораторные данные: при проведении экспресс-анализа мочи: протеинурия 3,3 г/л.</p> <p>Вопрос 1: Перечислите возможные причины повышения АД при беременности. Вопрос 2: Сформулируйте клинический диагноз. Вопрос 3: План дополнительного обследования. Вопрос 4: Принципы ведения беременной.</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Причины артериальной гипертензии при беременности: Гипертоническая болезнь (около 90% всех случаев артериальной гипертензии при беременности) – первичная артериальная гипертензия. Гестоз. Заболевания почек: хронический пиелонефрит, острый и хронический гломерулонефрит, поликистоз почек, стеноз сосудов почки, инфаркт почки, нефросклероз, диабетическая нефропатия, продуцирующие ренин опухоли почки. Эндокринопатии: сахарный диабет, гиперкортицизм, болезнь Иценко-Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, врожденная гиперплазия коры надпочечников, феохромоцитома, гипотиреоз, акромегалия и др.; Психические и нейрогенные расстройства: психогенная гипертензия, 	ПК-5, ПК-6

	<p>гипоталамический синдром, вегетативная дисфункция и т.д. Опухолевые и неопухолевые заболевания головного мозга.</p> <p>2. Беременность 34 недели. Сочетанный гестоз тяжелой степени на фоне хронического пиелонефрита, фаза ремиссии. Хроническая плацентарная недостаточность (?). Пренатальная гипотрофия плода (?). ОАА.</p> <p>3. Общеклинический и биохимический анализ крови, коагулограмма (число тромбоцитов, ПДФ (продукты деградации фибрина/фибриногена), АЧТВ, фибриноген), определение группы крови и Rh фактора, пробы Реберга и Зимницкого, суточная потеря белка в моче, общий анализ мочи, проба Нечипоренко, консультации терапевта+ЭКГ, окулиста (глазное дно), невролога, УЗИ+доплерометрия, КТГ.</p> <p>4. Срочная госпитализация. Лечение гестоза тяжелой степени проводится в палате или отделении интенсивной терапии совместно с реаниматологом, поскольку существует риск перехода в следующие фазы развития гестоза – преэклампсию и эклампсию).</p>	
2	<p>Первобеременная первородящая 23 лет; прошло 5 ч от развития регулярных схваток. Околоплодные воды не изливались. Срок беременности – доношенный. В женской консультации наблюдалась регулярно, беременность протекала без осложнений. Общесоматические заболевания – отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостенической конституции. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, увеличен в размерах за счет беременной матки, соответствующей доношенной беременности. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 36 см. Предполагаемый вес плода по индексу Рудакова – 3600 г. Размеры таза: 25 – 28 – 31 – 20 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.</p> <p>Схватки через 4 мин по 35 сек, достаточные по силе, умеренно болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка плода – прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается отчетливо слева ниже пупка 136 ударов в минуту ясное, ритмичное. Выделений из половых путей нет.</p> <p>Per vaginam: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см, края тонкие, легко растяжимые. Плодный пузырь цел, хорошо наливается при схватке. Предлежит головка плода – прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок – слева и спереди. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Через 2 часа после поступления спонтанно излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. В дальнейшем – через 8 часов от начала регулярных схваток, 3 часа после спонтанного излития околоплодных вод и через 15 минут достаточно интенсивных потуг в I позиции переднего вида родился живой доношенный мальчик массой 3650 г и длиной 52 см без признаков ВПР с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 10 мин самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед. При осмотре – дефектов плацентарной ткани нет, плодные оболочки – все. Матка сократилась, плотная. Кровопотеря в III периоде родов составила 150 мл.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте клинический диагноз. Вопрос 2: <i>Определите план ведения родов.</i> Вопрос 3: Определение понятия родов, клинические периоды родов, физиологическая длительность родового акта, фазы первого периода родов. Вопрос 4: Перечислите основные показания к вагинальному исследованию в родах. Вопрос 5: Укажите известные Вам наружные методы определения степени раскрытия маточного зева в I периоде родов. Вопрос 6: Основные принципы клинического ведения I периода родов. Вопрос 7: Принципы обезболивания родов. Какие методы обезболивания допустимы на данном этапе родов? Вопрос 8: Как Вы оцениваете течение родов в данном клиническом случае? Вопрос 9: Основные принципы клинического ведения II периода родов. Вопрос 10: Оценка состояния новорожденного после рождения. Вопрос 11: Как Вы оцениваете течение III периода родов в данном клиническом случае? Основные принципы клинического ведения III периода родов. В чем состоит</p>	ПК-5, ПК-6

отличие вариантов отделения плаценты по Щультцу и Дункану?

Ответ:

1. Роды I срочные, I период.
2. Роды могут быть предоставлены течению через естественные родовые пути под перманентным мониторным наблюдением за состоянием внутриутробного плода (КТГ). Профилактика акушерского кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Методы обезболивания – ППП, спазмоанальгетики, региональная анестезия.
3. Роды – сложный многозвеньевой, безусловно-рефлекторный процесс, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки после достижения плодом жизнеспособности (определенной степени зрелости).

В течение родового акта с клинической точки зрения выделяют три периода: I – период раскрытия; II – период изгнания; III – последовый период. Физиологическая продолжительность родов у первородящих женщин составляет от 7 до 14 часов, у повторнородящих – от 6 до 12 часов.

На основании оценки длительности, частоты и интенсивности схваток, а также маточной активности, темпов раскрытия шейки матки и продвижения головки плода во время I периода родов выделяют 3 фазы:

I фаза (латентная) – от начала регулярных схваток до 4 см раскрытия маточного зева; средняя скорость раскрытия 0,35 см/час.

II фаза (активная) – от 4 см раскрытия маточного зева до 8 см; средняя скорость раскрытия 1,5-2,5 см/час.

III (фаза замедления) – от 8 см раскрытия маточного зева до его полного раскрытия; средняя скорость раскрытия 1-1,5 см/час.

4. Вагинальное исследование в родах производится в следующих случаях:

При поступлении в акушерский стационар;

При излитии околоплодных вод;

Через 4 – 6 часов после предыдущего осмотра (с целью определения динамики раскрытия шейки матки);

Для определения акушерской ситуации при возникновении:

- гипоксии плода;
- кровотечения из половых путей;
- слабости родовой деятельности и т.д.

Перед выполнением акушерских операций (амниотомия, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение и др.).

5. Существуют два наружных метода определения степени раскрытия маточного зева в родах:

Метод *Шатца-Унтербергера-Занченко* – степень раскрытия маточного зева соответствует расположению пограничной борозды и верхним краем лонного сочленения (прямая пропорциональность).

Метод *Роговина* – соответствие степени раскрытия маточного зева высоте стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку (обратная пропорциональность).

6. Основные принципы клинического ведения I периода родов:

Оценка состояния роженицы;

Оценка состояния плода (аускультация каждые 15-30 мин, запись непрямой КТГ);

Оценка характера родовой деятельности (пальпаторно по *Винкелю*, КТГ; открытие маточного зева – наружные приемы, влагалищное исследование);

Профилактика гипоксии плода, аномалий сократительной деятельности матки.

7. Преимущества эффективной анальгезии во время родов заключается в уменьшении психо-эмоционального напряжения роженицы, прерывании симпатoadреналового ответа на боль, обеспечении стабильности сердечнососудистой системы, улучшении маточно-плацентарного кровотока, уменьшении энергозатрат, снижении потребления кислорода, препятствии развития вазоконстрикции и редукции маточно-плацентарного кровотока. Выбор метода обезболивания осуществляет

	<p>анестезиолог совместно с ведущим роды акушером, при этом учитывается выраженность болевого синдрома, акушерскую ситуацию, предполагаемый момент родов, наличие и тяжесть сопутствующей патологии, а также наличие противопоказаний к тем или иным методам обезболивания.</p> <p>Различают немедикаментозные и медикаментозные методы обезболивания родов. К <i>немедикаментозным методам</i> относят различные варианты физиопсихопрофилактической подготовки (ППП), аутогенную и гетерогенную тренировку, гипносуггестивную терапию, акупунктуру, иглорефлексотерапию, а также электроаналгезию и чрезкожную электронейростимуляцию. Эффективность этих методов анальгезии основана на естественной активации собственной антиноцицептивной системы организма женщины перед родами.</p> <p><i>Медикаментозные методы обезболивания родов:</i></p> <p>Спазмоанальгетики (наркотические опиоидные анальгетики – тримеперидин (промедол 2% 1-2 мл в/м); ненаркотические опиоидные анальгетики – трамадол, буторфанол, налбуфин в/м в сочетании со спазмолитиками и антигистаминными средствами).</p> <p>Методы региональной анестезии – фракционное (болюсное) или непрерывное введение местных анестетиков и опиоидов в эпидуральное и (или) субарахноидальное пространства (продленная эпидуральная и комбинированная спинально-эпидуральная анестезия).</p> <p>В данном случае – активная фаза I периода родов и адекватное состоянии внутриутробного плода – возможно применение всех выше перечисленных методов анальгезии.</p> <p>8. Течение родов – физиологическое.</p> <p>9. Основные принципы клинического ведения II периода родов:</p> <p>Оценка состояния роженицы; Оценка состояния плода (аускультация каждые 5 мин и после каждой потуги, запись КТГ); Оценка характера родовой деятельности (схватки, потуги); Профилактика гипоксии плода, а также кровотечения в родах; Динамический контроль за поступательным продвижением предлежащей части плода (IV прием Леопольда-Левицкого, метод Пискачека); Оказание акушерского пособия по защите промежности.</p> <p>10. При рождении новорожденный оценивается по 5-ти бальной шкале Апгар (окраска кожных покровов, частота сердцебиения, рефлекторная возбудимость, дыхание, мышечный тонус). Каждый показатель оценивается от 0 до 2 баллов на 1-й и 5-й минуте жизни по сумме баллов. В итоге: 7-10 баллов – удовлетворительное состояние плода; 6-4 балла – асфиксия средней степени; 0-3 балла – тяжелая асфиксия.</p> <p>Течение последового периода – физиологическое.</p> <p>11. Основные принципы клинического ведения III периода родов (активно-выжидательная тактика):</p> <p>Оценка состояния роженицы; Оценка признаков отделения плаценты (обязательные признаки – признак Шредера, Альфельда и Кюстнера-Чукалова); При необходимости выделения из полости матки отделившегося последа (<i>только при наличии признаков отделения плаценты!</i>) применяют наружные способы выделения последа (Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера); Профилактика акушерского кровотечения, оценка степени кровопотери; Оценка последа после рождения на предмет целостности его тканей (плацента, оболочки).</p> <p>Вариант отделения плаценты от стенок матки с периферии – по <i>Дункану</i>; а вариант отделения плаценты от стенок матки с центра (с формированием ретроплацентарной гематомы) – по <i>Шульцу</i>.</p>	
3	<p>Больная 22 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся перед менструацией, слабость, ночную потливость, недомогание,</p>	ПК-5, ПК- 6

периодическую субфебрильную температуру тела. В подростковом возрасте – частые пневмонии, в 16 лет перенесла сухой плеврит. *Menarche* с 18 лет, установились через полгода, *menses* по 2 дня через 30 дней, скудные, болезненные. Половая жизнь с 19 лет, регулярная, без контрацепции. Вскоре после начала половой жизни появились боли в нижних отделах живота. Беременности отрицает. Амбулаторно наблюдалась с диагнозом «обострение хронического аднексита», неоднократно получала симптоматическую (противовоспалительную) терапию, без четкого клинического эффекта. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Температура тела 37,3°C. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

St. specialis: В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений, выделения слизистые, светлые, скудные.

Per vaginam: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении *anteflexio-versio*, плотной консистенции, ограничено в подвижности, безболезненное. Придатки с обеих сторон несколько увеличены, плотные, ограничено подвижные, слабо болезненные. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметриях нет.

Дополнительные лабораторные данные: в периферической крови – относительный лейкоцитоз, увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов, снижение числа лимфоцитов, увеличение СОЭ.

Вопрос 1: Сформулируйте предварительный диагноз.

Вопрос 2: План обследования. Перечислите характерные Rg-графические признаки данного патологического процесса.

Вопрос 3: Принципы лечения и методы терапии данного заболевания.

Вопрос 4: Прогноз для менструальной и репродуктивной функций.

Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений

Ответ:

1. Двустороннее хроническое воспаление придатков матки (туберкулезной этиологии?). Нарушение менструального цикла (гипоменорея).

2. С целью *диагностики туберкулезного поражения* женских половых органов применяют:

проведение провокационных туберкулиновых проб (подкожная туберкулиновая проба Коха, внутрикожная реакция Манту – сегментарная проба в месте проекции придатков матки на передней брюшной стенке) с оценкой общей и очаговой реакции на пробы, а также выполнением УЗИ органов малого таза до и после проб.

бактериоскопическое и бактериологическое (посев на специальные среды *Левинштейна-Иенсена*, *Финна*) исследования отделяемого из полости матки (менструальная кровь, аспират и/или соскоб из полости матки) после провокационных проб;

молекулярно-генетическое исследование (ПЦР-метод) материала (менструальная кровь, соскоб (аспират) эндометрия), забор которого целесообразно произвести за 2-3 дня до ожидаемой менструации;

серологическое исследование (выявление противотуберкулезных антител в периферической крови и перитонеальной жидкости);

ГСГ во II фазу менструального цикла;

диагностическая лапароскопия (туберкулезные бугорки, казеозные очаги, спаечный процесс) и гистероскопия (синехии в полости матки) с биопсией патологических участков и последующим гистологическим исследованием;

Rg-графия органов грудной клетки, обзорная Rg-грамма органов брюшной полости.

Характерные Rg-графические признаки туберкулезного поражения матки и маточных труб, *выявляемые при проведении ГСГ*:

наличие синехий в полости матки;

частичная или полная облитерация полости матки (полость матки в виде «пальца перчатки»);

«четкообразные», ригидные маточные трубы;

	<p>облитерация ампулярных отделов маточных труб (трубы в виде «курительных трубок», «клюшек»); наличие петрификатов и контрастных теней в малом тазу.</p> <p>3. Лечение проводится в специализированных противотуберкулезных учреждениях. <i>Основной метод терапии</i> – этиотропная антибактериальная терапия в течение от 4-6 месяцев до двух лет с применением противотуберкулезных <i>химиотерапевтических препаратов</i> (полихимиотерапия с применением не менее трех препаратов): изониазид, этамбутол, паразидамид; <i>антибиотиков</i> (рифампицин, канамицин, микобутин) и <i>фторхинолонов</i> (ципрофлоксацин, максаквин и др.).</p> <p><i>В состав комплексной терапии</i> включают: антиоксиданты, иммуномодуляторы, системную энзимотерапию, витамины группы В и аскорбиновая кислота, нестероидные противовоспалительные средства. <i>Физиотерапия</i> используется в фазе затихающего процесса (лазеротерапия, электрофорез с лидазой и гидрокортизоном). <i>Санаторно-курортное лечение</i> (бальнеотерапия, грязелечение).</p> <p><i>Хирургическое лечение</i> производится по следующим показаниям: казеозные формы; неэффективность консервативной терапии в течение 1 года; непереносимость антибактериальных препаратов; наличие тубоовариальных образований или пиосальпинксов.</p> <p>4. <i>Прогноз для менструальной и репродуктивной функции</i> относительно благоприятный и зависит от стадии заболевания, объема и своевременности проведенной терапии. <i>Беременность возможна</i> после окончания основного курса антибактериальной терапии при отсутствии признаков активности процесса. <i>Возможные осложнения</i>: стойкое нарушение менструальной функции (аменорея), бесплодие, вовлечение в патологический процесс прилегающих участков смежных органов (мочевого пузыря, кишечника) и тазовой брюшины.</p>	
4	<p>Пациентка 54 лет, обратилась к врачу общей практики с <i>жалобами</i> на выраженные «приливы» жара к лицу, голове, верхней половине грудной клетки до 20 раз в сутки, эмоциональную лабильность, снижение работоспособности, тахикардию, потливость, бессонницу, отеки лица, кистей рук, периодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст (исходный уровень АД 90/60 мм рт. ст). Указанные жалобы беспокоят пациентку в течение последнего года. Кроме того, в течение последних 6 месяцев отмечает боли в правом тазобедренном суставе.</p> <p>Из сопутствующих соматических заболеваний: ХОБЛ</p> <p>Гинекологический анамнез: <i>менопауза</i> наступила 2 года назад. В анамнезе: 2 срочных физиологических родов без осложнений. Гинекологические заболевания – отрицает. Кровянистых выделений из половых путей после наступления менопаузы не отмечает.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 168 см, вес 67 кг, ИМТ – 22,5. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, напряжен. АД 155/95 мм рт. ст. Отмечаются отеки лица, кистей рук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>St. specialis: В зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки бледно-розовые, атрофичные. Выделения скудные, слизистые.</p> <p>Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, обычных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Влагалищные своды глубокие.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте клинический диагноз? Вопрос 2: План дополнительного обследования? Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Постменопауза (ранняя). Климактерический синдром средней степени тяжести. Остеопенический синдром (?). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Гипертоническая болезнь I стадии. Артериальная гипертензия I степени, риск 1. 2. УЗИ органов малого таза, консультация гинеколога, онкоцитологическое исследование шейки матки (РАР тест); аспирационная биопсия эндометрия (пайпель-биопсия); маммография; общеклинический и 	ПК-5, ПК-6

	<p>биохимический анализ крови; коагулограмма; липидограмма; общий анализ мочи и КФО почек; определение уровней ФСГ, эстрадиола и ТТГ; остеоденситометрия; биохимические маркеры резорбции костной ткани; ЭКГ, суточной мониторинг; функция внешнего дыхания; консультация терапевта.</p>	
5	<p>Вызов на дом. Больная 33 лет, 4 день от начала заболевания; жалобы на боли в нижних отделах живота, слабость, озноб, повышение температуры тела до 39°C, кровянисто-гнойные выделения из половых путей.</p> <p>В анамнезе: одни срочные роды, три искусственных аборта, один из которых осложнился острым воспалением придатков матки. Последний искусственный аборт – был произведен 4 дня тому назад, при сроке беременности 12 недель (путем дилатации шейки матки и выскабливания полости матки). На 2-й день после произведения искусственного аборта была выписана из стационара. Вечером в тот же день после выписки женщина отметила повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, появились боли в нижних отделах живота, нарастала слабость, общее недомогание.</p> <p>Объективно: состояние соответствует средней степени тяжести. Окраска кожных покровов и видимых слизистых несколько бледная. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. АД 105/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.</p> <p>St. specialis:</p> <p>В зеркалах: гиперемия слизистой влагалищной части шейки матки, кровянисто-гнойные выделения из цервикального канала в умеренном количестве.</p> <p>Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик 1 п/п. Матка в положении anteflexio-versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки четко не контурируются, область их проекции резко болезненна с обеих сторон. Своды умеренно уплощены. Инфильтратов в параметриях нет.</p> <p>Дополнительные лабораторные данные: по результату общеклинического анализа крови: выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Сформулируйте клинический диагноз.</i> 2. <i>Перечислите возможные осложнения после искусственного аборта, выполненного приведенным методом.</i> 3. <i>Принципы и методы терапии данного осложнения. Показания к оперативному лечению.</i> 4. <i>Прогноз для репродуктивной функции.</i> 5. <i>Какие лечебные и диагностические мероприятия должны быть указаны в ИДС</i> 6. <i>Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</i> <p>Эталон ответа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый метроэндометрит после искусственного аборта. Обострение хронического двустороннего воспаления придатков матки. Пельвиоперитонит. 2. <i>Осложнения после искусственного аборта, выполненного методом дилатации шейки матки и последующего выскабливания полости матки, делятся на следующие группы:</i> <ol style="list-style-type: none"> а) <i>интраоперационные осложнения:</i> <ul style="list-style-type: none"> • разрывы шейки матки; • перфорация матки; • неполное удаление плодного яйца; • гипотония матки с развитием кровотечения. б) <i>осложнения в раннем послеоперационном периоде:</i> <ul style="list-style-type: none"> • гематометра; • плацентарный полип; • инфицированные остатки плодного яйца; 	ПК-5, ПК-6, ПК-10

- острый метроэндометрит;
 - обострение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингоофорит, метроэндометрит и др.);
 - деструктивные процессы в органах малого таза (пиовар, пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс);
 - параметрит;
 - пельвиоперитонит;
 - бактериально-токсический шок.
- с) *отдаленные осложнения:*
- формирование хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов (матки и ее придатков);
 - трофобластическая болезнь;
 - нарушения менструального цикла;
 - изоиммунизация при Rh сенсибилизации;
 - нарушение проходимости маточных труб с развитием бесплодия (трубного генеза) или внематочной беременности;
 - дегенеративно-дистрофические процессы в эндометрии, образование синехий (спаек) в полости матки (синдром Ашермана), приводящих к нарушению имплантации плодного яйца и др. осложнениям (бесплодие маточного генеза и т.д.);
 - повреждения и рубцовые изменения шейки матки (внутренний зев и цервикальный канал), приводящие к развитию истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) анатомического генеза;
 - психогенные расстройства;
 - осложненное течение последующей беременности и родового акта: повышение частоты невынашивания беременности, формирование аномалий прикрепления и расположения плаценты, аномалий СДМ в родах, риск кровотечений в родах (III период) и послеродовом периоде и др.

3. **Первый этап** лечения пельвиоперитонита на фоне метроэндометрита и воспаления придатков матки – консервативная терапия. Основные принципы консервативного лечения пельвиоперитонита на фоне воспаления придатков матки изложены в задаче №4. Проводится комплексная парентеральная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (в/в сочетание ингибиторозащищенных пенициллинов или цефалоспоринов II-III поколений с фторхинолонами или макролидами с препаратами метронидазола/орнидазола; линкозамиды в сочетании с аминогликозидами); комплексная неспецифическая противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, включая инфузионную терапию с применением коллоидных и кристаллоидных препаратов; десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты) и витаминотерапия. Целесообразно применение эфферентных методов терапии (плазмаферез), УФО аутокрови, лазеротерапия, ГБО.

При диагностике инфицированных остатков плодного яйца – проводится повторное выскабливание полости матки после соответствующей подготовки больной к операции (инфузионная дезинтоксикационная и комплексная антибактериальная терапия).

Второй этап терапии – проведение экстренной операции (*операционная лапароскопия/лапаротомия*). Объем и характер (лапароскопия/лапаротомия) оперативного вмешательства, которое осуществляется по поводу воспаления придатков матки и пельвиоперитонита, не является стандартными по технике выполнения и зависят от следующих факторов:

- возраста больной;
- репродуктивного анамнеза;
- наличия сопутствующих заболеваний полового аппарата (миома матки, генитальный эндометриоз, опухоль яичника и пр.);
- распространенности и выраженности деструктивных изменений в органах малого таза (параметрит, tuboовариальный абсцесс, пиосальпинкс и т.д.).

Проведение лапаротомии показано:

	<ul style="list-style-type: none"> • при отсутствии эффекта от проводимой комплексной консервативной терапии пельвиоперитонита в течение 24-48 час; • при подозрении на перфорацию гнойного деструктивного образования придатков матки; • при наличии осложнения воспаления придатков матки гнойным параметритом; • в случае наличия пиосальпинкса или tuboовариального абсцесса на фоне метроэндометрита, вызванного искусственным и/или криминальным абортом или наличием ВМС; • при неэффективности комплексного лечения с использованием метода лапароскопического дренирования, проводимого в течение 2-3 суток. <p><i>Операцией выбора в данном клиническом случае</i> является проведение <i>операционной лапароскопии</i> с выполнением полноценного дренирования малого таза. При отсутствии эффективности комплексной терапии в течение 2-3 сут – целесообразно выполнение лапаротомии и гистерэктомии с маточными трубами (при наличии неизмененных (интактных) яичников).</p> <p>4. <i>Прогноз</i> для реализации <i>репродуктивной функции</i> при успешном консервативном лечении относительно благоприятный. При неэффективности консервативной терапии и проведении оперативного лечения прогноз для репродуктивной функции и исход заболевания, напрямую зависят от сроков его выполнения и объема оперативного вмешательства. <i>Возможные осложнения</i>: формирование гнойных tuboовариальных образований, спаечный процесс в малом тазу, нарушение менструальной функции, хронический эндометрит, бесплодие трубно-перитонеального и маточного (синдром Ашермана) генеза.</p>	
6	<p>Больная 22 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся перед менструацией, слабость, ночную потливость, недомогание, периодическую субфебрильную температуру тела. В подростковом возрасте – частые пневмонии, в 16 лет перенесла сухой плеврит.</p> <p><i>Menarche</i> с 18 лет, установились через полгода, <i>menses</i> по 2 дня через 30 дней, скудные, болезненные. Половая жизнь с 19 лет, регулярная, без контрацепции. Вскоре после начала половой жизни появились боли в нижних отделах живота. Беременности отрицает. Амбулаторно наблюдалась с диагнозом «обострение хронического аднексита», неоднократно получала симптоматическую (противовоспалительную) терапию, без четкого клинического эффекта.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Температура тела 37,3°C. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>St. specialis:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений, выделения слизистые, светлые, скудные.</p> <p>Per vaginam: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, плотной консистенции, ограничено в подвижности, безболезненное. Придатки с обеих сторон несколько увеличены, плотные, ограничено подвижные, слабо болезненные. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметриях нет.</p> <p><i>Дополнительные лабораторные данные:</i> в периферической крови – относительный лейкоцитоз, увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов, снижение числа лимфоцитов, увеличение СОЭ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Сформулируйте предварительный диагноз.</i> 2. <i>План обследования. Перечислите характерные Rg-графические признаки данного патологического процесса.</i> 3. <i>Принципы лечения и методы терапии данного заболевания.</i> 4. <i>Прогноз для менструальной и репродуктивной функций.</i> 5. <i>Программа лечения и реабилитации</i> 	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

6. Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога

Эталон ответа:

8. Двустороннее хроническое воспаление придатков матки (туберкулезной этиологии?). Нарушение менструального цикла (гипоменорея).

9. С целью *диагностики туберкулезного поражения* женских половых органов применяют:

- проведение провокационных туберкулиновых проб (подкожная туберкулиновая проба Коха, внутрикожная реакция Манту – сегментарная проба в месте проекции придатков матки на передней брюшной стенке) с оценкой общей и очаговой реакции на пробы, а также выполнением УЗИ органов малого таза до и после проб.

- бактериоскопическое и бактериологическое (посев на специальные среды *Левенштейна-Иенсена, Финна*) исследования отделяемого из полости матки (менструальная кровь, аспират и/или соскоб из полости матки) после провокационных проб;

- молекулярно-генетическое исследование (ПЦР-метод) материала (менструальная кровь, соскоб (аспират) эндометрия), забор которого целесообразно произвести за 2-3 дня до ожидаемой менструации;

- серологическое исследование (выявление противотуберкулезных антител в периферической крови и перитонеальной жидкости);

- ГСГ во II фазу менструального цикла;

- *диагностическая лапароскопия* (туберкулезные бугорки, казеозные очаги, спаечный процесс) и гистероскопия (синехии в полости матки) с биопсией патологических участков и последующим гистологическим исследованием;

- Rg-графия органов грудной клетки, обзорная Rg-грамма органов брюшной полости.

Характерные Rg-графические признаки туберкулезного поражения матки и маточных труб, *выявляемые при проведении ГСГ:*

a) наличие синехий в полости матки;

b) частичная или полная облитерация полости матки (полость матки в виде «пальца перчатки»);

c) «четкообразные», ригидные маточные трубы;

d) облитерация ампулярных отделов маточных труб (трубы в виде «курительных трубок», «клюшек»);

e) наличие петрификатов и контрастных теней в малом тазу.

10. Лечение проводится в специализированных противотуберкулезных учреждениях. *Основной метод терапии* – этиотропная антибактериальная терапия в течение от 4-6 месяцев до двух лет с применением противотуберкулезных *химиотерапевтических препаратов* (полихимиотерапия с применением не менее трех препаратов): изониазид, этамбутол, паразидамид; *антибиотиков* (рифампицин, канамицин, микобутин) и *фторхинолонов* (ципрофлоксацин, максаквин и др.).

В *состав комплексной терапии* включают: антиоксиданты, иммуномодуляторы, системную энзимотерапию, витамины группы В и аскорбиновая кислота, нестероидные противовоспалительные средства. *Физиотерапия* используется в фазе затихающего процесса (лазеротерапия, электрофорез с лидазой и гидрокортизоном). *Санаторно-курортное лечение* (бальнеотерапия, грязелечение).

Хирургическое лечение производится по следующим показаниям: казеозные формы; неэффективность консервативной терапии в течение 1 года; непереносимость антибактериальных препаратов; наличие тубоовариальных образований или пиосальпинксов.

11. *Прогноз для менструальной и репродуктивной функции* относительно благоприятный и зависит от стадии заболевания, объема и своевременности проведенной терапии. *Беременность возможна* после окончания основного курса антибактериальной терапии при отсутствии признаков активности процесса. *Возможные осложнения:* стойкое нарушение менструальной функции (аменорея), бесплодие, вовлечение в патологический процесс прилегающих участков смежных

7	<p>органов (мочевого пузыря, кишечника) и тазовой брюшины.</p> <p>Пациентка 54 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на выраженные «приливы» жара к лицу, голове, верхней половине грудной клетки до 20 раз в сутки, эмоциональную лабильность, снижение работоспособности, тахикардию, потливость, бессонницу, отеки лица, кистей рук, периодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст (исходный уровень АД 90/60 мм рт. ст). Указанные жалобы беспокоят пациентку в течение последнего года. Кроме того, в течение последних 6 месяцев отмечает боли в правом тазобедренном суставе.</p> <p>Из сопутствующих соматических заболеваний: ХОБЛ</p> <p><i>Гинекологический анамнез:</i> менопауза наступила 2 года назад. В анамнезе: 2 срочных физиологических родов без осложнений. Гинекологические заболевания – отрицает. Кровянистых выделений из половых путей после наступления менопаузы не отмечает.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 168 см, вес 67 кг, ИМТ – 22,5. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, напряжен. АД 155/95 мм рт. ст. Отмечаются отеки лица, кистей рук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>St. specialis:</p> <p>В зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки бледно-розовые, атрофичные. Выделения скудные, слизистые.</p> <p>Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в положении anteflexio-versio, обычных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Влагалищные своды глубокие.</p> <p><i>Дополнительные лабораторные и инструментальные данные:</i></p> <p><i>УЗИ органов малого таза</i> – патологии внутренних половых органов не выявлено, эндометрий в виде линейной полоски толщиной 0,1-0,2 см. Свободной жидкости в малом тазу нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Сформулируйте клинический диагноз.</i> 2. <i>План дополнительного обследования.</i> 3. <i>Какие показания к проведению ЗГТ имеются в данном случае?</i> 4. <i>Основные принципы выбора препарата и режима ЗГТ.</i> 5. <i>Программа лечения и реабилитации</i> 6. <i>Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</i> <p>Эталон ответа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Постменопауза (ранняя). Климактерический синдром средней степени тяжести. Остеопенический синдром (?). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Гипертоническая болезнь I стадии. Артериальная гипертензия I степени, риск I. • Онкоцитологическое исследование шейки матки (РАР тест); аспирационная биопсия эндометрия (пайпель-биопсия); маммография; общеклинический и биохимический анализ крови; коагулограмма; липидограмма; общий анализ мочи и КФО почек; определение уровней ФСГ, эстрадиола и ТТГ; остеоденситометрия; биохимические маркеры резорбции костной ткани; ЭКГ, суточной мониторинг; функция внешнего дыхания; консультация терапевта. • <i>Общие показания для ЗГТ в перименопаузе:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) наличие вегетативно-сосудистых (вазомоторных) симптомов климактерического синдрома: приливы, потливость, жар и др.; b) наличие психо-эмоциональных (бессонница, эмоциональная лабильность) или психо-неврологических симптомов; c) наличие урогенитальных симптомов (дизурия, сухость слизистой влагалища, диспареуния и др.); d) преждевременная и искусственная менопауза; e) профилактика остеопороза. <p><i>В данном клиническом случае показанием к проведению ЗГТ у пациентки 54 лет после 2-х летнего наступления менопаузы являются:</i> климактерический синдром</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10
---	--	-------------------------

	<p>средней степени тяжести, а также остеопенический синдром.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выбор препарата (чистые эстрогены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты или тканеселективный регулятор эстрогеновых рецепторов (ливиал®)), а также выбор режима применения ЗГТ (<i>циклический или непрерывный</i>) определяется следующими факторами: <ol style="list-style-type: none"> 5. фаза климактерического периода (пери- или постменопауза); 6. наличие и интактность матки; 7. характер доминирующих показаний к ЗГТ; 8. наличие относительных противопоказаний для ЗГТ. <p>ЗГТ в данном клиническом случае (постменопауза) проводится <i>в непрерывном режиме</i> и должна быть назначена после получения результатов обследования и при отсутствии выявленных противопоказаний. Наиболее оптимальным является выбор препарата с гестагеном, обладающим антиминералокортикоидным эффектом (с учетом астматического компонента ХОБЛ, наличия отеков и артериальной гипертензии). Таким гестагеном является дросперинон, входящий в состав препарата «Анжелик»®. Альтернативными могут быть препараты <i>фемостон</i>® 1/5 или <i>климодиен</i>®.</p> <p>При подтверждении остеопенического синдрома по результатам остеоденситометрии показано применением препаратов кальция (не менее 1000-1500 мг/сут.) и витамина D₃ (400-800 МЕ/сут.), а также антирезорбтивных препаратов по показаниям (<i>миакальцик</i>® интраназально 200 МЕ/сут.; биофосфонаты – ибандронат®, ризендронат®, золендронат® и др.).</p> 	
8	<p>Больная 27 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли в нижних отделах живота, резко усиливающиеся накануне и во время менструаций. Подобные боли беспокоят около четырёх лет, а также отмечает болезненность при половых контактах. В течение двух лет отмечает мажущие кровянистые выделения из половых путей за 2-3 дня до и после менструации. В анамнезе: многократное симптоматическое лечение по поводу «обострения хронического воспаления придатков матки», без длительного положительного клинического эффекта. Дважды госпитализировалась с подозрением на острый аппендицит и апоплексию яичника, диагнозы не подтверждались, оперативные диагностические вмешательства не проводились.</p> <p><i>Menarche</i> с 15 лет, установились сразу, <i>menses</i> по 4-5 дней через 27-28 дней, обильные, болезненные. Очередную менструацию ожидает через 2-3 дня. Половая жизнь с 23 лет. В 24 года – искусственный аборт при 10 недельном сроке беременности, без осложнений. В течение последующих трех лет от беременности не предохраняется, беременность не наступает.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,7⁰С. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка вздут, несколько болезненный в нижних отделах, больше справа. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>St. specialis:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки не изменены. Скудные темно-красные выделения из цервикального канала.</p> <p>Per vaginam: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Матка в положении anteflexio-versio, смещена влево, несколько увеличена в размерах, шаровидная, ограниченно подвижная, умеренно болезненная при движениях. Справа и кзади от нее пальпируется тугоэластическое образование, размерами 8x8 см, чувствительное при пальпации, интимно связанное с маткой, ограниченное в подвижности. Левые придатки без особенностей. Влагалищные своды свободные, пальпация заднего свода чувствительная. Инфильтратов в параметриях нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Сформулируйте предварительный диагноз. Какие данные клинической картины и анамнеза помогают для его формулирования.</i> 2. <i>Методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.</i> 3. <i>Принципы и методы терапии данного заболевания.</i> 4. <i>Прогноз для репродуктивной функции.</i> 5. <i>Программа лечения и реабилитации</i> 	ПК-5 ПК-6, ПК-8, ПК-10

6. Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога

Эталон ответа:

Распространенный генитальный эндометриоз: эндометриоидная киста правого яичника (?), аденомиоз (?).

Диагноз генитального эндометриоза поставлен на основании *характерной клинической картины*: болевой синдром (рецидивирующий характер, локализация болей, диспареуния), нарушение менструальной и репродуктивной функций (альгоменорея, гиперменорея, мажущие кровянистые выделения до и после менструации, бесплодие), циклическая связь клинических проявлений с менструальным циклом. Кроме того, важным фактором является и *характерный анамнез* – наличие воспалительного заболевания придатков матки, плохо поддающегося противовоспалительной терапии.

УЗИ органов малого таза (выявление *характерных признаков* эндометриоидной кисты яичника: двойной контур образования, однородное содержимое кисты с несмещаемой мелкодисперсной взвесью); КТ или МРТ органов малого таза, определение опухоль-ассоциированных антигенов (СА-125) для дифференциальной диагностики опухолей яичника; *диагностическая лапароскопия и гистероскопия* (выполняется в I фазу менструального цикла); проведение общеклинических исследований.

Основная тактика терапии генитального эндометриоза – **оперативное лечение** в сочетании с медикаментозной гормональной терапией. Обоснование индивидуальной тактики и методов терапии эндометриоза зависят от возраста пациентки, ее отношения к фертильности, локализации и степени распространенности процесса, а также степени тяжести клинических проявлений.

Основные показания для оперативного лечения (в различных объемах):

7. эндометриоидные кисты яичников;
8. ретроцервикальный эндометриоз;
9. эндометриоз тазовой брюшины и связочного аппарата;
10. аденомиоз, сопровождающийся выраженными рецидивирующими кровотечениями и анемизацией;
11. наличие болевого синдрома;
12. сочетание аденомиоза с миомой матки, требующей оперативного лечения;
13. некоторые формы экстрагенитального эндометриоза (эндометриоз послеоперационного рубца и пупка, кишечника или мочеточников с наличием стеноза их просвета и др.).

В данном клиническом случае показано выполнение *операционной лапароскопии*, цистэктомия (вылущение кисты) или резекция яичника в пределах здоровых тканей, коагуляция очагов эндометриоза (объем операции уточняется во время ее проведения).

После подтверждения гистоморфологическим исследованием эндометриоза – в послеоперационном периоде проводится *гормональная терапия* с применением препаратов пролонгированных (депо) форм агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (Гн-РГ): золадекс[®], бусерелин[®], люкрин[®], декапептил[®] и др.) в течение 4-6 мес. Затем целесообразно применение комбинированных монофазных эстроген-гестагенных препаратов (КОК – *жанин*[®] и некоторые другие низкодозированные КОК) в режиме пролонгированной контрацепции (3-9 циклов в непрерывном режиме) до планируемой беременности. Кроме того, возможно применение аналогов натурального прогестерона (дидрогестерон) – *дюфастон*[®] 10-20 мг/сут с 5-го по 25-й день менструального цикла или непрерывно в течение 6 мес.

Реабилитация: гепатопротекторы (гептрал[®], хофитол[®] и др.), транквилизаторы и седативные препараты (по показаниям), курс ФТЛ, санаторно-курортное лечение (включая радоновые и йодобромные ванны), гирудотерапия, неспецифическая противовоспалительная и иммуномодулирующая терапия (препараты интерферона (реаферон[®], виферон[®], генферон[®], кипферон[®] и др.) и интерфероиндукторы (циклоферон[®] и др.)), антиоксиданты и ГБО, УФО аутокрови и лазеротерапия.

• *Прогноз* исхода эндометриоза для фертильности неоднозначный. Во многом

	<p>он определяется возрастом больной, особенностями течения заболевания и проводимой терапией. Эндометриозная болезнь относится к рецидивирующим заболеваниям. После органосохраняющих операций в сочетании с гормональной терапией рецидивы возникают в 5-10% случаев. Рецидивирование процесса отсутствует только после выполнения радикального оперативного вмешательства и у женщин после подавления овариально-менструальной функции (естественная или искусственная менопауза).</p>	
<p>9</p>	<p>Больная 44 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на нарушение менструального цикла в течение последних 4-х месяцев – обильные и длительные месячные (в течение 6-7 дней), снижение работоспособности, повышенную утомляемость, слабость.</p> <p><i>Menarche</i> с 13 лет, <i>menses</i> по 4-5 дней через 29-30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация закончилась два дня назад. Половая жизнь с 20 лет, предохранение – барьерные методы. В анамнезе: одни срочные физиологические роды, два искусственных аборта и один самопроизвольный выкидыш при сроке 8/9 недель беременности без осложнений. Гинекологические заболевания – хронический аднексит (последнее обострение около 6 лет тому назад).</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>St. specialis:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений.</p> <p>Per vaginam: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в положении anteflexio-versio, увеличена соответственно 5/6 недельного срока беременности, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с двух сторон – не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды свободные.</p> <p><i>Дополнительные инструментально-лабораторные данные:</i></p> <p><i>клинический анализ крови</i> – показатели в пределах нормы, за исключением уровня эритроцитов ($3,2 \times 10^9$/л) и гемоглобина (100 г/л);</p> <p><i>УЗИ органов малого таза</i> – матка несколько увеличена в размерах 58x42x57 мм, структура миометрия диффузно неоднородная. Эндометрий – 6 мм, пролиферативного типа, без дополнительных включений. В полости матки визуализируется гипоэхогенное округлое образование с четкими контурами размерами 30x20 мм, деформирующее полость матки и исходящее из ее передней стенки в средней трети. При ЦДК – выявляется небольшой периферический кровоток. Яичники не увеличены, без особенностей строения, свободной жидкости в малом тазу нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Сформулируйте клинический диагноз.</i> 2. <i>Каковы возможные причины данного нарушения менструального цикла, дифференциальный диагноз.</i> 3. <i>Методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.</i> 4. <i>Принципы лечения и методы терапии данного заболевания.</i> 5. <i>Принципы реабилитации.</i> 6. <i>Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</i> <p>Эталон ответа:</p> <p>7. Миома матки, субмукозная форма (?). Полип эндометрия (?). Нарушение менструального цикла в репродуктивном периоде (гиперполименорея). Вторичная постгеморрагическая анемия. Хронический двусторонний аднексит, фаза ремиссии.</p> <p>8. <i>Дифференциальную диагностику миомы матки, а также нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи необходимо проводить со следующими состояниями:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. маточная беременность и ее самопроизвольное прерывание; 8. воспалительные заболевания придатков матки; 9. доброкачественные пролиферативные заболевания матки: 	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10</p>

гиперпластический процесс эндометрия (полип эндометрия); внутренний генитальный эндометриоз (аденомиоз);

10. гормонопродуцирующие опухоли яичников (доброкачественные и злокачественные);

11. онкологическая патология: рак эндометрия, рак шейки матки, лейомиосаркома, трофобластическая болезнь.

9. Для уточнения диагноза необходимо выполнение:

f) определение в сыворотке крови β -ХГ;

g) УЗИ органов малого таза с использованием режима ЦДК, выполняемое после менструации (на 5-7 дни менструального цикла);

h) диагностическая гистероскопия (на 5-7 дни менструального цикла) с выполнением раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала и последующим гистологическим исследованием;

i) возможно применение ГСГ (на 5-7 дни менструального цикла) (при отсутствии технических возможностей выполнения гистероскопии);

j) общеклинические исследования с целью подготовки к операции и уточнения характера и степени анемизации больной (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и Rh фактора, общий анализ мочи).

10. В данном клиническом случае необходима госпитализация пациентки в гинекологический стационар. На *первом этапе* диагностики и лечения – выполнение *диагностической гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала* и последующим гистологическим исследованием.

После морфологического подтверждения доброкачественности процесса и наличия субмукозной миомы матки на *втором этапе* лечения – показано *выполнение хирургического вмешательства*, объем которого в данном случае зависит от размеров и типа миомы.

При наличии «0» типа (*узел на ножке*) или «1» типа (*узел выступает в полость матки более чем на 1/2*) субмукозных узлов, а также при их диаметре до 5 см, длине полости матки (по диагностическому зонду) не более 10 см – возможно проведение органосохраняющей операции: *операционная гистероскопия, электрохирургическая резектоскопия субмукозного миоматозного узла*. При наличии более крупных по размерам узлов или множественной миомы матки (шеечно-перешеечная локализация) и/или в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями (*напр.* внутренний генитальный эндометриоз) – показано выполнение тотальной или субтотальной гистерэктомии. При наличии субмукозной миомы «2» типа с *выраженным интерстициальным компонентом* (или размерами более 5 см в диаметре) – показано проведение предоперационной подготовки агонистами Гн-РГ в течение 3-х циклов.

В целом, *объем и характер оперативного вмешательства при миоме матки* определяется возрастом пациентки, локализацией, количеством узлов, выраженностью клинической симптоматики (болевого синдром, нарушение менструального цикла), а также отношением женщины к фертильной функции.

Современные виды оперативных вмешательств:

9. Консервативно-пластические:

1. консервативная миомэктомия (лапароскопическим или лапаротомическим доступом);

2. трансцервикальная гистероскопическая электрохирургическая миомэктомия субмукозных миоматозных узлов;

3. лапароскопический миолиз (вапоризация узлов миомы при помощи лазера-, крио- или термодеструкции).

d) Радикальные (лапароскопическим, лапаротомическим или влагалищным доступом):

• субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки);

• тотальная гистерэктомия (экстирпация матки).

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Стабильно-регрессионные</u> (с использованием эндоваскулярных методов лечения): <ul style="list-style-type: none"> • перманентная (или временная) эмболизация маточных артерий, проводимая путем катетеризации бедренной артерии (временная используется перед проведением лапаротомической консервативной миомэктомии); • лапароскопическая окклюзия маточных артерий (используется перед проведением эндоскопической консервативной миомэктомии). • После выполнения органосохраняющей операции в дальнейшем в ряде случаев возможно назначение <i>медикаментозной терапии</i>: <ul style="list-style-type: none"> • агонисты Гн-РГ (депо-формы в/м люкрин[®], бусерелин[®] (или интраназально) и др.) в течение 4-6 мес.; • КОК в циклическом режиме (низкодозированные монофазные эстроген-гестагенные препараты – марвелон[®], фемоден[®], жанин[®] и др.); • гестринон[®] (2,5 мг/таб. 2 раза в неделю до 6 мес.); • антипрогестин мифепристон[®] 50 мг/сут. в течение 3-6 мес; • использование внутриматочной гормональной левоноргестрел-содержащей системы «Мирена»[®] (с течение 5 лет). <p>11. <i>Принципы реабилитации:</i> режим (избежание тепловых процедур, инсоляции, гипертермических лечебных физических факторов и др.), диета (исключение легкоусвояемых углеводов и жиров, ограничение соли и пряностей), витамины группы В, фолиевая кислота, антиоксиданты (α-токоферола ацетат, аевит[®] и др.), проведение антианемической терапии и стимуляция гемопоэза (препараты железа – сорбифер[®], фенюльс[®], феррум лек[®], ферлатум[®] и др.).</p> <p>В случае проведения радикальной операции (тотальной гистерэктомии), т.е. с наступлением хирургической менопаузы – показано назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ), принципы которой зависят от возраста, сопутствующей экстрагенитальной патологии (противопоказания) и гинекологического анамнеза пациентки. В качестве препаратов выбора используют: монофазные препараты ЗГТ (фемостон[®] 1/5, цикло-прогинова[®] и др.) или тканеселективный регулятор эстрогеновых рецепторов (ливиал[®]).</p>	
10	<p>Пациентка 26 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения? Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</p> <p>Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.</p> <p>анализ на ХГЧ, УЗИ.</p> <p>Должно быть: ХГЧ+, по УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует.</p> <p>Лечение: Лапароскопия, пункция заднего свода влагалища (проверить, есть ли кровь)</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10
11	<p>Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации.</p> <p>Диагноз? Тактика обследования и лечения?</p> <p>Рак яичника или метастаз</p>	ПК-5, ПК-6
12	<p>Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки,</p>	ПК-5, ПК-6

	ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 x 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве. Диагноз? Тактика ведения Рак шейки матки, II стадия. Колькоскопия+ биопсия: добро- или злокачественная, если злокач., то низно- или высококодифференцирована Операция Вертгейма	
13	Пациентка 31 года обратилась к врачу общей практики с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений. Диагноз? Тактика ведения? Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор. лечебно-диагностическая лапароскопия.	ПК-5, ПК-6, ПК-10
14	Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 8 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие. Диагноз? Аборт в ходу.	ПК-5
15	Пациентка 42 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие. Диагноз? Тактика ведения? Взаимодействие врача общей практики и гинеколога? Ответ: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы)	ПК-5, ПК-6, ПК-10
16	Пациентка 53 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в низу живота, склонность к запорам. Постменопауза 4 года. В течение 15 лет больная наблюдалась у гинеколога по поводу миомы матки. Последний визит к врачу – 3 года назад. При двуручном исследовании определяется тело матки, увеличенное до 17-18 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей. Диагноз? Тактика? Ответ Миома матки, рост в менопаузе, м.б. озлокачествление (саркома). Операция, объем операции определить интраоперационно: cito гистология. NOTA BENE онкомаркеры	ПК-5
17	У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом	ПК-5, ПК-10

	<p>сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипоехогенных участков, особенно по задней стенке.</p> <p>Диагноз? Тактика обследования и лечения?</p> <p>Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</p> <p>Аденомиоз, гистероскопия. Лечение зависит от репродуктивной функции. Если хочет сохранить – КОК, если необязательно, то экстирпация</p>	
18	<p>Пациентка 17 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.</p> <p>Ваш диагноз? Тактика ведения? Группа диспансерного наблюдения? Требуется ли санаторно-курортное лечение? Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога</p> <p>Фолликулярная киста (т.к. анэхогенная структура), или параовариальная киста.</p> <p>Лечение: динамическое наблюдение, УЗИ</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10
19	<p>Больная 78 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: постменопауза 27 лет, в течение которых пациентка у гинеколога не наблюдалась. Гинекологические заболевания отрицает..</p> <p>Предполагаемый диагноз? Тактика ведения больной?</p> <p>Рак эндометрия , УЗИ</p>	ПК-5
20	<p>Пациентка 25 лет заболела остро, на 5 день менструального цикла, когда появились тянущие боли в нижних отделах живота, выделения из влагалища с неприятным запахом. В течение последних 2 дней отмечался подъем температуры до 37,5-38,0°С.</p> <p>При осмотре в зеркалах: из цервикального канала гнойное отделяемое в умеренном количестве. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные при исследовании. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения? Тактика взаимодействия врача общей практики и гинеколога. Показано ли санаторно-курортное лечение после выздоровления? Дайте рекомендации по гигиене наружных половых органов</p> <p>Ответ: 2-хсторонний аднексит. Мазок на флору и чувствительность к АБ. АБ-терапия</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Педиатрия

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Физиологическая потеря массы тела у доношенных новорожденных составляет:

1. дефицитом массы тела не более 6% от исходной
2. восстановление исходной массы тела к 14-м суткам жизни
3. развитием в первые 3-е суток жизни
4. меньшей потерей массы при искусственном вскармливании

За первый год жизни рост здорового ребенка увеличивается в среднем на:

1. 15 см
2. 20 см

3. 25 см
4. 30 см

Наибольшее значение в этиологии бронхитов у детей грудного возраста:

1. аденовирус
2. вирус парагриппа
3. респираторно-синцитиальный вирус
4. риновирус
5. ротавирус

Наиболее частой экзантемой у детей сопровождается:

1. грипп
2. аденовирусная инфекция
3. парагрипп
4. РС-инфекция
5. риновирусная инфекция

Поставить диагноз острого аппендицита у ребенка до 3 лет можно на основании симптома:

1. активного напряжения мышц брюшной стенки
2. отталкивания руки врача
3. беспокойства ребенка
4. болезненности при бимануальной пальпации
5. локальной пассивной мышечной защиты в правой подвздошной области

Наибольшее значение в этиологии бронхитов у детей грудного возраста:

1. аденовирус
2. вирус парагриппа
3. респираторно-синцитиальный вирус
4. риновирус
5. ротавирус

У ребенка 2-х лет часто возникает обструктивный бронхит. Что может провоцировать развитие этого синдрома?

1. вирусная инфекция
2. влияние холода
3. гипервентиляция
4. все выше перечисленное

Ребенок 6 лет, лечится по поводу острого бронхита. Во время обследования нижние границы легких определяются: справа – по срединной ключичной линии – 6 ребро, по средне-аксиллярной линии – 8 ребро, по лопаточной линии – 10 ребро; слева – по средне-ключичной линии – 6 ребро, по средне-аксиллярной линии – 8 ребро, по лопаточной линии – 9 ребро. Соответствует ли нижние границы легких возрастной норме?

1. соответствуют
2. слева соответствует, справа – ниже
3. справа соответствует, слева – нет
4. все границы выше нормы

При упорном бронхо-обструктивном синдроме, не поддающемся лечению необходимо исключить:

1. порок развития
2. привычная аспирация пищей
3. пассивное курение
4. пневмония

Для ВПС типичны все признаки, кроме:

1. одышка с рождения инспираторного характера.
2. нормальная масса ребенка при рождении.

3. малая прибавка массы ребенка на первом году жизни.
4. стойкий систолический шум в сердце.
5. склонность к респираторным инфекциям.

Для открытого артериального протока типичны все признаки, кроме:

1. частые бронхолегочные заболевания.
2. усиление I тона на верхушке.
3. усиление и расщепление II тона на легочной артерии.
4. систолодиастолический шум с эпицентром во II межреберье слева.
5. расширение границ сердца.

Укажите ведущий симптом коарктации аорты.

1. астеническая конституция.
2. синусовая тахикардия.
3. акцент II тона на легочной артерии.
4. отсутствие пульса на бедренной артерии.
5. лабильность артериального давления.

Тетрада Фалло включает аномалии развития кроме:

1. стеноз аорты.
2. дефект межжелудочковой перегородки.
3. декстрапозиция аорты.
4. стеноз легочной артерии.
5. гипертрофия правого желудочка

Нарушение гемодинамики при врожденных пороках сердца бывают, кроме:

1. с обогащением малого круга кровообращения.
2. с обеднением малого круга кровообращения.
3. с обеднением большого круга кровообращения.
4. с обогащением большого круга кровообращения.

Различают фазы течения врожденных пороков сердца у детей (кроме):

1. фаза первичной адаптации
2. фаза обострения.
3. фаза относительной компенсации.
4. терминальная фаза.

Ребенку 5 лет. Накануне вечером мать заметила за ушами и на волосистой части головы пузырьковую сыпь. К утру появился насморк, элементы сыпи на туловище. Температура тела 37,5°C. Ваш диагноз:

1. Скарлатина
2. Ветряная оспа
3. Корь
4. Дсевдотуберкулез
5. Аллергическая сыпь

Вызов врача на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0°C. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 ч. Предположительный диагноз:

1. Острый пиелонефрит
2. Острый гломерулонефрит
3. Цистит
4. Атонический мочевой пузырь
5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела в течение суток повышалась до 38,0-40,0°C; озноб. Девочка осунулась. Мочится часто, моча мутная.

Предположительный диагноз:

1. Острый цистит
2. Острый уретрит
3. Острый гломерулонефрит
4. Острый пиелонефрит
5. Инфекция мочевых путей

У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные бугристые, плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать:

1. Об удвоении почек
2. О поликистозе почек
3. О мультикистозе почек
4. О хроническом пиелонефрите
5. Об эхинококкозе почек

Ребенку 1 год 7 мес. Жалобы на внезапный кашель, одышку, которая исчезла через 15 мин. При осмотре: температура тела нормальная, ребенок активен, при аускультации легких слева в верхней доле свистящие хрипы на выдохе, перкуторно коробочный звук. Предположительный диагноз:

1. Бронхиальная астма
2. Обструктивный бронхит
3. Инородное тело бронха
4. Бронхиолит
5. Коклюш

Ребенку 7 лет. Болен 5-й день. Температура тела 37,6°C. Жалобы на затрудненное дыхание, инспираторную одышку, слабость. При осмотре: налеты в зеве, речь шепотом, кожа бледная, ЧСС 120 в 1 мин, глухие тоны, левая граница сердечной тупости на 2 см кнаружи от соска.

Предположительный диагноз:

1. Ложный круп
2. Ангина
3. Острая ревматическая лихорадка
4. ОРВИ, миокардит
5. Дифтерия

Патронажный осмотр новорожденного 7 дней дал следующую картину: пузыри в нижней половине живота, на конечностях, в складках на разных стадиях развития (размеры от 0,5 до 1,5 см в диаметре, наполненные серозно-гнойным содержимым, основание пузырей несколько инфильтрировано на фоне эритематозных пятен). Симптом Никольского отрицательный. После вскрытия пузырей остаются эрозии. Корки на месте бывших пузырей не образуются. Общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела субфебрильная. Ваш диагноз:

1. Врожденный буллезный эпидермолиз
2. Врожденный сифилис
3. Синдром Лайела
4. Эксфолиативный дерматит Риттера
5. Пемфигус (пузырчатка новорожденного)

При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь

- А) родовую травму ЦНС
- Б) порок развития головного мозга
- В) метаболические нарушения
- Г) гнойный менингит
- Д) вирусный энцефалит

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. Ваш предварительный диагноз

- А) сепсис
- Б) гипотиреоз
- В) АВО-гемолитическая болезнь
- Г) пилоростеноз
- Д) физиологическая желтуха новорожденного

Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме

- А) врожденного порока сердца
- Б) метгемоглобинемии
- В) пневмонии
- Г) ателектаза
- Д) крупа

При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет

- А) общая интоксикация
- Б) дизурические явления
- В) синдром срыгивания
- Г) субфебрилитет
- Д) болевой синдром

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

В соответствии с рекомендациями ВОЗ жаропонижающую терапию детям без преморбидного фона следует проводить при температуре выше:

1. 37,5°C;
2. 38,0 °C;
3. 38,5 °C;
4. 39,0 °C.

Госпитализация детей с тепловым или солнечным ударом:

1. не производится;
2. производится в реанимационное отделение;
3. производится в соматическое отделение.

У ребенка 2-х лет отмечен подъем температуры до 39°C, головная боль. В анамнезе фебрильные судороги. Безопасным и эффективным жаропонижающим препаратом является:

1. анальгин;
2. ацетилсалициловая кислота;
3. вольтарен;
4. ибупрофен.

В терапии кашля у детей раннего возраста используются:

1. противокашлевые препараты центрального действия
2. муколитики
3. отхаркивающие препараты
4. физиологический раствор
5. противокашлевые препараты периферического действия

При хеликобактериозе не эффективен:

- А) де-нол;
- Б) фуразолидон;

- В) препараты висмута;
- Г) спазмолитик;
- Д) макролид.

После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза?

- а) да
- б) нет
- в) нет при использовании 0,5 дозы

Укажите срок проведения 2-й прививки против кори ребенку, вакцинированного позже установленного календарем срока, но в возрасте до 6 лет.

- а) в возрасте 6 лет
- б) в возрасте 7 лет
- в) в возрасте 13 лет

С какого возраста проводится иммунизация против клещевого энцефалита отечественными вакцинами?

- а) с 4 лет
- б) с 13 лет
- в) с 18 лет

Детям с экссудативно-катаральным диатезом активная иммунизация в поликлинике в обычные сроки, но с предварительной подготовкой:

- а) проводится
- б) не проводится

Профилактические прививки детям из групп риска по развитию патологии со стороны ЦНС:

- а) противопоказаны
- б) проводятся по индивидуальному календарю
- в) проводятся по традиционному календарю проф. прививок

Можно ли провести плановую прививку против эпидемического паротита ребёнку 2 лет, если в ясельной группе, которую он посещал, карантин по кори (ребёнок переболел корью в возрасте 1 год):

- а) да
- б) нет

Здоровому ребенку можно одновременно ввести все вакцины, положенные по возрасту:

- а) верно,
- б) не верно

Профилактические прививки детям с дискинезией желчевыводящих путей после обострения проводятся не ранее, чем через:

- а) 1 месяц,
- б) 2 месяца,
- в) 3 месяца,
- г) 6 месяцев
- д) противопоказаний нет

Показания для иммунизации детей вакциной АКДС:

- а) 3 мес – 3 г. 11 мес.29 дней, не болевшие коклюшем
- б) 3 мес – 6 г. 11 мес.29 дней, не болевшие коклюшем
- в) 3 мес – 4 г. 11 мес.29 дней, не болевшие коклюшем

Осложнения на прививку против кори:

- а) судороги; токсические реакции; сыпь
- б) повышение температуры до 38,5, гиперемия зева.

Дети из групп диспансерного наблюдения активно иммунизируются

- а) по общепринятому календарю обычными методами,
- б) по индивидуальному календарю щадящими методами.
- в) имеют абсолютный медотвод,
- г) имеют относительный медотвод

При осмотре трехмесячного ребенка врач общей практики обратил внимание на его повышенную потливость, облысение затылка, размягчение костей черепа по краям, большой родничок. Тактика врача:

- 1. Проконсультировать у педиатра
- 2. Госпитализировать в стационар
- 3. Назначить витамин D2 в дозе 2000 МЕ в сутки
- 4. Назначить витамин D2 в дозе 500 МЕ в сутки
- 5. Назначить витамин D2 в дозе 10 000 МЕ в сутки

Антибиотики при ветряной оспе назначают

- А) при тяжелой форме
- Б) при появлении гнойных осложнений
- В) при энцефалите
- Г) с целью профилактики осложнений
- Д) не назначают

Мальчик 6-ти лет. Второй день боли в животе без четкой локализации, температура 37,8°C, 1 раз рвота, 1 раз кашицеобразный стул, симптомы напряжения брюшины не отчетливы, пульс 120 ударов в минуту. В этой ситуации необходимо

- А) продолжить наблюдение и назначить антибиотики на дому
- Б) срочно госпитализировать с подозрением на аппендицит
- В) госпитализировать в инфекционное отделение с диагнозом "аденовирусная инфекция"
- Г) назначить на завтра анализ крови и консультацию хирурга
- Д) назначить спазмолитики

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

К двигательным режимам в детском санатории относятся:

- 1. палатный
- 2. щадящий и щадяще-тренирующий
- 3. свободный
- 4. тренировочный

Задачи лечебной физкультуры при нарушении осанки включают:

- 1. укрепление мышц разгибателей позвоночника и мышц живота
- 2. укрепление мышц сгибателей позвоночника
- 3. укрепление мышц поддерживающих свод стопы
- 4. укрепление мышц тазового дна

Методика занятий лечебной гимнастики и массажа для здоровых недоношенных детей предусматривает

- 1. лечение «положением»
- 2. выполнение упражнений основанных на врожденных рефлексах новорожденного
- 3. точечный массаж
- 4. периостальный массаж

5. косметический массаж

К специальным упражнениям при миопии у детей относятся:

1. упражнения для наружных мышц глаза
2. упражнения для внутренней (цилиарной) мышцы
3. упражнения в переводе взгляда с ближней точки ясного видения на дальнюю и наоборот
4. самомассаж теменных костей
5. напряжение мышц плечевого пояса

Медицинская реабилитация осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) все вышеперечисленные.

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации?

1. экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
2. самооценка пациента
3. комплексная оценка с включением критериев качества жизни
4. этапная оценка нозоспецифических критериев
5. оценка отдаленных результатов

Какой метод не относится к климатотерапии?

1. аэротерапии
2. гелиотерапии
3. псаммотерапии
4. таласотерапии
5. магнитотерапии

Что не является противопоказанием для назначения ЛФК при заболеваниях желудка?

- а) выраженный болевой синдром
- б) многократная рвота
- в) возможность кровотечения
- г) подострая стадия заболевания

Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и

здоровья окружающих (ПК-9)

Укажите социально-гигиенические факторы риска роста и развития детей и подростков:

- 1) Низкий уровень здоровья родителей, особенно женщин
- 2) Неудовлетворительное качество питания
- 3) Вредные привычки и асоциальные формы поведения
- 4) Повышенный и высокий уровень техногенного загрязнения объектов природной среды
- 5) Дисбаланс химических элементов в природной среде
- 6) Высокий уровень заболеваний, передающихся половым путем
- 7) Неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни

Что такое комплексная оценка физического развития:

- 8) Определение группы физического развития
- 9) Определение уровня биологического развития
- 10) Оценка с помощью методов: сигмальных отклонений, шкал регрессии, центильного
- 11) Определение группы физического развития и его гармоничности, уровня биологического развития

Приоритетный метод оценки физического развития растущего организма:

- 12) сигмальный
- 13) корреляционно-регрессионный
- 14) центильный

Состояние здоровья детей и подростков полно характеризует комплекс показателей:

- 15) Физическое развитие, наличие или отсутствие хронического заболевания, соматическая и инфекционная заболеваемость, степень резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды
- 16) Физическое и нервно-психическое развитие, функциональное состояние органов и систем, наличие или отсутствие хронического заболевания, степень резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды
- 17) Физическое и нервно-психическое развитие, патологическая пораженность, функциональное состояние органов и систем, соматическая и инфекционная заболеваемость, заболеваемость по обращаемости с временной утратой трудоспособности

Профилактика рецидивирующих респираторных инфекций

1. сбалансированное питание
2. коррекция режима дня
3. отказ от курения в семье
4. сокращения пребывания на свежем воздухе
5. закаливание

Методами профилактики острых респираторных заболеваний являются:

1. грудное вскармливание
2. вакцинация против гриппа
3. вакцинация против пневмококковой инфекции
4. мытьё рук
5. изоляция больного

Девочка от нормально беременности и родов с массой 3200г, оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Когда необходимо приложить ребенка к груди?

1. через 10 минут после рождения
2. через 30 минут после рождения
3. через 3 часа после рождения
4. через 6 часов после рождения

Ребенок 6 недель, который родился с массой 3300, получает по 150 мл грудного молока через 3 часа. Какое суточное количество молока должен получать этот ребенок?

1. 1/8 массы тела
2. 1/7 массы тела
3. 1/6 массы тела
4. 1/5 массы тела

Семейным врачом по клиническим признакам выявлен белковый перекорм. Какая суточная потребность в белке ребенка 6,5 мес при грудном вскармливании:

1. 1,5-2,0 г/л
2. 2,0-2,5 г/л
3. 2,5-3,0 г/л
4. 3,0-3,5 г/л

У ребенка 9 месяцев, находящимся на искусственном вскармливании, выявлены симптомы паратрофии. Для проведения коррекции питания определите суточную потребность в углеводах

1. 8,0-10, г/л
2. 10,0 –12,0 г/л
3. 12,0-14,0 г/л
4. 15,0-16,0 г/л

Физиологическая потеря массы тела у доношенных новорожденных составляет:

1. дефицитом массы тела не более 6% от исходной
2. восстановление исходной массы тела к 14-м суткам жизни
3. развитием в первые 3-е суток жизни
4. меньшей потерей массы при искусственном вскармливании

7- месячного ребенка принесли в поликлинику для проведения профилактических прививок. Его масса тела при рождении 3200г. В настоящее время для ребенка оптимальной считается следующая масса тела:

1. 8500 г
2. 8000 г
3. 7000 г
4. 9000 г

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

Формы организации первичной медико-санитарной помощи:

1. плановая медико-санитарная помощь за счет средств пациента;
2. плановая и экстренная первичная медико-санитарная помощь;
3. только экстренная помощь, плановая помощь - платно;
4. только экстренная помощь в случае острых и обострения хронических заболеваний;
5. только плановая первичная медико-санитарная помощь.

Какие мероприятия включает первичная медико-санитарная помощь:

1. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению;
2. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний;
3. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний;
4. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации;

5. мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, санитарно-гигиеническому просвещению.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

1. В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении;
2. по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника;
3. по месту выезда мобильной медицинской бригады;
4. в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому;
5. все ответы верны.

Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

1. первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь;
2. первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
3. первичная врачебная медико-санитарная помощь;
4. первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
5. первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

В соответствии какими нормативными документами оказывается первичная медико-санитарная помощь:

1. с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
2. приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 923н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”;
3. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006;
4. порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;
5. приказом МЗСР РФ №541 от 23. 07. 2010 года.

Какова рекомендуемая численность прикрепленного населения на участке семейного врача в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала:

1. 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
2. 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
3. 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
4. 1500 человек взрослого и детского населения;
5. 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Предельный срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет:

1. не более трех часов после обращения;
2. не более двух часов после обращения;
3. не более пяти часов после обращения;
4. не более двух дней после обращения;
5. в течение суток после обращения.

Предельный срок ожидания приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет:

1. Не более 10 рабочих дней со дня обращения;
2. Не более 3 рабочих дней со дня обращения;
3. Не более 15 рабочих дней со дня обращения;
4. Не более 5 рабочих дней со дня обращения;

5. Не более 1 месяца со дня обращения.

Предельный срок ожидания при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет:

1. не более 3 рабочих дней со дня обращения;
2. не более 5 рабочих дней со дня обращения;
3. не более 10 рабочих дней со дня обращения;
4. не более 2 рабочих дней со дня обращения;
5. в течение 1 месяца со дня обращения.

В каких документах фиксируются юридически значимые последствия требований соблюдения врачебной тайны в ходе оказания медицинской помощи застрахованному?

1. медицинская карта амбулаторного больного;
2. история болезни;
3. договор об оказании медицинских услуг.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Ребенку 1 год 6 месяцев.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Составьте диету на один день. • Какова потребность в белках, жирах, углеводах и калориях на 1 кг массы, суточная потребность в пище? <p>Ответ:</p> <p>Меню-раскладка на 1 день.</p> <p>8.00 первый завтрак: кефир, печенье, творог</p> <p>10.30 второй завтрак: каша, какао с молоком, хлеб с маслом</p> <p>13.00 обед: вермишелевый суп на мясном бульоне, котлета мясная с гречневой кашей, компот из кураги, хлеб</p> <p>16.00 полдник: натуральный яблочный сок, булка</p> <p>18.00 ужин: картофельная запеканка, чай, банан, хлеб</p>	ПК-9
2	<p>Ребенку 3 года. Мать обратилась к врачу за советом по кормлению ребенка.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Составьте диету на один день. • Какова потребность в белках, жирах, углеводах и калориях на 1 кг массы, суточная потребность в пище? • Какую массу должен иметь ребенок? <p>Ответ:</p> <p>1. Меню-раскладка на 1 день.</p> <p>8.00 завтрак: овсяная каша, какао с молоком, булка с маслом</p> <p>13.00 обед: салат из сырых овощей, гороховый суп на мясном бульоне, тефтели мясные с вермишелью, компот из сухофруктов, хлеб</p> <p>16.00 полдник: молоко, печенье, яблоко</p> <p>18.00 ужин: творожная запеканка, чай с молоком, банан, хлеб</p> <p>2. Потребность в белках - 4 г/кг, жирах – 4 г/кг, углеводов – 14-15 г/кг, калориях – 90-100 ккал/кг.</p> <p>суточный объем пищи – $1000 + 150 \cdot 3 = 1450$ мл.</p> <p>3. Должная масса тела в 3 года = масса в 1 год + $2 \cdot n = 10,5 \text{ кг} + 2 \cdot 3 = 16 \text{ кг}$ 500г</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-9
3	<p>Девочка 12 лет.</p> <p>Жалобы: приступы удушья 1 раз в месяц, наблюдается нерегулярно.</p> <p>Анамнез: до 1 года - атопический дерматит, в 4 года поставлен диагноз бронхиальной астмы, в осенне-зимний период курсы тайледа по 2-3 месяца. Пикфлоуметрия - желтая зона.</p> <p>Вопросы:</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

	<ul style="list-style-type: none"> • Диагноз? • Рекомендованная терапия? Предложите комплекс мероприятий по профилактике обострений заболеваний. Распишите правила ведения гипоаллергенного быта. • Каким разделом МКБ шифруется данное заболевание. • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) • Каким образом должна быть организована служба неотложной помощи в поликлинике для оказания помощи на приеме • Необходимо ли будет санаторно-курортное лечение <p>Ответ:</p> <p>1.Бронхиальная астма, средне-тяжелое течение, неконтролируемое, период обострения.</p> <p>2.Учитывая показатели ПФМ и клинику, рекомендовано изменить базисную терапию: препараты топические стероиды в виде фликсотид по 125 мкг 2 раза в день на 1 месяц с дальнейшим контролем состояния через 1 месяц – проведение спирометрии и оценкой клиники.</p>	
4	<p>Девочка 12 лет.</p> <p>Жалобы: навязчивый кашель, в основном - ночной, несколько раз рвота после кашля, на прогулке после бега закашливается. Анамнез: до 1 года - атопический дерматит, после 12 лет - частые орви, в 2 и 3 года перенесла острый обструктивный бронхит.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предварительный диагноз? • План обследования? • Рекомендуемая терапия? • Как шифруется данное заболевание по МКБ 10? • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ:</p> <p>1-2. Учитывая данные анамнеза и клинические симптомы рекомендовано обследование на коклюш.</p> <p>3.При подтверждении диагноза антибиотикотерапия (макролиды).</p>	ПК-5, ПК-6
5	<p>Девочка 10 лет.</p> <p>Жалобы: длительный насморк в течение 3-4 лет, днем - серозное отделяемое, приступы пароксизмального чихания, ночью - заложенность носа, частое применение сосудосуживающих препаратов. Анамнез: частые ОРВИ до 3 лет, с 4 лет наблюдается ЛОР-врачом с диагнозом аденоидит, в 7 лет - аденотомия, без положительной динамики. Осмотр педиатра, диагноз - чдб, рекомендован курс бронхомунала.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предварительный диагноз? • План обследования? • Рекомендуемая терапия? • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ:</p> <p>1. Предварительный диагноз – аллергический ринит?</p> <p>2. План обследования: консультация ЛОР –врача, снимок придаточных пазух носа, риноцитограмма, посев на флору, консультация аллерголога.</p> <p>3. Рекомендуемая терапия: назонекс 2 дозы 2 раза в день на 1 месяц, сингуляр по 5 мг в день на 1 месяц.</p>	ПК-5, ПК-6
6	<p>Мальчик 12 лет</p> <p>Жалобы: частые приступы удушья, на уроках физкультуры после бега - одышка.</p> <p>Анамнез: до 1 года - атопический дерматит тяжелого течения. С 3 лет - аллергический ринит, с 6 лет - бронхиальная астма, в 6-7 лет курсы базисной терапии (интал), с 9 лет учащение приступов, рекомендован курс стероидов (фликсотид в дозе</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10

	<p>200 мкг/сутки), последний курс стероидов проведен 3 месяца назад, за последние 2 месяца - применение сальбутамола 3-4 раза ежедневно.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предварительный диагноз?</p> <p>Каким разделом МКБ шифруется данное заболевание</p> <p>План обследования?</p> <p>Рекомендуемая терапия?</p> <p>Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать и/или уменьшить проявления данной патологии. Распишите правила ведения гипоаллергенного быта.</p> <p>Как часто пациент должен проходить профилактический осмотр</p> <p>Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины).</p> <p>Мотивируйте пациента на соблюдение режима.</p> <p>Требуется ли согласие обоих родителей на диагностические и лечебные мероприятия?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхиальная астма средн-тяжелое течение, неконтролируемая, период обострения. 2. План обследования: спирометрия, контроль пикфлоуметрии 3. Рекомендовано назначение комбинированной терапии как пример серетид в дозе 50 /100 мкг в сутки на 1 месяц с дальнейшим контролем. 	
<p>7</p>	<p>Мальчик 5 месяцев.</p> <p>Со слов мамы, высыпания с первого месяца жизни.</p> <p>Беременность, роды без патологии. С 2 месяцев проявления атопического дерматита на лице в виде сухости, гиперемии, зуд – умеренный.</p> <p>Осмотр педиатра: введен NAN ГА с 3 месяцев, без эффекта, лечение - фенистил гель, без эффекта.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Формулировка диагноза? • Диета? • Каким разделом МКБ шифруется данное заболевание • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) • Мотивируйте родителей ребенка на соблюдение гипоаллергенного быта <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атопический дерматит, младенческая фаза, легкое течение, период обострения. 2. Рекомендован перевод ребенка на гидролизные смеси с дальнейшей консультацией аллерголога. 	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-9</p>
<p>8</p>	<p>Мальчик 2 года</p> <p>Жалобы на высыпания в течение последних 3 месяцев, в виде бляшечных высыпаний, без зуда, первоначально на лице, затем распространение на тело, конечности. В 1 год родители обнаружили аскариду, пролечен, контрольные анализы не сдавали. С 1 до 2 лет без обострения. Диета - строгая с исключением облигатных аллергенов, без четкой положительной динамики лечение: элидел с положительной динамикой, зиртек по 5-7 дней осмотр: обильные эритематозно-пятнистые высыпания на лице, наружной поверхности предплечий, бедер, без зуда.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз? • Рекомендации по диете и лечению? • Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных явлений • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ:</p>	<p>ПК-5, ПК-6</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая клинико-anamнестически данные рекомендовано обследование ребенка на наличие глистно – паразитарной инвазии. 2. До консультации аллерголога курс топических стероидов и антигистаминных препаратов. 	
9	<p>Девочка 3 месяца. Жалобы на высыпания в течение 1 месяца. Самочувствие не нарушено, находится на искусственном вскармливании (молочная смесь), фруктовое пюре. Наследственность: отец – псориаз. Осмотр: множественные эритематозно-бляшечные элементы, округлой формы с четкими границами, с шелушением в центре, локализация паховая область, лицо.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предположительный диагноз? • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз – псориаз, с последующей консультацией дерматолога. 2. Диета по возрасту. 	ПК-5, ПК-6
10	<p>Мальчик 2 месяца. Жалобы на высыпания на теле, конечностях в течение 1 месяца, общее беспокойство, особенно в ночное время, прибавки в весе - хорошие. Находится на грудном вскармливании, мать не соблюдает безмолочную диету. В семье - еще двое детей - здоровы. В 1,5 месяца ездили отдыхать на поезде. Наследственность: не отягощена. Осмотр: множественные папулезные папулы на теле, конечностях, подошвенных и ладонных поверхностях</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз – чесотка. Рекомендована консультация дерматолога для дифференциальной диагностики дерматита. 2. Диета по возрасту. 	ПК-5
11	<p>Девочка 7 лет. Жалобы на высыпания в течение 2-3 месяцев, сниженный аппетит, периодические боли в животе, неустойчивый стул. Наследственность: мать – atopический дерматит, отец - бронхиальная астма.</p> <p>Осмотр: на неизменном фоне кожных покровов множественные эритематозные бляшки с четкими границами на теле, конечностях, в периорбитальной области - эритема, шелушение, в крови - эозинофилия 15-25% в течение последних 6 месяцев.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз? • Рекомендации? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз неуточненный дерматит на фоне глистно-паразитарной инвазии, предположительно лямблиоз, высыпания определенной локализации, повышенный процент эозинофилов. 2. Рекомендовано обследование на простейшие кал методом ПЦР, УЗИ органов брюшной полости, консультация гастроэнтеролога. 	ПК-5, ПК-6
12	<p>Девочка 4-х месяцев. Больна 3-й день. Жалобы на заложенность носа, снижение аппетита, покашливание, субфебрильную температуру. На 4-й день температура повысилась до 38, усилился кашель, появилась одышка до 65 в минуту. При осмотре шумное свистящее дыхание, периоральный цианоз, втяжение уступчивых мест грудной клетки. При объективном обследовании перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и выдохе. Диагноз?</p> <p>Ответ: Острый бронхиолит.</p>	ПК-5
13	<p>Мальчик 4-х месяцев. Со слов мамы, беспокоит затрудненное дыхание, цианоз, повышение температуры до 37,7. Заболел 4 дня назад. При осмотре над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие свистящие хрипы. Частота дыхания 56 в минуту. ЧСС –130 в минуту. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги.</p>	ПК-5, ПК-10

	<p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз? • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ: Обструктивный бронхит.</p>	
14	<p>Мальчик, 8 лет, болен 3-и сутки, жалобы на высокую температуру 39°C, общую слабость, озноб, чувство разбитости, головную боль, сухой кашель, боли в мышцах и суставах. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы – чистые, без высыпаний, на мягком небе – точечные кровоизлияния. Отмечается умеренная гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. Перкуторно – легочный звук над легкими, аускультативно – дыхание – жесткое, хрипы не выслушиваются</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз. • Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений • Тактика ведения таких пациентов в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) <p>Ответ: Грипп.</p>	ПК-5, ПК-6
15	<p>Мальчик М., болен 2-и сутки, жалуется на высокую температуру до 39°C, общую слабость, озноб, чувство «разбитости», головную боль, сухой кашель, боли в мышцах и суставах. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы розовые, без высыпаний, на мягком небе точечные кровоизлияния. Отмечается умеренная гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. ЧД 20 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук, аускультативно: дыхание – жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 100 ударов в минуту. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отравления не нарушены. Менингеальных симптомов нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ваш диагноз? ✓ Какие исследования необходимо провести при данном заболевании? ✓ Каким специалистам необходимо показать ребенка? ✓ Какой метод специфической профилактики существует для данного заболевания? ✓ Принципы лечения? ✓ Тактика ведения больных в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) ✓ требуется ли изоляция от второго ребенка в семье? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острая респираторная инфекция, грипп, среднетяжелое течение. 2. Клинический анализ крови со 2-го дня заболевания: лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ, экспресс диагностика (выявление вирусного антигена в эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей методом иммунофлюоресценции), серологическая диагностика (РСК, ИФА). На снимке грудной клетки – сегментарный отек легких. 3. ЛОР-врач, кардиолог 4. Вакцинопрофилактика: ежегодная сезонная вакцинация (гриппол, ваксигрипп, инфлювак) 	ПК-1, ПК-5, ПК-6
16	<p>Ребенок 5 лет, заболел остро: повысилась температура тела до 38,7, появился болезненный кашель, рвота, резкая боль в верхней половине живота. Язык обложен белым налетом, сухой. Умеренная одышка смешанного характера. Частота дыхания 30 в минуту, ЧСС 118 /мин. При глубоком вдохе ребенок отмечает боль в правой половине грудной клетки. Укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе легкого, здесь же ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Наиболее вероятный диагноз? 	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику ✓ Тактика лечения ✓ Тактика ведения больных в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) ✓ Реабилитационные мероприятия <p>Ответ: Правосторонняя нижнедолевая пневмония.</p>	
17	<p>На прием к врачу мать привела трехлетнего ребенка, который регулярно посещает детский сад. Накануне вечером она заметила на щеке, носу и подбородке у сына сгруппированные желтого цвета корки. Мать помыла ребенка и смазала очаги 2% раствором йода. Утром количество высыпаний увеличилось, появились свежие эрозии и корки на ушных раковинах и на спине. Врач при осмотре, кроме описанных выше корок, нашел на коже лица единичные плоские вялые пузыри с мутным содержимым, окруженные тонким розовым венчиком. Подчелюстные и шейные лимфоузлы были увеличены, мягкие, умеренно болезненные.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Принципы наружной терапии. ✓ Какие санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия необходимы? ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Пиодермия</p>	ПК-5, ПК-6
18	<p>Мальчик 13 лет, болен 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю спортивной гимнастикой.</p> <p>Осмотр: рост 148 см, масса 39 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.</p> <p>Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Цветной показатель - 0,91, Эритроциты - 4,2x10¹²/л; Лейкоциты - 7,2x 10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 51 %, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1014; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы ДПК - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.</p> <p>Дыхательный уреазный тест: положительный.</p> <p>Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).</p> <p>Задание к</p> <p>1. Клинический диагноз и его обоснование.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.</p> <p>3. Эпидемиология хеликобактерной инфекции и пути ее передачи.</p> <p>4. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.</p> <p>5. В чем сущность дыхательного теста?</p> <p>6. Современные принципы лечения данного заболевания.</p> <p>7. Предложите схему лечения данному ребенку.</p> <p>8. Что такое эрадикация НР-инфекции?</p> <p>9. От каких факторов будет зависеть эффективность эрадикации?</p> <p>Ответ</p> <p>1. ЯБ ДПК, впервые выявленная. Хроническая язва луковицы ДПК Нр-ассоциированная, неосложненная, фаза обострения. Гастрит, бульбит, реактивный панкреатит, перегиб ЖП. Обоснование: анамнез, клиника, наследственность, симптомы, ЭГДС, УЗИ, Нр.</p> <p>2. Дифференциальная диагностика с гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка, панкреатитом.</p> <p>3. передача-фекально-оральный, орально-оральный; контактный, гастроскопом, повсеместно!</p> <p>4,5. Нр-посев биоптата слизистой на среду, морф-окраска по Гимзе, толуидиновым синим; цитол-мазок-отпечаток окр. по Граму; дыхательный тест-определение в выдыхаемом воздухе изотопов С14 или С13, выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины в под действием уреазы Нр; уреазный- определение уреазной активности в биоптате слизистой в среде (субстрат, буфер, индикатор); скрининг-серол: ИФА, иммунопреципитация, имм-цитохимия (капилл. кровь).</p> <p>6. совр. принципы лечения: Диета №1 по Певзнеру, если есть Нр – эрадикационная терапия, снижение желудочной секреции – ИПП, Н2блокаторы, альгинаты – фосфолюгель, гевискон. Посиндромная терапия. Коррекция вегетативных нарушений. Регул. моторики, фитотерапия.</p> <p>8,9. Эрадикация-полное уничтожение Нр, вегетативных и кокковых форм в ЖКТ человека. Зависит от возбудителя, комплентности пациентов.</p>	
<p>19</p>	<p>Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 5 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находилась на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, яйца. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде. Осмотр: рост 139 см, масса 32 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0 +1 +в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».</p> <p>Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - 4,4х10¹²/л; Цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 7,3 х 10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 3 8%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.</p> <p>Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.</p> <p>Биопсия тканей на НР: (++).</p> <p>Дыхательный уреазный тест: положительный.</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>

	<p>УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь - грушевидной формы, 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое.</p> <p>Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. 2. На каком свойстве Нр основана его экспресс-диагностика? 3. Назначьте диету по Певзнеру. Мотивируйте ребенка родителей к соблюдению режима питания 4. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения. 5. Какие побочные эффекты от лечения можно ожидать и способы их предупреждения? 6. Что такое эрадикация Нр-инфекции? 7. Назовите пути передачи Нр-инфекции. . 8. Оцените результаты общего анализа крови. 9. Оцените результаты общего анализа мочи. <p>Ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Хр. антральный гастрит, Нр-ассоциированный, стадия обострения; сопутствующий-перегиб ЖП в обл. шейки (ДЖВП). Обоснование: анамнез, клиника, наследственность, симптомы, ЭГДС, УЗИ, Нр.3. Эт-пз.см.п.3 в 1 2. свойство Нр, на котором основана экспресс диагностика: расщепление мочевины до аммиака и СО₂ 3. диета по Певзнеру: обострение ЯБ – №1, далее №1б, через 3 недели – расширить. 4. снижение желудочной секреции – ИПП, Н2блокаторы, альгинаты – фосфологель, гевискон. Посиндромная терапия. Коррекция вегетативных нарушений. Регул. моторики, фитотерапия. Повторная ЭГДС через 1, 6, 12 месяцев. 5. побочные эффекты от лечения и их предупреждение: Н2-блокаторы– агранулоцитоз+лейкопения – под контролем общего анализа крови. 6. эрадикация Нр – полное уничтожение вегетативных форм и кокков в ЖКТ человека. 7. пути передачи Нр: фекально-оральный, орально-оральный, контактный. 8,9. общий анализ крови – N, общий анализ мочи – небольшая оксалатурия, неполная прозрачность. 	
20	<p>Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят изжога, отрыжка кислым, боли в подложечной области возникающие - после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении «кусковой» пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде.</p> <p>Мать ребенка - 38 лет, гастрит; отец - 40 лет, гастродуоденит; бабушка (по матери) - рак пищевода.</p> <p>Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой - штангой.</p> <p>Осмотр: рост 160 см, масса 50 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и в пилорoduоденальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.</p> <p>Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - 4,4x 10¹²/л; Лейк - 7,2x 10⁹/л; п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины -56%, глобулины: а, - 5%, а2 - 10%, Р - 12%, у - 18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин -</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	<p>15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л. Кал на скрытую крови: отрицательная реакция. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемированна, на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена. Биопсия тканей на НР-инфекцию: отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52х30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная. Задание к задаче по педиатрии 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте его. 3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда. 4. Каков этиопатогенез заболевания? 5. Проведите анализ эзофагогастродуоденоскопии. 6. В каких случаях следует проводить рентгенологическое исследование ВОПТ? 7. Что такое пищевод Баррета? 8. Назначьте комплексную терапию данному больному 9. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку? 10. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой? Дайте разъяснения родителям 11. Какие прокинетики используются при лечении данного заболевания, в чем их различие между собой, 12. Требуется ли контроль ЭГДС и в какие сроки? Ответ к задаче по педиатрии 1,2. Диагноз+обоснование: Недостаточность кардиального сфинктера. ГЭРБ, эрозивный РЭ тип А по ЛА классификации. Сопутствующий – ДЖВП. Поверхностный рефлюкс гастрит (дуоденогастральный рефлюкс). Обоснование: анамнез, наследственность, клиническая картина, ЭГДС, рН-метрия. 3. Дифференциальная диагностика: эзофагит, гастрит, ЯБ, опухоли пищевода. 4. Этиопатогенез: развивается в результате релаксации нижнего пищеводного сфинктера. Заброс содержимого желудка в пищевод, воспалительные изменения в слизистой. Способствующие факторы: снижение клиренса пищевода аномалии развития (грыжа диафрагмального отверстия пищевода), повышенная секреция HCl, повышение внутрибрюшного давления, задержка желудочной эвакуации, увеличение времени расслабления нижнего пищеводного сфинктера. 5. ЭГДС: эрозивный эзофагит, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс, антральный гастрит. 6. Rg – скопия для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 7. Пищевод Баретта – толстокишечная метаплазия слизистой пищевода, которая подтверждается гистологически 8-11. Лечение: дробное питание. Исключение шоколада, цитрусов, перца, томатов. Не ложится 3 часа после приема пищи. Приподнять головной конец, пресс не напрягать. ИПП, блокаторы H2 рецепторов, антациды и альгинаты. Прокинетики (Итоприд), нормокинетики (Тримебутин, Иберогаст), Урсодезоксихолиевая кислота (от дуоденогастрального рефлюкса), Протекторы слизистой: Де – нол, вентер, Слабомин, щел. воды. омеп, вентер, координ, обл. масло, солкосер. 12. Контроль ЭГДС: через 8 недель от начала лечения с переходом на поддерживающие дозировки до 6 месяцев. При необходимости симптоматическая терапия ИПП.</p>	
21	<p>Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также вздутие, горечь во рту, слабость, быструю утомляемость. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, часто «овечий», осветленный.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, Ал АТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 35 мкмоль/л, из них связ. - 5 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - КВР 15,5 контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены, содержимое не гомогенное, хлопьевидная желчь. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены.

После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
4. Назовите отягощающие факторы заболевания.
5. Назначьте дополнительные методы исследования.
6. Назначьте лечение данному ребенку.
7. Как расценить функцию желчного пузыря после дачи желчегонного завтрака?
8. За счет чего определяется усиление эхогенности паренхимы печени на УЗИ органов брюшной полости?
9. В чем заключается синдром Ортнера - Грекова?
10. Какова причина изменения цвета стула в данном случае?

Ответ

1. Диагноз+обоснование: Дискинезия ЖП по гипомоторному типу, билиарный сладж синдром. Анамнез, клиническая картина, объективный статус, УЗИ, Повышения уровня ЩФ и билирубина
2. Диф. диагностика: ЖКБ, хр. панкреатит, гепатиты, гастродуоденит и др.
3. Этиопатогенез: Нарушение нейро-гуморальных механизмов моторики ЖВП. Чаще у детей со слабым типом ВВД. Не регулярное питание, недостаток пищевых волокон, лямблиоз.
4. Отягощение: стрессы, заболевания ЖКТ, гельминтозы, лямблиоз, перенесенные вирусные гепатиты, хр. очаговые инфекционные заболевания поражающие ЖВП.
5. Дополнительные методы: дуоденальное зондирование (для определения состава желчи и паразитарных инвазий), ЭГДС, ан. на яйца глист, антигены к вирусным гепатитам в крови
6. Лечение: стол 5 по Певзнеру, дробное питание, холекинетики, Урсодезоксихолиевая кислота, фитотерапия.

	<p>7.оценить функцию ЖП после желчегонных: должен сократиться в 2 раза – гипомоторная функция.</p> <p>8.усил.эхог.печ.на УЗИ: внутрпеченочный холестаза, а также изменение реологии желчи в ЖП.</p> <p>9.симпт.Ортнера-Грекова: боль при поколачивании по реберным дугам</p> <p>10. Причина изменения цвета стула: холестаза</p>	
--	--	--

Неврология

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Для развития геморрагического инсульта характерно:

1. внезапная потеря сознания, нарушение дыхания
2. развитие заболевания в активный период суток
3. патологические подошвенные рефлексы
4. артериальная гипертония
5. все перечисленное

Для эпилептического припадка характерны:

1. размашистые движения руками
2. ситуационная обусловленность
3. отсутствие амнезии в период приступов
4. прикусы языка, ушибы головы, туловища и т.д.
5. живая реакция зрачков

Известно, что больной упал с лестницы. Кома, брадикардия. Брадипноэ. Выраженная анизокория. Патологические стопные знаки. Следы состоявшегося кровотечения из носовых ходов. Ваш диагноз:

1. ушиб головного мозга легкой степени
2. ушиб головного мозга тяжелой степени
3. ушиб головного мозга средней степени
4. перелом свода и основания черепа
5. субдуральная гематома

Юноша 18 лет находится в бессознательном состоянии, зрачки резко сужены, цианоз кожных покровов, в локтевом сгибе имеется свежий след от инъекций, PS=60/мин, АД=80/60 мм.рт.ст.

Наиболее вероятная причина:

1. отравление атропином
2. отравление опиатами
3. отравление барбитуратами
4. опухоль мозга

При эпилепсии помрачение сознания может быть в виде:

1. онейроида
2. аменции
3. делирия
4. сумеречного состояния
5. ничего из перечисленного

Разрыв внутрочерепной сосудистой аневризмы характеризуется:

1. сильными головными болями, внезапным началом
2. потерей сознания
3. тошнотой и рвотой
4. ригидностью затылочных мышц
5. всем перечисленным

При центральном пирамидном параличе не наблюдается:

1. гипотрофии мышц
2. повышения сухожильных рефлексов
3. нарушения функции тазовых органов
4. нарушения электровозбудимости нервов и мышц

Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атакия:

1. мозжечковая
2. сенситивная
3. вестибулярная
4. корковая

Больной с моторной афазией:

1. понимает обращенную речь, но не может говорить
2. не понимает обращенную речь и не может говорить
3. может говорить, но не понимает обращенную речь
4. может говорить, но речь скандированная

Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

1. кортикоспинальных
2. кортиконуклеарных
3. лобно-мосто-мозжечковых
4. руброспинальных

Современная инструментальная диагностика рассеянного склероза осуществляется с помощью:

1. компьютерная томография;
2. магнитнорезонансная томография головного мозга;
3. магнитнорезонансная томография спинного мозга;
4. реовазография;
5. ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий;
6. верный ответ 2 и 3.

Для ишемического инсульта характерно:

1. повышение температуры тела в первые часы;
2. менингеальный синдром;
3. преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
4. онемение дистальных отделов конечностей.

Для геморрагического инсульта характерно:

1. появление кожных геморрагических высыпаний;
2. простреливающие боли по ходу межреберий;
3. преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
4. гипотермия.

Головная боль при мигрени характеризуется:

1. нарастанием в течение месяца;
2. усилением при натуживании, кашле или чихании;
3. изменением интенсивности при наклоне головы;
4. локализацией в одной половине головы.

**Головная боль при опухолях головного мозга имеет особенности:
распирающий характер:**

1. провоцируется употреблением в пищу тираминсодержащих продуктов;
2. ощущается как удар током;
3. часто сопровождается рвотой;
4. правильный ответ 1,4.

Для субарахноидального кровоизлияния, вследствие разрыва аневризмы, характерно:

1. молодой возраст пациентов;
2. предшествующие головные боли;
3. появление менингеального синдрома;
4. все перечисленные признаки.

Боковой амиотрофический склероз проявляется:

1. онемением в дистальных отделах конечностей;
2. сочетанием симптомов поражения центрального и периферического двигательного нейрона;
3. нарушением функции тазовых органов;
4. ничего из перечисленного.

К симптомам натяжения спинномозговых корешков относятся:

1. симптом Бабинского;
2. симптом Лассега;
3. хватательный рефлекс;
4. ничего из перечисленного.

При гнойном менингите ликвор имеет следующие особенности:

1. бесцветный прозрачный;
2. мутный с хлопьями;
3. цвет клюквенного морса;
4. ничего из перечисленного.

Тромбоз вен сетчатки характеризуется:

1. снижением зрения;
2. отёком сетчатки;
3. кровоизлияниями;
4. всем перечисленным.

Симптом «вишнёвой косточки» наблюдается при:

1. неврите;
2. дистрофии сетчатки;
3. тромбозе вен сетчатки;
4. острой артериальной непроходимости сетчатки (эмболии);
5. всем перечисленным.

Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:

1. 1 суток
2. 1 недели
3. 2 недель
4. 3 недель
5. 1 месяца

Какие из перечисленных признаков относятся к геморрагическим инсультам?

1. Постепенное начало
2. Преобладание общемозговых симптомов над очаговыми
3. На фоне пароксизма мерцательной аритмии

Укажите, какие клинические синдромы входят в клинический синдромокомплекс энцефалитов?

1. Общеинфекционный
2. Очаговый
3. Общемозговой
4. Все перечисленные

Для ишемического инсульта в остром периоде характерно:

1. преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
2. преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
3. головные боли;
4. преобладание двигательных нарушений над чувствительными.

Для геморрагического инсульта в остром периоде характерно:

1. преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
2. преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
3. хореический гиперкинез;
4. преобладание двигательных нарушений над чувствительными

Методом обследования брахиоцефальных артерий при ТИА является:

1. дуплексное сканирование БЦС;
2. МР-ангиография;
3. ЭЭГ;
4. ЭХО энцефалоскопия.

Паренхиматозный геморрагический инсульт характеризуется:

1. формированием внутримозговой гематомы;
2. наличием крови под твердой мозговой оболочкой;
3. наличием крови в паутинном пространстве.

Клинические проявления субарахноидальной геморрагии включают:

1. боли в грудной клетке;
2. ощущение перебоев в работе сердца;
3. менингеальный синдром;
4. пелена перед глазами.

Клинические симптомы ТИА характеризуются:

1. регрессом неврологических симптомов в течение нескольких часов;
2. регрессом неврологических симптомов в течение суток;
3. регрессом неврологических симптомов в течение нескольких дней.

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

1. анальгетиков;
2. спазмолитиков;
3. противосудорожных средств;
4. всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

Современное лечение рассеянного склероза проводится с использованием:

1. витаминов группы В;
2. десенсибилизирующих средств;

3. иглорефлексотерапии и физиотерапии;
4. психотерапия;
5. схемы лечения, включающие ПИТРС.

Лечение тромбозов вен сетчатки включает:

1. тромболитики;
2. антикоагулянты и антиагреганты;
3. симптоматические средства;
4. всё перечисленное.

Патогенетическое лечение диабетической полиневропатии включает:

1. ноотропы;
2. антидепрессанты;
3. коррекцию гипергликемии.

Лечение аневризматического кровоизлияния включает:

1. назначение антикоагулянтов;
2. назначение антиагрегантов;
3. клипирование аневризмы;
4. назначение ноотропных препаратов.

Консервативное ведение больного с ишемическим инсультом включает:

1. коррекцию водно-электролитного баланса;
2. длительную неподвижность пациента;
3. ограничение внутривенных инъекций.

Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте проводится:

1. в машине скорой помощи;
2. в приемном отделении стационара;
3. в условиях реанимации РСЦ.

Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте выполняется только после выполнения:

1. ЭКГ;
2. общего анализа крови;
3. выполнения КТ головного мозга;
4. осмотра окулистом глазного дна.

Противоотечная терапия при опухолях головного мозга включает:

1. глюкокортикостероиды
2. вентонизирующие
3. спазмолитики

Для лечения фокальных судорожных приступов при опухолях используются:

1. антиконвульсанты
2. миорелаксанты
3. спазмолитики

Для лечения синингомиелии наиболее эффективным является:

1. химиотерапия
2. гормонотерапия
3. лучевая терапия

Для лечения эпилепсии используются:

1. антиконвульсанты
2. ноотропы
3. антиагреганты

Для купирования эпилептического статуса применяется:

1. гипотензивные средства
2. глюкокортикоиды
3. ингаляционный наркоз

Среди перечисленных препаратов к антиконвульсантам относятся:

1. производные вальпроевой кислоты
2. производные индолуксусной кислоты
3. ингибиторы АПФ

Первая помощь при эпилептическом приступе заключается в:

1. предупреждении травмирования пациента
2. измерении артериального давления
3. регистрация ЭКГ

Наиболее значимым ограничением назначения антиконвульсантов при беременности является:

1. ортостатическая гипотензия
2. тератогенное действие
3. эффект гиперседации

Эффективность назначенной терапии антиконвульсантов оценивается по:

1. концентрации препарата в плазме крови
2. уровню АЛТ, АСТ
3. клиническому анализу крови

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

Какие наиболее терапевтические методики ЛФК в клинике нервных болезней?

1. дыхательная гимнастика
2. специальная лечебная гимнастика
3. малоподвижные игры
4. мануальная терапия

Каковы особенности методики ЛФК в клинике нервных болезней?

1. использование в основном пассивных упражнений
2. лечение движением при нарушении функции движения
3. применение ЛФК после стабилизации общего состояния больного
4. упражнения с предметами
5. дыхательные упражнения

Каковы особенности методики ЛФК при спастических парезах?

1. лечение положением
2. применение пассивных упражнений
3. применение активных упражнений
4. упражнения на тренажерах
5. упражнения с отягощением

Каковы особенности методики ЛФК при невритах?

1. применение упражнений с отягощением
2. применение облегченных исходных положений
3. применение в основном дыхательных упражнений
4. применение исходного положения сидя

5. применение упражнений с гантелями

Каковы сроки назначения ЛФК при неврите лицевого нерва?

1. с первых дней заболевания
2. через месяц после начала заболевания
3. после стабилизации общего состояния
4. после стихания болей
5. после выписки из стационара

Какие моменты входят в лечение положением при неврите лицевого нерва?

1. спать на здоровой стороне
2. спать на стороне поражения
3. спать на спине
4. спать на боку
5. спать на животе

С какого момента назначают специальную лечебную гимнастику при геморрагическом инсульте?

1. с первых часов после инсульта
2. перед выпиской из стационара
3. после восстановления гемодинамики
4. через неделю
5. после выписки из стационара

С какого момента начинают лечение положением при геморрагическом инсульте?

1. с первых часов после инсульта
2. после стабилизации общего состояния
3. перед выпиской из стационара
4. через 3 суток
5. после выписки из стационара

Что не входит в задачи кинезотерапии в остром периоде инсульта:

1. профилактика развития контрактур и пролежней;
2. сохранение подвижности суставов парализованных конечностей и улучшение трофики;
3. подавление патологических двигательных синергий;
4. обучение мышечному расслаблению.

Ранняя реабилитация после ОНМК проводится:

1. только в условиях отделения реанимации;
2. при стабилизации системной гемодинамики;
3. после выписки из стационара.

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

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный. непредсказуемый

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. Принцип ответственности за свое здоровье
2. Принцип комплексности
3. Принцип индивидуализации .
4. Принцип умеренности
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха.
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь»
8. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, могут быть использованы:

1. Мотивация самосохранения
2. Мотивация подчинения этнокультурным требованиям.
3. Мотивация получения удовольствия от здоровья.
4. Мотивация возможности самосовершенствования.
5. Мотивация возможности маневрировать.
6. Мотивация достижения максимально возможной комфортности
7. Все перечисленные

К мерам первичной профилактики ишемического инсульта относятся:

1. ограничение физической нагрузки;
2. коррекция повышенного артериального давления;
3. назначение препаратов ноотропного ряда.

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а. к детям и подросткам; б.к лицам, пробующим табак; в. к недавно курящим; г. к давно курящим.

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

Ожирение является фактором риска для: а. сахарного диабета; б. атеросклероза; в. желчно-каменной болезни; г. почечно-каменной болезни.

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

Что такое регулярная физическая активность?

1. занятие умеренной физической активностью 2 раза в неделю
2. занятие умеренной физической активностью 5 раз в неделю
3. занятие умеренной физической активностью 3 раза в неделю

При интенсивной физической активности затрачивается ккал в минуту:

1. 7 ккал в минуту
2. 2 ккал в минуту
3. 5 ккал в минуту

Какова оптимальная частота занятий физической активностью?:

1. 5 раз в неделю
2. 2 раза в неделю
3. 4 раза в неделю

Выделите индивидуальные факторы риска возникновения распространенных неинфекционных заболеваний.

1. алкоголь
2. радиация
3. экология

Выделите основные медико-биологические факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

1. хронические сопутствующие заболевания
7. наследственность
2. ухудшение экологии

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

Первичная медико-санитарная помощь по профилю неврология включает в себя мероприятия по:

1. профилактике, диагностике, лечению заболеваний нервной системы,
2. медицинской реабилитации,
3. формированию здорового образа жизни
4. санитарно-гигиеническому просвещению населения
5. все перечисленное верно

При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинской реабилитации неврологическим больным рекомендуется оценивать

1. уровень мобильности больного по шкале мобильности Ривермид
2. обеспеченность сестринским персоналом участка проживания
3. квалификационные характеристики участкового терапевта

Медицинская помощь взрослому населению при заболеваниях нервной системы оказывается в виде:

1. первичной медико-санитарной помощи;
2. скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
3. специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
4. паллиативной медицинской помощи
5. все перечисленное верно

Формами оказания медицинской помощи являются

1. экстренная

2. неотложная
3. плановая
4. все перечисленное верно
5. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

1. моральную
2. гражданскую
3. административную (дисциплинарную)
4. уголовную
5. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

1. всех работников своего отделения
2. только резерв на выдвижение
3. врачей профильного отделения
4. старшую мед. сестру отделения
5. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. Все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

- a. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- b. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
- c. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
- d. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
- e. Все перечисленное верно

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	На приеме мужчина 52 лет с жалобами на расстройство речи, затруднения при приеме пищи (жидкая пища при глотании изливается через нос, кусочки твердой	ПК-5, ПК-6

	<p>пищи попадают в трахею и вызывают приступы кашля). В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, случившееся 1 месяц назад. В неврологическом статусе: определяются: охриплость и слабость голоса, элементы дизартрии, ограничение движений языка, усиление глоточного рефлекса, рефлексы орального автоматизма и насильственный плач.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Выделить ведущие клинические симптомы. Назвать клинический синдром. Поставить топический диагноз. ✓ Тактика ведения подобных больных в рамках общей врачебной практике <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ведущие клинические симптомы: дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, усиление глоточного рефлекса. 2. Клинический синдром - псевдобульбарный синдром. 3. Топический диагноз – поражение корково – ядерных пирамидных путей с обеих сторон. 	
2	<p>Больной 28 лет. 2 года назад впервые заметил, что обеими руками не различает горячее и холодное. Были безболезненные ожоги на кистях. В течение последнего года обратил внимание на похудание мышц кистей, неловкость при выполнении мелких точных движений пальцами. Объективно: состояние удовлетворительное. Выявляется дизрафический статус (высокое узкое небо, низкий рост волос, крыловидные лопатки, скученность зубов). В неврологическом статусе: синдром Клода – Бернара – Горнера, сила мышц рук снижена, атрофия межкостных мышц обеих кистей, больше справа, сухожильные и периостальные рефлексы на руках не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Брюшные рефлексы снижены. Выпадение болевой и температурной чувствительности на обеих руках. Глубокая чувствительность сохранена. Ногтевые фаланги утолщены, ногти тусклые, ломкие, кожа сухая. Следы ожогов на руках. При электромиографическом исследовании выявляется поражение мотонейронов шейного отдела спинного мозга.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Где локализуется патологический очаг?</p> <p>Каков Ваш клинический диагноз?</p> <p>Лечение; экспертиза трудоспособности?</p> <p>Какие изменения в спинном мозге позволит выявить магнитно-резонансная томография?</p> <p>Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики. Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В нижнем шейном и верхнегрудном отделах спинного мозга (C₅-D₅ сегменты). 2. Сирингомиелия, смешанная форма, периферический парез рук. 3. Консервативное, хирургическое, рентгенотерапия. Больной трудоспособен с ограничением – противопоказан тяжелый физический труд, с вибрацией, в горячих цехах. 4. Полости и глиоз в спинном мозге. 	ПК-5, ПК-6, ПК-10
3	<p>Больная 42 лет обратилась к врачу с жалобами на головную боль, усиливающуюся по утрам, временами со рвотой. Головная боль беспокоит в течение нескольких месяцев и стала постоянной в последние недели. В последнее время появились затуманивание зрения, шаткая походка, неловкость при движении левой рукой.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6⁰С, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: крупноразмашистый нистагм при взгляде вправо, гипотония и дисметрия в левых конечностях. На глазном дне ступенчатость границ сосков зрительных нервов. На электроэнцефалограмме – раздражение коры мозга, на краниограмме – “пальцевые” вдавления, усиление сосудистого рисунка.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Основные неврологические синдромы? 	ПК-5, ПК-6, ПК-10

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ваш предположительный диагноз? ✓ Какие методы исследования позволят поставить достоверный диагноз? ✓ Лечение? ✓ Укажите рентгенологические признаки повышения внутричерепного давления; с чем будете проводить дифференциальный диагноз ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертензионный, атактический (динамическая атаксия) синдромы. 2. Опухоль левого полушария мозжечка. 3. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. 4. Хирургическое удаление опухоли, дегидратация. 5. Истончение костей черепа, “пальцевые вдавления”, остеопороз, усиление сосудистого рисунка. 	
4	<p>У больного 55 лет, страдающего гипертонической болезнью, после физического и эмоционального напряжения внезапно появились головная боль, рвота, затем потеря сознания. При объективном осмотре – состояние тяжелое, кома, гипертермия, гипергидроз. АД – 220/120 мм рт. ст. Перкуторно определяется расширение границ сердца влево, аускультативно – акцент II тона на аорте. Неврологически выявляются менингеальный синдром, правосторонняя гемиплегия. На ЭКГ – электрическая ось отклонена влево, на глазном дне сужение и извитость артериол, расширение вен, единичные кровоизлияния. На РЭГ – гипертонус сосудов мозга.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Где очаг поражения головного мозга? ✓ Каков Ваш клинический диагноз? ✓ Какие дополнительные исследования необходимо сделать? ✓ Что мы обнаружим на компьютерной томографии? ✓ Механизм развития острого нарушения мозгового кровообращения в данном случае? ✓ Составьте программу реабилитации <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В левом полушарии головного мозга. 2. острый период геморрагического инсульта в левой гемисфере с правосторонней гемиплегией на почве гипертонической болезни II ст. 3. Люмбальную пункцию, компьютерную томографию. 4. Гематому в левой лобно-теменной области. 5. Разрыв аневризмы. 	ПК-5 , ПК-8
5	<p>Больной 62 лет, перенесший 3 дня назад инфаркт миокарда, в течение двух дней отмечал общую слабость, мелькание “мушек” перед глазами, нечеткое онемение левой щеки, нарастающие боли и парестезии в правой ноге. Утром при вставании с постели выявилась слабость в левых конечностях, которая нарастала в течение двух часов. В неврологическом статусе - парез VII и XII нервов слева по центральному типу, левосторонняя гемигипестезия, левосторонний гемипарез. При осмотре кожа правой ноги бледна, пульс на артериях не определяется, температура тела 37,5⁰. На ЭКГ – мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, патологический зубец Q, зубец T – отрицательный. На коагулограмме – ПТИ 100%, время свертывания 3 минуты, фибриноген – 6 г/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Какие осложнения появились у больного? ✓ Как Вы интерпретируете показатели коагулограммы? ✓ В какие сроки после инфаркта миокарда возникает развитие острого нарушения мозгового кровообращения? ✓ Какова профилактика развития острого нарушения мозгового кровообращения после инфаркта миокарда? ✓ Наиболее частые механизмы развития острого нарушения мозгового кровообращения? 	ПК-5

	<p>✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемический инсульт в правом каротидном бассейне и тромбоз артерий правой ноги. 2. Гиперкоагуляция – повышение свертываемости крови. 3. Первые сутки. 4. Антикоагулянты, антиаритмические средства. 5. Эмболический, тромботический. 	
6	<p>У юноши 17 лет в последних числах февраля развились катаральные явления, на фоне которых резко поднялась температура до 40⁰С, развились сильнейшие головные боли, рвота, светобоязнь. Пациент без сознания, открывает глаза на болевые и звуковые раздражители, изредка открывает глаза по просьбе врача, после многократного повторения просьбы; при пальпации глазных яблок и козелков – выраженная гримаса боли, голова запрокинута назад и сгибание ее невозможно, симптом Кернига с угла 100⁰ билатерально. Через 2 дня от повышения температуры на коже лица, бедер появилась геморрагическая сыпь. Пациенту проведена люмбальная пункция и получен мутный желтоватый ликвор, при анализе клеточного состава которого выявлен плеоцитоз (500/3) с преобладанием полинуклеаров (90%).</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Где локализуется патологический очаг? ✓ Какие дополнительные меры необходимо для уточнения диагноза? ✓ Каков предположительный клинический диагноз? ✓ Назовите менингеальные симптомы? ✓ Какой дополнительный метод введения препаратов применяется при лечении менингитов? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В мозговых оболочках головного мозга. 2. Люмбальная пункция, компьютерная томография. 3. Эпидемический цереброспинальный менингит. 4. Симптомы Данцига, Менделя, Кернига, Брудзинского (верх., сред., ниж.), ригидность затылочных мышц. 5. Эндолюмбальное введение. 	ПК-5
7	<p>Больная 10 лет. Неделю назад родители заметили, что девочка начала постоянно гримасничать и “дергаться”, не сидит на месте ни одной минуты спокойно. Мать сообщила, что девочка часто болела ангинами, после одной из них через 2 недели лечилась в больнице, так как развилось состояние с выраженной одышкой, сердцебиениями, перебоями и болями в области сердца, появлением кашля при физической нагрузке. Общее состояние было тяжелым, наблюдались ортопноэ, акроцианоз, появились отеки на ногах, тахикардия с приглушением сердечных тонов, систолическим шумом в области верхушки сердца, мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких. На ЭКГ – выявлено замедление AV проводимости, снижение амплитуды зубца Т и интервала ST в прекардиальных отведениях. На ЭхоКГ – незначительное утолщение створок клапанов и ограничение их движений. Настоящему заболеванию предшествовала ангина. Наследственность не отягощена. Объективно: танцующая походка, гиперкинезы в лице, конечностях, туловище. Гипотония мышц. Анализ крови: СОЭ - 46 мм/час, лейкоциты - 8×10^9/л. Реакция на С-реактивный белок положительная.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ваш клинический диагноз? ✓ Этиология заболевания? ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики? Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Малая хорея. 2. Ревматическая (девочка перенесла ревматический миокардит). 	ПК-5, ПК-10
8	<p>Больной А. 30 лет, в течение 7 лет работает клепальщиком. Около года беспокоят</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-

	<p>резкие боли в плечах, усиливающиеся ночью, пальцы рук немеют и белеют при охлаждении. Стал раздражительным, быстро устает.</p> <p>Объективно: кисти холодные, цианотичные, отечные. Отмечается снижение всех видов чувствительности по типу длинных перчаток. При холодной пробе - симптом "мертвых пальцев" обеих рук, слабость в приводящих мышцах V пальца, сухожильные и периостальные рефлексy живые. При пальпации - уплотнение и болезненность мышц надлопаточных и предплечья, крепитация в местах перехода их в сухожилия. По данным реовазографии рук – снижение кровенаполнения и изменение тонуса артерий и артериол, по данным тепловизионного исследования – синдром "термоампутации" кистей с $DT=2,0^{\circ}C$.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Какие клинические синдромы имеются у данного больного? ✓ Какой Ваш предварительный диагноз с указанием стадии болезни? ✓ Какое лечение рекомендовано данному больному? Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полинейропатический синдром с преобладанием сенсорно-вегетативных нарушений. 2. Вибрационная болезнь II ст., обусловленная воздействием локальной вибрации. 3. Лечение: спазмолитические, ганглиоблокирующие средства, электрофорез, высокочастотная электротерапия, ультрафиолетовое облучение. Сероводородные, радоновые, кислородные ванны, лечебная гимнастика, массаж. 	10
9	<p>Больная, 65 лет, страдает артериальной гипертензией около 20 лет, с максимальными цифрами АД - 170/100 мм рт. ст.. Утром после стрессовой ситуации развилась сильная головная боль, появилось головокружение, почувствовала онемение в правой руке, слабость в кисти, затруднение речи. При осмотре врачами приемного покоя: сердечные тоны глухие, границы сердца расширены влево. На ЭКГ - преобладание потенциалов левых отделов сердца. При аускультации сосудов шеи - систолический шум на левой сонной артерии. На реоэнцефалограмме – снижение пульсового кровенаполнения сосудов полушарий головного мозга больше слева, повышение тонуса артериол. На глазном дне выявляется сужение артерий и артериол.</p> <p>Отмечается сглаженность правой носогубной складки, язык по средней линии, легкая слабость в правой руке в пробе Барре, сухожильные рефлексy D>S на руках. Патологических знаков нет. Обращенную речь понимает. В собственной речи - персиверации. После введения гипотензивных препаратов, эуфиллина внутривенно спустя 1,5 часа слабость в руке прошла, онемение регрессировало, речь восстановилась полностью.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Какой предположительный клинический диагноз? ✓ Какие препараты Вы назначите больному с ишемическим инсультом тромботического характера с выраженной общемозговой симптоматикой? ✓ Какие современные препараты используются для лечения артериальной гипертензии? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, преходящее нарушение мозгового кровообращения в левой внутренней сонной артерии. 2. Гепарин 30 тыс.ед. в сутки в/м. Дексаметазон 8 мг в сутки. 3. Диуретики, б-блокаторы или ингибиторы ангиотензинопредваряющего фермента. 	ПК-5, ПК-6
10	<p>Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность,</p>	ПК-5

	снохождение, сноговорение. Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии. Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет. На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции. Выделить клинические синдромы. Дать оценку изменениям на ЭЭГ. План обследования	
11	Обращение за медицинской помощи со стороны родственников: жена 26 летнего мужчины обратилась к врачу общей практики. Известно, что в течение трех месяцев у мужа отмечались жалобы на головную боль, преимущественно ночью. Головная боль носила распирающий характер. Затем, изменилось поведение - появилось немотивированные поступки, дурашливость, приступы агрессии. В последнее время появилась шаткость в положении стоя и сидя. При осмотре выявлено оживление глубоких рефлексов слева. Осмотр офтальмолога выявил на глазном дне признаки «застойных» дисков, больше справа. Задания: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Топический диагноз (локализация поражения и его характер)? 3. План дообследования? 4. Какие методы диагностики необходимы для уточнения диагноза? 5. Предполагаемые методы лечения? Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству	ПК-5, ПК-6, ПК-10
12	Пациентка женщина 40 лет. Обратилась к врачу семейной медицины. Четыре месяца назад появились приступообразные ощущения «ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца испытывает снижение болевой чувствительности в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. При осмотре отмечается: гиперрефлексия слева, не отчетливый рефлекс Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности слева. Задания: 1. Топический диагноз (характер и локализация очага поражения)? 2. Наиболее вероятный клинический диагноз. 3. План по тактике обследования? 4. Лечение на догоспитальном этапе? 5. Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству	ПК-5, ПК-6, ПК-10
13	Женщина 52 лет жалуется на боли, онемение, ползание «мурашек», ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8–10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп. А. Неврологические синдромы? Б. Локализация поражения? В. Клинический диагноз? Г. Дополнительные обследования и их вероятные результаты? Д. Лечение? Реабилитация? Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10
14	Пациент 52 лет с избыточной массой тела, страдающий гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа, жалуется на «жжение» в стопах. При осмотре выявлено снижение глубоких рефлексов на руках и ногах. Гипестезия в дистальных отделах ног. При обследовании выявлен повышенный уровень глюкозы в крови. Задания: 1) Предположите наиболее вероятное сопутствующее заболевание нервной системы.	ПК-5, ПК-6, ПК-10

	<p>2) Тактика лечения пациента.</p> <p>3) Предложите план профилактических мероприятий.</p> <p>4) Порядок взаимодействия врача общей практики и врача невролога согласно действующему законодательству</p>	
15	<p>Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечаются слабость большого разгибателя пальцев правой стопы, болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.</p> <p>1. Определите, какие структуры чувствительного нейрона повреждены Неврологические синдромы? Локализация поражения?</p> <p>2. Клинический диагноз?</p> <p>3. Дополнительные обследования?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5,Реабилитационные мероприятия</p> <p>6. Сформулируйте основные положения для пациента для профилактики подобных состояний</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
16	<p>Женщина 32 лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5°. При обследовании выявляется асимметрия лица: слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечаются слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.</p> <p>1. Укажите характер повреждения двигательного нейрона.</p> <p>2. Неврологические синдромы? Что такое лагофтальм, симптом Белла?</p> <p>3. Локализация поражения?</p> <p>4. Клинический диагноз?</p> <p>5. Дополнительные обследования?</p> <p>6. Лечение?</p> <p>7,Профилактика</p> <p>8. Мотивируйте членов семьи пациентки на предотвращение подобных ситуаций</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
17	<p>У мужчины 63 лет развилась слабость левой руки и ноги. При осмотре выявлено отсутствие активных движений в дистальных отделах левых конечностей, повышен мышечный тонус в сгибателях левого предплечья и разгибателях левой голени, оживлены глубокие рефлексы на левой руке и ноге, вызывается симптом Россолимо-Вендеровича, Бабинского и Оппенгейма слева. Какой синдром двигательных расстройств? Где располагается очаг поражения? (Левосторонняя центральная гемиплегия. Правая внутренняя капсула)</p>	УК-1, ПК-5
18	<p>У больного 12 лет, после ангины возникла головная боль, появились жестикуляции и гримасы, причудливые движения пальцами. Подергивания усиливаются при волнении и исчезают во сне. Симптом Гордона положительный. Диффузная мышечная гипотония. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз и лимфоцитоз. В биохимическом анализе крови: сиаловые кислоты ++, С-реактивный белок ++, гиперглобулинемия.</p> <p>1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение. 3. Методы профилактики. 4. Реабилитация. 5. Немедикаментозные методы лечения</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
19	<p>Больной 48 лет. Экстренный вызов на дом. Внезапно нарушилась речь, ослабели</p>	УК-1, ПК-5, ПК-

	<p>левые конечности. В анамнезе – оперативное лечение кардиохирургическом отделении по причине недостаточности аортального клапана. Выполнено протезирование аортального клапана. Получает варфарин под контролем МНО. В течение месяца не контролировалась коагуляция. При осмотре: сознание - сопор, правосторонний умеренный гемипарез. Менингеальных знаков нет. Элементы смешанной афазии.</p> <p>Поставьте диагноз.</p> <p>Какой основной клинический синдром выявляется у больного? Наиболее вероятный патогенез развившегося состояния.</p> <p>Назначьте лечение. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Какие немедикаментозные методы лечения могут быть применены?</p> <p>Мотивируйте родственников пациентки соблюдать врачебные рекомендации</p>	6, ПК-8, ПК-9, ПК-10
20	<p>Больная 25 лет. Обратилась за медицинской помощью с головными болями. Головные боли возникли остро после чихания, находилась на работе. Соматической патологии не отмечается. Неврологический статус: сознание ясное, черепная иннервация не нарушена. Парезов нет, глубокие рефлексy без асимметрии, патологических рефлексов нет. Координация не нарушена. Ригидность затылочных мышц 3 пальца. Симптом Кернига +.</p> <p>Поставьте диагноз.</p> <p>Какой основной неврологический синдром имеется у больной?</p> <p>Основные направления лечения этого заболевания. Тактика ведения на догоспитальном этапе.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
21	<p>Больной 62 лет. Вызов на дом. Известно, что заболел остро около 12.00 развилась слабость в правых конечностях, нарушение речи. Головных болей не было. Этому предшествовал эпизод слабости и онемения который длился около 2-х часов. Полностью регрессировал. Страдает гипертонической болезнью и мерцательной аритмией. В момент начала заболевания – ощущение перебоев в работе сердца. При осмотре: сознание - оглушение, правильно ориентирован, речь – нарушена, преимущественно обращенная речь. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого нерва справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 - 3 баллов. Правосторонняя гемигипестезия.</p> <p>Поставьте диагноз.</p> <p>Определите тактику ведения больного.</p> <p>Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Какие немедикаментозные методы лечения могут быть применены?</p> <p>Какие профилактические мероприятия не были проведены?</p> <p>Составьте маршрут лечения пациента</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10
22	<p>Больной 50 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами артериального давления внезапно после эмоционального напряжения почувствовал онемение в правых конечностях, слабость в них, испытывал речевые затруднения. В неврологическом статусе выявились: правосторонняя гемигипестезия и гемипарез в виде снижения силы.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположительный диагноз.</p> <p>Перечислите факторы развития гипертонической болезни.</p> <p>Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза.</p> <p>Какова профилактика данного состояния?</p>	ПК-1, ПК-5
23	<p>Пациентка 70 лет. Из анамнеза – около 1,5 часов до контакта с бригадой скорой помощи внезапно на глазах мужа во время приема пищи перекошило лицо слева, нарушилась речь по типу «каши во рту» и ослабли левые конечности. Известно, что страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом и постоянной формой фибрилляции предсердий. Принимает гипотензивные и сахароснижающие препараты. При осмотре – пациентка в сознании, контактирует, речь с дизартрией, зрачки, равные по 3 мм, признаки левосторонней гемианопсии, центральный левосторонний парез. Гемигипестезия слева. Гемипарез слева глубокий со снижением силы в руке до 0 баллов, в в ноге до 2 баллов .АД 200 /100 мм рт. ст., ЧСС 105 уд/мин, пульс аритмичный, ЧДД 12/мин. Уровень гликемии 20 мкмоль\л.</p>	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>Вопросы:</p> <p>Назовите наиболее возможную причину развития очагового неврологического дефицита в этом клиническом примере и заболевания с которыми требуется провести дифференциальную диагностику?</p> <p>Какие мероприятия дообследования требуется выполнить на догоспитальном этапе?</p> <p>Назовите факторы риска сахарного диабета.</p> <p>Методы профилактики.</p>	
--	--	--

ЛОР-болезни

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

При сужении просвета гортани возникает одышка:

- а). Экспираторная
- б). Инспираторная
- в). Смешанного типа
- г). Стридорозного характера
- д). Крупозного характера

Обонятельную функцию можно определить методом:

- а). калориметрии
- б). ринопневмометрии
- в). ольфактометрии
- г). микроринометрии

У 11-летней девочки ремиттирующая температура, гиперемированные отечные миндалины. Вы пальпируете увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы, а также увеличенную селезенку. В анализе крови моно- и лимфоцитоз. Ваш предварительный диагноз?

- а). ангина Плаута-Венсана
- б). дифтерия
- в). начинающаяся краснуха
- г). начинающаяся скарлатина
- д). инфекционный мононуклеоз

Ангина боковых валиков

- а). воспаление задних небных дужек
- б). воспаление в области боковых валиков глотки
- в). инфекция лежащих по бокам миндалин
- г). шейный лимфаденит боковых шейных лимфоузлов
- д). чувство сужения (глобус), проецирующийся у пациентов на боковые области глотки

Типичным осложнением воспалительного заболевания миндалин является

- а). паратонзиллярный абсцесс
- б). флюс
- в). ретрофарингеальный абсцесс
- г). тонзиллогенный сепсис
- д). абсцесс языка

Типичный симптом паратонзиллярного абсцесса

- а). тризм жевательной мускулатуры
- б). закрытая гнусавость
- в). сужение наружной сонной артерии
- г). ксеростомия
- д). отклонение высунутого изо рта языка к противоположной стороне

У Вас на приеме 3-х летний мальчик с жалобами на постоянный насморк, дыхание ртом и подозрением на снижение слуха. Самый вероятный диагноз?

- а). искривление перегородки носа
- б). гипертрофия носоглоточной миндалины
- в). инородное тело носа
- г). хронический тонзиллит
- д). фиброма носоглотки

Какие признаки Вы ожидаете обнаружить в типичном случае у 18-месячного ребенка с острым стенозирующим ларингитом?

- а). охриплость
- б). инспираторный стридор
- в). лающий кашель
- г). коробочный перкуторный звук над легочными полями
- д). аускультативно: экспираторный свист над обоими легкими

Для исследования носоглотки наиболее предназначена

- а). задняя риноскопия
- б). передняя риноскопия
- в). непрягая ларингоскопия
- г). прямая ларингоскопия
- д). антроскопия

О каком заболевании необходимо думать в первую очередь у 2-х летнего ребенка с инспираторным стридором?

- а). врожденная патология развития гортани
- б). атрезия хоан
- в). laryngitis subglottica
- г). острый бронхит
- д). бронхиальная астма

Какое положение неверно?

У ребенка заболевание началось остро с высокой температуры. Следующие симптомы позволяют заподозрить острый эпиглоттит?

- а). нарушение акта глотания
- б). сиплый голос
- в). лающий кашель
- г). слюнотечение
- д). сильная одышка

С помощью ультразвуковой диагностики заболеваний околоносовых пазух можно выявить воспалительный процесс в

- а). верхнечелюстной пазухе
- б). решетчатом лабиринте
- в). лобной пазухе
- г). основной пазухе

Пациент предъявляет жалобы на постоянный насморк, возникший после травмы черепа. На что необходимо обратить особое внимание при оценке рентгенограмм черепа

- а). на перелом костей носа
- б). на фронтобазальный перелом черепа

- в). на признаки субдуральной гематомы
- г). на синусит
- д). на перелом пирамиды

Какое положение правомочно?

При одностороннем гноетечении из носа следует думать о

- а). аллергическом рините
- б). озене
- в). инородном теле носа
- г). гиперплазии носовых раковин
- д). все неверно

Гноетечение из носа типичный симптом

- а). синусита
- б). инородного тела полости носа
- в). вазомоторного ринита
- г). злокачественной опухоли околоносовых пазух

Какое положение неверно?

Носовое кровотечение может быть обусловлено

- а). острым ринитом
- б). атрофическим ринитом
- в). травмой
- г). опухолями полости носа
- д). болезнью Ослера

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

Показаниями к трахеотомии являются

- а). односторонний паралич гортани
- б). выраженная механическая обтурация дыхательных путей на уровне гортани
- в). проведение длительной искусственной вентиляции
- г). центральные нарушения дыхания

Показаниями к трахеотомии являются

- а). необходимость длительной искусственной вентиляции
- б). длительное нарушение сознания после черепно-мозговой травмы
- в). тупая травма гортани с переломами хрящей
- г). большие опухоли гортани, приводящие к дыхательной недостаточности
- д). односторонний парез возвратного нерва

Какое положение верно?

Оперативный доступ к трахее при трахеостомии осуществляется

- а). под перешейком щитовидной железы
- б). через перешеек щитовидной железы
- в). путем рассечения перстневидного хряща
- г). выше перешейка щитовидной железы
- д). все неверно

После травмы гортани при нарастании отека гортани и одышки методом выбора является

- а). аппликация кортикоидов
- б). промывание
- в). интубация

- г). трахеотомия
- д). антигистаминные средства

Показаниями к тонзиллэктомии могут быть следующие диагнозы

- а). рецидивирующая лакунарная ангина
- б). хронический тонзиллит
- в). паратонзиллярный абсцесс
- г). Гиперплазия небных миндалин с синдромом слип-апноэ
- д). подозрение на метатонзиллярные очаги

Какое положение верно? Пункцию гайморовой пазухи в основном производят

- а). в нижнем носовом ходе
- б). через альвеолу
- в). в fossa canina
- г). в среднем носовом ходе
- д). в верхнем носовом ходе

Лечение фурункулов носа состоит в

- а). назначении антибиотиков
- б). применении носовых капель
- в). вскрытии фурункула
- г). влажных повязках
- д). челюстном столе для обеспечения покоя верхней губе

При экстренной коникотомии рассекается:

- а). Перстне-трахеальная связка
- б). Кольцевидная связка
- в). Перстне-щитовидная связка
- г). Эластический конус

Пункцию верхнечелюстной пазухи делают через:

- а). верхний носовой ход
- б). средний носовой ход
- в). нижний носовой ход
- г). переднюю стенку
- д). естественное отверстие

Какое положение неверно? Аденомия

- а). производится при полипозе носа
- б). часто приводит к улучшению слуха
- в). часто приводит к улучшению носового дыхания
- г). противопоказанием к ней является геморрагический диатез
- д). производится инструментом Бекмана

Какое положение верно? Аденомия - удаление

- а). носоглоточной миндалины
- б). плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы
- в). язычной миндалины
- г). небной миндалины
- д). все неверно

Острый фарингит:

1. нужно лечить местно действующими антибиотиками;
2. нужно лечить пероральным или парентеральным применением антибиотиков;
3. чаще бактериальной природы;
4. может быть излечен полосканием горла и ингаляциями;
5. распознается по охриплости.

После травмы гортани при нарастании отека гортани и одышки методом выбора является:

1. аппликация кортикоидов;
2. промывание;
3. интубация;
4. трахеотомия;
5. антигистаминные средства.

Перед промыванием серной пробки в слуховой проход необходимо закапать:

1. раствор калия перманганата;
2. 3% спиртовой раствор борной кислоты;
3. 0,9% раствор натрия хлорида;
4. масло;
5. щелочной раствор.

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)

Показания к назначению лечебной гимнастики при вестибулярных нарушениях являются:

1. возникновение головокружений при изменении положения тела
2. возникновение головокружений при изменении положения головы
3. неустойчивое положение тела в позе Ромберга
4. вегетативные нарушения при выполнении прямолинейных движений
5. все перечисленное

Медицинская реабилитация осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) все вышеперечисленные.

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации?

1. экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности

2. самооценка пациента
3. комплексная оценка с включением критериев качества жизни
4. этапная оценка нозоспецифических критериев
5. оценка отдаленных результатов

Какой метод не относится к климатотерапии?

1. аэротерапии
2. гелиотерапии
3. псаммотерапии
4. таласотерапии
5. магнитотерапии

Что не является противопоказанием для назначения ЛФК при заболеваниях желудка?

- а) выраженный болевой синдром
- б) многократная рвота
- в) возможность кровотечения
- г) подострая стадия заболевания

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

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. Принцип ответственности за свое здоровье
2. Принцип комплексности
3. Принцип индивидуализации .
4. Принцип умеренности
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха.
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь»
8. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, могут быть использованы:

1. Мотивация самосохранения
2. Мотивация подчинения этнокультурным требованиям.
3. Мотивация получения удовольствия от здоровья.
4. Мотивация возможности самосовершенствования.
5. Мотивация возможности маневрировать.
6. Мотивация достижения максимально возможной комфортности
7. Все перечисленные

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: а. к детям и подросткам; б.к лицам, пробующим табак; в. к недавно курящим; г. к давно курящим.

1. если правильны ответы а, б и в;

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

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный, непредсказуемый

Что такое регулярная физическая активность?

1. занятие умеренной физической активностью 2 раза в неделю
2. занятие умеренной физической активностью 5 раз в неделю
3. занятие умеренной физической активностью 3 раза в неделю

При интенсивной физической активности затрачивается ккал в минуту:

1. 7 ккал в минуту
2. 2 ккал в минуту
3. 5 ккал в минуту

Какова оптимальная частота занятий физической активностью?:

1. 5 раз в неделю
2. 2 раза в неделю
3. 4 раза в неделю

Выделите индивидуальные факторы риска возникновения распространенных неинфекционных заболеваний.

1. алкоголь
2. радиация
3. экология

Выделите основные медико-биологические факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

1. хронические сопутствующие заболевания
8. наследственность
4. ухудшение экологии

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

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи больным в медицинских организациях, не имеющих в своей структуре кабинета врача-оториноларинголога, врач-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики:

1. осуществляют оказание медицинской помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа легкой степени тяжести клинического течения заболевания с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов;
2. выявляют риск развития заболеваний ЛОР-органов;
3. не имеют права оказывать медицинскую помощь при отсутствии первичной специализации по отоларингологии

4. осуществляют оказание медицинской помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа всех степеней тяжести клинического течения заболевания

Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным с ЛОР-патологией оказывается

1. Участковым терапевтом
2. Врачом общей практики
3. Врачом-оториноларингологом

При направлении больного к врачу-оториноларингологу врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) предоставляется

1. выписка из медицинской документации
2. медицинская документация больного с приложением (при наличии) результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований
3. медицинская документация не предоставляется в связи с сохранением врачебной тайны

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. Все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Какова рекомендуемая численность прикрепленного населения на участке семейного врача в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала:

1. 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
2. 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
3. 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
4. 1500 человек взрослого и детского населения;
5. 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Предельный срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет:

1. не более трех часов после обращения;
2. не более двух часов после обращения;
3. не более пяти часов после обращения;

4. не более двух дней после обращения;
5. в течение суток после обращения.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Больная жалуется на снижение слуха справа, которое заметила вчера вечером после принятия ванны. Заболеваний ушей в прошлом не было. Объективно: кожа правой ушной раковины и слухового прохода не изменена. Шепот правым ухом воспринимает на расстоянии 3 м, левым — 5 м.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Какие меры необходимо предпринять?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Умеренно выраженная кондуктивная тугоухость. 2. Серная пробка удаляется из наружного слухового прохода методом вымывания с помощью шприца Жанне, причем температура воды должна соответствовать 36°. 	ПК-5, ПК-6
2	<p>Мальчик 5 лет доставлен родителями к врачу в связи с тем, что, играя, затолкнул горошину в слуховой проход. При отоскопии: кожа левой ушной раковины не изменена, в наружных отделах слухового прохода обнаружено инородное тело с гладкой поверхностью. Барабанная перепонка не видна. Вопрос 1: Какова тактика врача?</p> <p>Ответ: Инородное тело наружного слухового прохода. Удаляется из наружного слухового прохода методом вымывания с помощью шприца Жанне, причем температура воды должна соответствовать 36°.</p>	ПК-6
3	<p>Больная жалуется на то, что при сильном насморке у нее появляется ощущение заложенности в ушах. Объективно: определяются гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки носа, слизистые выделения в носовых ходах. Задняя стенка глотки также гиперемирована. При отоскопии: барабанные перепонки серого цвета, мутные, слегка втянутые. Шепот слышит на расстоянии 4 м на оба уха.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как лечить больную?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый ринит, двусторонний тубоотит. 2. Лечение амбулаторное (деконгестанты, бипарокс). 	ПК-5, ПК-6
4	<p>К отоларингологу привели ребенка 7 лет с жалобами на постоянный зуд в наружных слуховых проходах, ощущение наличия инородного тела, незначительное снижение слуха на оба уха. Болен три месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожа наружных слуховых проходов слегка гиперемирована, инфильтрирована. В перепончато-хрящевых отделах множественные отрубевидные чешуйки слущенного эпидермиса, на коже костных отделов наружных слуховых проходов отчетливо видны множественные нити мицелия зеленого цвета. Барабанные перепонки слегка гиперемированы, инфильтрированы, покрыты пленками, имеющими вид намокшей промокательной бумаги. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненные.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как лечить больного?</p> <p>Вопрос 3: Требуется ли согласие родителей на лечение?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отомикоз. 2. Лечение амбулаторное (кандидиотик, КУФ) 	ПК-5, ПК-6, ПК-10
5	<p>Больной жалуется на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в висок, заложенность уха, головную боль, повышение температуры тела до 38°С. Болен два</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>дня. Связывает заболевание с предшествовавшим насморком. Отоскопически: наружный слуховой проход свободный, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты отсутствуют. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 5 м. Латерализация звука в опыте Вебера вправо.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как лечить больного?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит. 2. Лечение амбулаторное (антибиотики, ушные капли, деконгестанты). 	
6	<p>Больной 23 лет жалуется на боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха, повышение температуры тела, общее недомогание. Заболел семь дней тому назад после перенесенного насморка. Заболевание началось с сильной стреляющей боли в левом ухе, повышения температуры до 39°C, головной боли. На следующий день больной отметил снижение слуха. Гноетечение из уха появилось всего два дня назад. С тех пор отмечается некоторое улучшение общего состояния, температура тела снизилась до 37,5°C. Объективно: внутренние органы без патологии. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. В зеве и глотке патологических изменений также не наблюдается, правое ухо без изменений. Левое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена; пульсирующий рефлекс в передненижнем квадранте. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5 м, левым — 1,5 м.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как лечить больного?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит. 2. Лечение амбулаторное (антибиотики, ушные капли, деконгестанты). 	ПК-5, ПК-6
7	<p>Больной жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, понижение слуха, головную боль. Болен две недели. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства — боль в ухе уменьшилась, температура тела нормализовалась, но гноетечение продолжалось. Два дня назад появились боль и припухлость мягких тканей в правой заушной области, повысилась температура тела до 37,5°C, увеличилось количество выделений из уха. Объективно: определяются припухлость сосцевидного отростка, сглаженность его контуров; мягкие ткани отечны, напряжены, болезненны при пальпации и перкуссии. Отоскопически: в правом слуховом проходе обильное количество сливкообразного гноя. После туалета уха определяется сужение наружного слухового прохода в костном отделе за счет нависания задневерхней стенки. Острота слуха на шепотную речь — 2–2,5 м.</p> <p>Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Как лечить больного?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит, осложненный мастоидитом. 2. Лечение оперативной (атроматоидотомия). 	ПК-5, ПК-6
8	<p>Доставлен ребенок 6 лет с жалобами на сильные боли в правом ухе и в заушной области, высокую температуру, ознобы, головную боль, понижение слуха на правое ухо. Болен 10 дней. Не лечился. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,3°C. Пульс 98 ударов в минуту. Правая ушная раковина оттопырена. Кожа в заушной области слегка гиперемирована, инфильтрирована, отечна, при пальпации определяется флюктуация. Наружный слуховой проход в костном отделе сужен за счет нависания его задневерхней стенки. Барабанная перегородка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты не дифференцируются. На рентгенограммах височных костей по Шюллеру и Майеру — деструкция перегородок между клетками сосцевидного отростка. Анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $22 \cdot 10^9/л$, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 53%, лимфоциты — 36%, моноциты — 3%, СОЭ — 32 мм/ч.</p>	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

	<p>Каков диагноз? Как лечить больного? Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений. Разъясните родителям недопустимость оставление ребенка без лечения</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит, осложненный мастоидитом и субпериостальным абсцессом. 2. Лечение оперативной (атроматоидотомия). 	
9	<p>У больного, страдающего острым правосторонним отитом, появились головокружение с ощущением движения предметов против часовой стрелки, полная глухота на правое ухо, тошнота. Была однократная рвота. При осмотре определяется небольшая гиперемия слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки. При отоскопии: правое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, резкая гиперемия барабанной перепонки, пульсирующий рефлекс в центре ее. При пальпации в области сосцевидного отростка справа и слева болезненность не определяется. Левое ухо — норма. При исследовании обнаружено полное выключение слуховой функции справа, спонтанный нистагм вправо. При выполнении пальце-пальцевой и пальце-носовой проб — отклонение влево. В позе Ромберга больной падает влево.</p> <p>Каков диагноз? Как лечить больного? Планируемые в будущем реабилитационные мероприятия</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит, осложненный лабиринтитом. 2. Лечение оперативной (атроматоидотомия). 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
10	<p>Больной жалуется на гнойные выделения из левого уха, понижение слуха. Болен 10 лет. По поводу гнойных выделений из уха неоднократно лечился амбулаторно и стационарно с временным эффектом. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и перкуссия его безболезненны. В наружном слуховом проходе большое количество слизисто-гнойного отделяемого. После туалета уха определяется гиперемия барабанной перепонки, округлой формы ободковая перфорация ее в нижних квадрантах. Видимая часть слизистой барабанной полости гиперемирована, отечна. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 6 м. Латерализация звука в опыте Вебера влево. опыты Ринне, Федеричи отрицательные.</p> <p>Каков диагноз? Как лечить больного? Требуется ли госпитализация?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обострение хронического гнойного мезотимпанита. 2. Лечение амбулаторное (антибиотики, ушные капли). 	ПК-5, ПК-6, ПК-10
11	<p>Больной 30 лет жалуется на пульсирующие боли в левом ухе, гноетечение из него, на понижение слуха. Болен в течение двух недель. После переохлаждения вначале появились насморк и заложенность уха, затем возникли сильные боли в нем и гноетечение. Температура тела поднялась до 39°C. С появлением гнойного отделяемого из левого уха боли стихли. Температура снизилась до субфебрильной, однако, несмотря на лечение (сульфаниламидные препараты внутрь, согревающие компрессы), продолжали беспокоить довольно обильные слизисто-гнойные выделения из уха, боли распространились на заушную область. Объективно: слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, отечна, с наличием перфорации в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, болезненность при ее пальпации. На рентгенограмме височных костей — затенение клеток сосцевидного отростка. Правое ухо — в норме, нос и глотка без особенностей.</p> <p>Каков диагноз? Какое лечение необходимо провести? Планируемые в будущем реабилитационные мероприятия</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый гнойный средний отит, осложненный мастоидитом. 2. Лечение оперативной (атроматоидотомия). 	ПК-5, ПК-6, ПК-8
12	<p>Больной жалуется на боли в правом ухе, чувство распирания в нем, гнойные выделения, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38°C. Болен с детства. Около 10 дней назад после простуды процесс в ухе обострился.</p>	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

	<p>Объективно: область сосцевидного отростка не изменена, перкуссия и пальпация его безболезненны. Отоскопически: в правом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. В передневерхнем квадранте барабанной перепонки имеется краевая перфорация, через которую видны белесоватые эпидермальные массы. В натянутой части барабанная перепонка умеренно гиперемирована, инъецирована. Острота слуха на шепотную речь — 3 м, разговорную речь — 6 м. Вопрос 1: Каков диагноз?</p> <p>Диагноз? Как лечить больного? Группа диспансерного учета? Показано ли в будущем санаторно-курортное лечение? Какие мероприятия Вы посоветуете пациенту в будущем для укрепления здоровья?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический гнойный эпитимпанит, осложненный холестеатомой. 2. Показано хирургическое лечение saniрующего характера. <p>Консервативное лечение в таких случаях, как правило, неэффективно.</p>	
13	<p>Больная 33 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение вращательного характера, расстройство равновесия в виде неустойчивости при ходьбе, тошноту, шум, напоминающий писк комара, в левом ухе, понижение слуха на это ухо. Эти симптомы появились месяц назад во время лечения стрептомицином по поводу пневмонии. Отоскопическая картина нормальная. Данные аудиометрии свидетельствуют о понижении слуха на левое ухо по типу нарушения звуковосприятия. При исследовании функции вестибулярного анализатора определяется спонтанный вестибулярный нистагм влево, отклонение в позе Ромберга и при ходьбе вправо. Каков диагноз? Как лечить больную?</p> <p>Ответ- Лабиринтопатия интоксикационного генеза. Прогноз неблагоприятный.</p>	ПК-5, ПК-6
14	<p>Во время обеденного перерыва в кузнице один из кузнецов улегся отдохнуть на массивный металлический стол, на котором обычно производили поковки. Кузнец лежал на спине так, что затылок соприкасался с поверхностью стола, а его товарищ шутя ударил по краю стола молотом. Кузнец вскочил со стола, почувствовал внезапно наступившую глухоту. Сразу же обратился в клинику. Объективно: в общем состоянии здоровья и местно при осмотре ЛОР-органов патологических отклонений не выявлено. При исследовании определяется полное выключение слуха на оба уха. Каков диагноз?</p> <p>Ответ-Неврит слухового нерва в результате акустической травмы.</p>	ПК-5
15	<p>Больная 28 лет, медицинская сестра, обратилась с жалобами на зуд и чувство заложенности правого уха. Больной себя считает в течение двух месяцев. Отоскопически справа: кожа наружного слухового прохода и барабанной перепонки умеренно гиперемирована, инфильтрирована с участками мацерации; в наружном слуховом проходе умеренное количество вязкого слизистого отделяемого со слущенным эпидермисом. Острота слуха на шепотную речь — 4,5 м, на разговорную речь — более 6 м. Каков предполагаемый диагноз и методы лечения? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза?</p> <p>Ответ –Отомикоз или дерматит кожи наружного слухового прохода.</p>	ПК-5
16	<p>Больная 40 лет обратилась в сурдологический кабинет с жалобами на ухудшение слуха в течение последних девяти месяцев. Перенесла острый плеврит 11 месяцев тому назад, в связи с чем в течение 25 дней получала инъекции стрептомицина по 1 000 000 ЕД в сутки. В процессе лечения заметила появление высокочастотного шума в ушах, ухудшение слуха и шаткость походки. Через два месяца после лечения стал прогрессивно снижаться слух. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологии не выявлено. При исследовании слуха определяется нарушение по типу поражения звуковосприятия. Исследование вестибулярного анализатора выявило угнетение функции обоих лабиринтов. Каков диагноз?</p> <p>Ответ- Неврит слухового нерва интоксикационного генеза. Прогноз неблагоприятный.</p>	ПК-5
17	<p>Больная 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха. Три года назад после родов впервые заметила постепенно прогрессирующее снижение слуховой функции. Отмечает, что лучше слышит в шумной обстановке. Объективно: в носу, зеве, глотке, гортани патологических изменений не определяется. При отоскопии: широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки бледные, тонкие.</p>	ПК-5

	Слуховая функция нарушена на оба уха по звукопроводящему типу. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Каков диагноз? Как лечить больную? Ответ-Отосклероз. Лечение хирургическое (стапедопластика).	
18	Вызов врача общей практики на дом. Больная 53 лет , жалобы на резкое головокружение (ощущение вращения предметов справа налево), тошноту, рвоту, звон в левом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно без видимой причины. Подобные приступы беспокоят больную последние три года с тех пор, как у нее прекратились менструации. При осмотре ЛОР-органов заметных отклонений от нормы не выявлено. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный горизонтально-ротаторный нистагм III степени влево, отклонение обеих рук вправо при выполнении указательной пробы Бара-ни. Шепот слева слышит на расстоянии 1,5 м, справа — 5 м. Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова врачебная тактика? Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача Ответ-Болезнь Меньера. Показана госпитализация в ЛОР-стационар.	ПК-5, ПК-10

Офтальмология

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы видны под углом зрения в:

- а) в 1 минуту;
- б) 2 минуты;
- в) 3 минуты;
- г) 5 минут.

Если пациент видит первую строчку таблицы с расстояния 1 метр, то он имеет остроту зрения , равную:

- а) 0,1;
- б) 0, 05;
- в) 0,02;
- г) 0,01.

Темновую адаптацию следует проверять при:

- а) авитаминозах, циррозах печени;
- б) подозрении на пигментную абнотрофию сетчатки, хориоидитах, отслойке сетчатки;
- в) профессиональном отборе шофёров, авиаторов, водителей поездов;
- г) всем перечисленном.

При зрительном утомлении наблюдается расстройство:

- а) световоспринимающего аппарата;
- б) двигательного аппарата;
- в) аккомодационного аппарата;
- г) всего перечисленного.

Дальнейшая точка ясного видения – это точка:

- а) расположенная в 1 м от глаза;
- б) ясного видения при максимальном напряжении аккомодации;

в) к которой установлен глаз в покое аккомодации.

Аккомодация – это:

- а) преломляющая сила роговицы;
- б) переднезадняя ось глаза;
- в) приспособление зрительного аппарата к видению на различных расстояниях от глаза.

Клинические признаки эмфиземы век включают:

- а) крепитацию;
- б) отёк;
- в) целостность кожных покровов;
- г) всё перечисленное верно.

При аллергическом дерматите наблюдаются:

- а) отёк век;
- б) гиперемия;
- в) зуд;
- г) появление мелких пузырьков на коже, которые лопаются с выделением серозной жидкости;
- д) всё перечисленное верно.

Травматический отёк век сопровождается:

- а) обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;
- б) блефароспазмом и слезотечением;
- в) зудом;
- г) всем перечисленным.

Чешуйчатый блефарит характеризуется:

- а) покраснением краёв век;
- б) утолщением краёв век;
- в) сухими чешуйками у корней ресниц;
- г) всем перечисленным.

Эпикантус – это:

- а) опущение верхнего века;
- б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко;
- в) узкая глазная щель;
- г) плотное образование на верхнем веке.

При блефарохлализе наблюдается:

- а) ксероз роговицы;
- б) снижение остроты зрения из-за опущения века;
- в) косметический дискомфорт;
- г) правильно Б и В.

При параличе лицевого нерва развивается:

- а) спастический выворот века;
- б) паралитический выворот века;
- в) атонический выворот века;
- г) любой из перечисленных.

Для острого конъюнктивита характерна инъекция:

- а) перикорнеальная;
- б) застойная;
- в) конъюнктивальная.

Симптомы бактериального конъюнктивита:

- а) ощущение «песка» в глазах;
- б) конъюнктивальная инъекция;
- в) отсутствие отделяемого;
- г) большое количество гнойного отделяемого
- д) всё перечисленное, кроме В.

Фолликулы конъюнктивы характерны для:

- а) аденовирусного конъюнктивита;
- б) трахомы;
- в) хламидийного конъюнктивита;
- г) всего перечисленного.

Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, ощущение инородного тела под верхним веком – характерно для:

- а) катаракты;
- б) кератита;
- в) отслойки сетчатки;
- г) атрофии зрительного нерва.

Наличие перикорнеальной инъекции, инфильтратов в роговице, снижение чувствительности роговицы характерно для:

- а) катаракты;
- б) тромбоза центральной вены сетчатки;
- в) кератита;
- г) дегенерации жёлтого пятна.

Для эписклерита характерно следующее:

- а) воспаление эписклеральной ткани;
- б) неприятное ощущение, боль;
- в) острота зрения не снижается;
- г) спонтанное рассасывание;
- д) всё перечисленное.

У молодого пациента после тяжёлой контузии правой глазницы и носа возникло постоянное слезотечение правого глаза. Какое исследование нужно произвести в первую очередь?

- а) биомикроскопию;
- б) ультразвуковую диагностику;
- в) цветную слёзно-носовую пробу.

Промывная жидкость в нос не проходит, а вытекает через верхнюю слёзную точку. В каком отделе слезоотводящего аппарата находится непроходимость?

- а) нижней слёзной точке;
- б) нижнем слёзном канальце;
- в) верхнем слёзном канальце;
- г) слёзно-носовом канале.

Какую операцию можно предпринять для устранения слезотечения в случае непроходимости слёзно-носового канала?

- а) расширение нижней слёзной точки;
- б) дакриоцисториностомию;
- в) удаление (экстирпацию) слёзного мешка

При синдроме Шегрена поражаются железы:

- а) внутренней секреции;
- б) внешней секреции;
- в) и те, и другие.

Компьютерный зрительный синдром это:

- а) зрительные расстройства;
- б) глазные проявления;
- в) синдром «сухого глаза»;
- г) всё перечисленное.

Наиболее информативной в диагностике туберкулёзного увеита является:

- а) туберкулиновая проба;
- б) офтальмоскопия;
- в) биомикроскопия;
- г) рентгенография.

Туберкулёзный увеит обычно развивается в результате:

- а) воздушно-капельного заражения;
- б) вторичной инфекции по системе кровообращения;
- в) обоими путями.

Тромбоз вен сетчатки характеризуется:

- а) снижением зрения;
- б) отёком сетчатки;
- в) кровоизлияниями;
- г) всем перечисленным.

Симптом «вишнёвой косточки» наблюдается при:

- а) неврите;
- б) дистрофии сетчатки;
- в) тромбозе вен сетчатки;
- г) острой артериальной непроходимости сетчатки (эмболии);
- д) всём перечисленном.

При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на:

- а) появление плавающих помутнений;
- б) появление «вспышек» в глазу;
- в) появление «завесы» перед глазом;
- г) всё перечисленное;

Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- а) отёком ткани диска, ступёванностью его границ;
- б) выстоянием диска;
- в) расширением вен сетчатки;
- г) кровоизлияниями;
- д) всем перечисленным.

Причиной развития застойных дисков зрительных нервов могут быть:

- а) опухоли мозга;
- б) кисты мозга;
- в) воспалительные процессы;
- г) травма мозга;
- д) всё перечисленное.

В начальной стадии развития застойных дисков зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается незначительно;
- в) падает до 0.

Невриты зрительных нервов характеризуются:

- а) резким снижением зрения;

- б) гиперемией диска зрительного нерва;
- в) отёком диска зрительного нерва;
- г) всем перечисленным.

Неврит зрительного нерва относится к заболеваниям:

- а) хроническим;
- б) острым;
- в) подострым;
- г) латентно протекающим.

При невритах зрительного нерва зрение:

- а) не изменяется;
- б) снижается незначительно и медленно;
- в) снижается значительно и быстро;

При неврите зрительного нерва проминенция (выстояние) диска:

- а) резко выражена;
- б) незначительная, плоская;
- в) отсутствует.

При неврите зрительного нерва цвет диска:

- а) не меняется;
- б) гиперемирован;
- в) бледный;
- г) восковидный.

В начальной стадии ретробульбарный неврит характеризуется:

- а) болью при движении глазных яблок;
- б) абсолютной центральной скотомой;
- в) отсутствием изменений на глазном дне;
- г) всем перечисленным.

К кардинальным признакам глаукомы относят:

- а) повышение внутриглазного давления;
- б) сужение поля зрения;
- в) атрофию зрительного нерва;
- г) всё перечисленное.

Стадия глаукомы оценивается по показателю:

- а) остроты зрения;
- б) состоянию поля зрения;
- в) отношению экскавации к ДЗН;
- г) по величине внутриглазного давления.

На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:

- а) глубина передней камеры;
- б) открытие угла передней камеры;
- в) состояние радужки;
- г) состояние диска зрительного нерва.

Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

- а) суточная тонометрия;
- б) гониоскопия;
- в) исследование поля зрения;
- г) исследование диска зрительного нерва.

Об отсутствии стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

- а) высокие цифры внутриглазного давления;
- б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам;
- в) увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
- г) всё перечисленное.

Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:

- а) боль в глазу;
- б) туман перед глазом;
- в) отсутствие жалоб;
- г) радужные круги при взгляде на источник света.

Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:

- а) её частоты;
- б) внезапного начала;
- в) бессимптомного течения;
- г) потери остроты зрения.

Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

- а) остроты зрения;
- б) уровня внутриглазного давления;
- в) площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
- г) состояния поля зрения;

Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:

- а) 18 мм ртутного столба;
- б) 24 мм рт.ст.;
- в) 26 мм рт.ст.
- г) 28 мм рт.ст.

В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:

- а) 5 -12 диоптрий;
- б) 12-16 диоптрий;
- в) 18-20 диоптрий;
- г) 58-60 диоптрий .

Диабетическая катаракта характеризуется:

- а) двусторонностью процесса;
- б) сочетанием помутнений в хрусталике с изменениями на глазном дне;
- в) всем перечисленным.

Возможными осложнениями при набухающей катаракте могут быть:

- а) острый приступ глаукомы;
- б) отёк роговицы с последующим развитием дистрофии;
- в) всё перечисленное.

У больного рефлекс с глазного дна нет, область зрачка серого цвета. Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией света. У больного:

- а) начальная катаракта;
- б) незрелая катаракта;
- в) помутнения в стекловидном теле;
- г) зрелая катаракта.

Мужчина 40 лет получил удар по левому глазу. При осмотре : острота зрения левого глаза 0,3, не корригируется. Передняя камера средней глубины, влага её прозрачна. При исследовании в проходящем свете на розовом фоне видны чёрного цвета «нити» и «хлопья», перемещающиеся при движении глаза и даже после его остановки. Чем вызвано снижение

остроты зрения?

- а) отслойкой сетчатки;
- б) гифемой;
- в) кровоизлиянием в стекловидное тело;
- г) вывихом хрусталика.

Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

- а) контузией глаза;
- б) проникающим ранением глазного яблока;
- в) ожогом конъюнктивы и роговицы;
- г) травматической эрозией роговицы;
- д) одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов.

При контузии глазного яблока возможны:

- а) субконъюнктивальный разрыв склеры;
- б) эрозия роговицы;
- в) отёк сетчатки;
- г) внутриглазное кровоизлияние;
- д) всё перечисленное.

Абсолютными признаками проникающего ранения глазного яблока являются:

- а) рана, проходящая через все слои роговицы, склеры;
- б) ущемление в ране внутренних оболочек глаза;
- в) внутриглазное инородное тело;
- г) всё перечисленное.

Отравление метиловым спиртом приводит к:

- а) развитию дистрофии роговой оболочки;
- б) развитию катаракты;
- в) увеиту;
- г) атрофии зрительного нерва.

Степень повреждения глазных структур при химическом ожоге:

- а) при щелочном ожоге выше, чем при кислотном;
- б) при кислотном ожоге выше;
- в) примерно одинакова по отдалённым последствиям.

При каком общем заболевании может возникнуть острое воспаление слёзной железы – дакриoadенит?

- а) ангина;
- б) грипп;
- в) корь;
- г) брюшной тиф;
- д) всё перечисленное.

Какое исследование нужно назначить пациенту в первую очередь при рецидивирующем ячмене ?

- а) фиброгастроскопию;
- б) клинический анализ крови;
- в) рентгенограмму грудной клетки;
- г) исследование крови на сахар;

Субконъюнктивальное кровоизлияние (гипосфагма) может возникнуть при :

- а) физическом напряжении;
- б) при гипертонической болезни;
- в) при сахарном диабете;
- г) при сильном кашле и рвоте;

- д) при длительном приёме антикоагулянтов;
- е) при всём перечисленном.

При синдроме Шегрена поражаются железы:

- а) внутренней секреции;
- б) внешней секреции;
- в) и те, и другие.

С какими состояниями необходимо дифференцировать острый приступ глаукомы?

- а) гипертонический криз;
- б) нарушение мозгового кровообращения;
- в) пищевая интоксикация;
- г) всё перечисленное.

Какие изменения выявляются при офтальмоскопии при гипертоническом ангиосклерозе?

- а) расширение, извитость вен;
- б) симптом Гвиста;
- в) появление симптомов медной и серебряной проволоки;
- г) симптом артерио-венозного перекрёста (Гунна-Салюса);
- д) всё перечисленное.

Пациент сообщил о частых изъязвлениях в полости рта и на гениталиях. Со стороны глаза - рецидивирующий гипопион. О каком заболевании может идти речь?

- а) синдром Шегрена;
- б) болезнь Бехчета;
- в) болезнь Лайма.

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

Для чтения эмметропу в 60 лет требуются очки в :

- а) +1,0 диоптрию;
- б) + 3,0 диоптрии;
- в) - 3,0 диоптрии;
- г) +5,0 диоптрий.

При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

- а) ультрафиолетовое облучение;
- б) токи УВЧ;
- в) электрофорез с дексазоном;
- г) всё перечисленное верно.

При трихиазе необходимо проводить:

- а) эпиляцию ресниц;
- б) диатермокоагуляцию ресниц;
- в) пластику века;
- г) всё перечисленное верно.

Лечение тромбозов вен сетчатки включает:

- а) тромболитики;
- б) антикоагулянты и антиагреганты;
- в) симптоматические средства;
- г) всё перечисленное.

Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:

- а) сосудистую терапию;
- б) противовоспалительную терапию;
- в) хирургические мероприятия;
- г) лазертерапию;
- д) всё перечисленное.

Основным методом лечения катаракты является:

- а) консервативное лечение;
- б) оперативное лечение;
- в) лечения не требуется.

При двусторонней катаракте операции подлежат:

- а) лучше видящий глаз;
- б) хуже видящий глаз;
- в) лучше оперировать оба глаза одновременно

Первая помощь при химических ожогах глаз включает:

- а) обильное промывание;
- б) назначение местных анестетиков;
- в) применение антибиотиков;
- г) закладывание мази;
- д) всё перечисленное.

При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:

- а) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения;
- б) во всех случаях;
- в) только при внедрении внутриглазных осколков.

Абсолютным показанием к энуклеации является:

- а) острый приступ глаукомы;
- б) гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией;
- в) риск развития симпатической офтальмии;
- г) проникающее осколочное ранение глазного яблока;
- д) всё перечисленное.

Необходимым условием успешного лечения блефарита является корректирование аномалий рефракции и аккомодации

- 1 правильно
- 2 неправильно

Адренергические средства снижают внутриглазное давление путем

- 1 сужения сосудов
- 2 расширения зрачка
- 3 повышения фильтрации внутриглазной жидкости

При остром дакриоадените лечебные мероприятия включают

- 1 сухое тепло, УВЧ, синий свет лампы Минина
- 2 активную антибактериальную терапию
- 3 назначение глюкокортикоидов внутрь и местно

Очки для близи пациенту с эмметропической рефракцией на обоих глазах в 46 лет

- 1 не требуются
- 2 требуются, сфера +1.0D
- 3 требуются, сфера +1.5D
- 4 требуются, сфера +2.0D

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

При мотивировании пожилого пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип мотивации

1. Консервативный
2. Творческий

Для усиления эффекта мотивирования пациента для выполнения врачебных рекомендаций и/или укрепления своего здоровья оптимальным является тип поощрения (похвалы)

1. При каждом визите к врачу
2. Спонтанный, непредсказуемый

Какой вид нагрузки на зрительный анализатор приводит к более быстрому утомлению:

1. Адаптация
2. Дифракция
3. Конвергенция
4. Аккомодация
5. интерференция

Какие функции зрения улучшаются при увеличении освещённости?

1. острота зрения;
2. устойчивость ясного видения;
3. минимальная контрастная чувствительность глаза
4. все ответы правильные
5. нет правильных ответов

Факторы, определяющие уровень естественного освещения помещений.

1. географическая широта местности; ориентация помещений;
2. окраска помещений и мебели;
3. количество и чистота окон;
4. все ответы правильные
5. нет правильных ответов

Какие направления существуют в формировании здорового образа жизни?

6. создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;
7. преодоление низкой физической активности гиподинамией;
8. экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды;
9. преодоление, уменьшение факторов риска здоровью;
10. правильное питание.

Выделите основные медико-биологические факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

1. хронические сопутствующие заболевания
2. наследственность
3. ухудшение экологии

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
---	---------	-------------------------

1	<p>Выписать очки для дали и для близи: рефракция обоих глаз пациента Н 2,0 D, возраст 50 лет.</p> <p>Rp: Очки для дали OU sph +2,0 D Dp = 64 мм</p> <p>Rp: Очки для близи OU sph +4,0 D Dp = 62 мм</p>	ПК-6
2	<p>Выписать очки близорукому студенту 21 года, у которого на правом глазу М2,0 D , на левом М6,0 D</p> <p>Каким образом можно использовать данный случай для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни у данного пациента</p> <p>Rp: Очки для дали OD sph -2,0 D OS sph- 4,0 D Dp = 64 мм</p> <p>Оптимальным способом коррекции в данном случае будут контактные линзы.</p>	ПК-6, ПК-9
3	<p>Выписать очки для близи: рефракция обоих глаз Em, возраст 83 года.</p> <p>Rp: Очки для близи OU sph +3,0 D Dp = 62 мм</p>	ПК-6
4	<p>Выписать очки для дали пациенту 25 лет, если у него близорукость правого глаза 5,0 D, близорукость левого глаза 1,0 D.</p> <p>Rp: Очки для дали OD sph -3,0 D OS sph- 1,0 D Dp = 62 мм</p>	ПК-6
5	<p>Дальнейшая точка ясного зрения в бесконечности. Острота зрения 1,0. Больному 50 лет. Назовите вид клинической рефракции, выпишите очки для близи.</p> <p>Ответ: у пациента эмметропическая рефракция. В очках для дали он не нуждается. Необходимы пресбиопические очки для работы на близком расстоянии.</p> <p>Rp: Очки для близи OU sph +2,0 D Dp = 62 мм</p>	ПК-6
6	<p>Выпишите очки: рефракция обоих глаз эмметропическая, возраст 59 лет.</p> <p>Rp: Очки для близи OU sph +3,0 D Dp = 62 мм</p>	ПК-6
7	<p>У пациента дальнейшая точка ясного зрения находится на расстоянии 50 см перед глазом на обоих глазах. Назовите вид клинической рефракции. Выпишите корректирующие стекла.</p> <p>Ответ: У пациента миопия 2,0D</p> <p>Rp: Очки для дали OU sph -2,0 D Dp = 64 мм</p>	ПК-6
8	<p>У пациента 30-и лет гиперметропия 4,0 D правого глаза, гиперметропия 8,0D левого глаза. Как называется это состояние? Выписать очки для дали.</p> <p>Как часто пациент должен проходить профилактический осмотр</p> <p>Каким образом можно использовать данный случай для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни</p> <p>Ответ: анизометропия.</p> <p>Rp: Очки для постоянного ношения OD sph +4,0 D OS sph +6,0 D Dp = 64 мм</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-9
9	<p>Пациенту 60 лет. Вы диагностировали у него гиперметропию 8,0 D правого глаза и гиперметропию 9,5 D левого глаза. В каких очках нуждается этот пациент?</p>	ПК-6

	<p>Выпишите рецепт на очки.</p> <p>Rp: Очки для дали OD sph+8,0 D OS sph+9,5 D</p> <p>Rp: Очки для чтения OD sph +11,0 D OS sph+12,5 D Dp=64 мм</p>	
10	<p>Пациенту 51 год. Субъективным способом определена клиническая рефракция: на правом глазу гиперметропия 1,0 D, на левом – гиперметропия 2,5 D. Выпишите очки для дали и для близи.</p> <p>Rp: Очки для дали OD sph+1,0 D OS sph+2,5 D Dp = 66 мм</p> <p>Rp: Очки для чтения OD sph +3,0 D OS sph+4,5 D Dp = 64 мм</p>	ПК-6
11	<p>Больной, 33 лет, утром обнаружил, что веки на обоих глазах отекли, склеились, глаза резко покраснели. При осмотре: веки обоих глаз отечны, в конъюнктивальном мешке обильное гнойное отделяемое. Резко выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока, конъюнктивальная век отечна, гиперемирована, оптические среды прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Вопрос 1: Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Лечение и наблюдение больного?</p> <p>Ответ:</p> <p>1. У больного острый гнойный конъюнктивит.</p> <p>2. Лечение: раствор флоксала 0,3% закапывать в конъюнктивальный мешок 4 раза в день 5-7 дней; перед закапыванием промывать конъюнктивальный мешок антисептиком (раствор фурациллина либо слабый раствор перманганата калия 1:5 000 для механического удаления отделяемого); следует провести с больным беседу о необходимости соблюдения правил личной гигиены (отдельное полотенце и постельное белье), о нежелательности контакта со здоровыми лицами, особенно детьми. выдать больничный лист, оценить эффективность назначенного лечения на 3-й день, при отсутствии эффекта заменить флоксал на инстилляции других антибиотиков (вигамокс, зимар или азидроп).</p>	ПК-5, ПК-6
12	<p>Пациент предъявляет жалобы на возникшее 3 дня назад покраснение и припухлость в наружной половине верхнего века правого глаза, боли в той же области, повышение температуры тела. При осмотре: S-образная форма глазной щели, отек конъюнктивы глазного яблока в наружной половине, подвижность глаза слегка ограничена кверху кнаружи, околоушные лимфоузлы справа увеличены и болезненны.</p> <p>Вопрос 1: Вероятный диагноз?</p> <p>Вопрос 2: Объем первой врачебной помощи, принципы терапии?</p> <p>Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений</p> <p>Как часто пациент должен проходить профилактический осмотр</p> <p>На какие медико-статистические показатели окажет влияние неблагоприятный исход в этом случае</p> <p>Каким образом можно использовать данный случай для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни у населения</p> <p>Ответ:</p> <p>1. У больного острый дакриоденит.</p> <p>2. Первая врачебная помощь:</p> <p>-закапать в конъюнктивальный мешок раствор антибиотика широкого спектра действия (например, 0,3% раствор флоксала либо 0,5% раствор вигамокса); за нижнее веко заложить мазь с антибиотиком, например, флоксал; внутрь назначить</p>	ПК-5, ПК-6

	десенсибилизирующее средство, например, супрастин или зиртек; при значительном повышении температуры дать больному жаропонижающее средство; на область слезной железы при отсутствии признаков абсцедирования - сухое тепло (УВЧ-терапия или синий свет), при наличии флюктуации – вскрытие абсцесса и дренирование (в офтальмологическом отделении).	
13	Женщина, 45 лет, два дня назад во время покупки ели к Новому году уколола глаз веткой. Обратилась с жалобами на светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, боль в глазу. При осмотре: выраженная смешанная инъекция глазного яблока, в роговице желтый инфильтрат, гипопион 3 мм, зрачок 2,5 мм, на свет реагирует очень вяло, глубокие оптические среды прозрачны, острота зрения 0,1. Вопрос 1: Вероятный диагноз? Вопрос 2: Объем первой врачебной помощи, принципы терапии. Ответ: 1.Вероятно, у больной гнойная язва роговицы. 2.Первая врачебная помощь: закапать в конъюнктивальный мешок антисептик, например, витабакт либо антибиотик широкого спектра действия (например, 0,5% раствор левомицетина или 0,3% раствор флоксала); закапать мидриатик (атропина сульфат 1%-ный либо мидриацил); за нижнее веко заложить мазь с антибиотиком, внутрь десенсибилизирующее средство (и/или жаропонижающее), например, супрастин 1 таблетка либо зиртек 1таблетка и антибиотик широкого спектра действия; назначить средства, улучшающие эпителизацию роговицы, например, корнерегель. В дальнейшем - госпитализация в офтальмологический стационар.	ПК-5, ПК-6
14	Больной, 64 лет, в течение 2 лет отмечает постепенное снижение зрения на обоих глазах, 3 месяца не различает предметы обоими глазами, глаза не краснели, не болели. При осмотре: в переднем отделе глаз патологии нет, внутриглазное давление обоих глаз 20 мм рт. ст., область зрачков серого цвета, при офтальмологическом просвечивании - рефлекса с глазного дна нет. Острота зрения: правого глаза - светоощущение с правильной проекцией, левого глаза - движение руки у лица. Цвета различает. Вопрос 1: Диагноз? Вопрос 2: Врачебная тактика? Вопрос 3: Лечение? Ответ: 1.Возрастная зрелая катаракта правого глаза, возрастная почти зрелая катаракта левого глаза. 2.Показано оперативное лечение (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) сначала правого глаза, затем левого глаза).	ПК-5, ПК-6
15	Токарь во время работы на станке с металлом получил ранение глазного яблока. При осмотре - острота зрения поврежденного глаза 0,01, не корригируется, на роговице имеется линейное помутнение (рана с адаптированными краями), в радужке виден небольшой дефект ткани, в проходящем свете - розовое свечение только по периферии. Вопрос 1: Диагноз? Вопрос 2: Первая врачебная помощь? Ответ: 1.У больного проникающее роговичное ранение глазного яблока. 2.Необходима экстренная госпитализация в офтальмологическое отделение. Первая врачебная помощь: -осторожно закапать в конъюнктивальный мешок раствор антибиотика или антисептика (например, витабакта); -обезболить инстилляцией 0,25 % раствора дикаина; -внутри или внутримышечно ввести антибиотик широкого спектра действия; внутримышечно ввести противостолбнячный анатоксин; наложить бинокулярную повязку, госпитализация в специализированный стационар на носилках в положении лёжа на спине.	ПК-5, ПК-6
16	Молодой человек около недели назад обнаружил резкое ухудшение зрения левого	ПК-5, ПК-6

	<p>глаза, последовавшее после ушиба этого глаза. Со школьных лет замечал, что нечётко видит отдалённые предметы, при осмотре в школе была обнаружена близорукость средней степени. Зрение вблизи хорошее.</p> <p>При обращении к офтальмологу после травмы обнаружено резкое снижение зрения левого глаза до 0,02 с коррекцией, офтальмоскопически обнаружен большой серый участок на фоне нормальной окраски глазного дна, в поле зрения найдена большая скотома в верхнее –носовом квадранте.</p> <p>Вопрос 1: Какой диагноз Вы предполагаете?</p> <p>Вопрос 2: Какова тактика врача общей практики в этой ситуации?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У пациента, вероятно, отслойка сетчатки левого глаза. Причиной заболевания явилась травма глаза. Отслойке сетчатки способствовало наличие миопии на травмированном глазу. 2. Лечение отслойки сетчатки хирургическое. Тактика врача ОВП-срочная госпитализация в офтальмологический стационар для обследования и оперативного лечения. 	
17	<p>В приёмное отделение районной больницы доставлен рабочий с жалобами на головную боль, неоднократную рвоту и резкое снижение зрения обоих глаз. Сопровождающая его жена сказала, что он часто и много выпивает, не гнушаясь купленными с рук алкогольными напитками. Сегодня после работы выпил стакан разбавленного спирта.</p> <p>При проверке зрения оказалось, что он считает пальцы с расстояния 3-х метров. При обследовании глазного дна обнаружены признаки оптического неврита с отёком, а в поле зрения обоих глаз выявлена центральная скотома.</p> <p>Вопрос 1: Каково, на Ваш взгляд, происхождение вышеописанной патологии?</p> <p>Вопрос 2: Какая острота зрения у больного и какие лечебные мероприятия являются наиболее эффективными в данном случае?</p> <p>Каким образом можно использовать данный случай для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни у населения</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У больного токсический неврит зрительного нерва обоих глаз, вызванный, вероятно, отравлением метиловым спиртом. 2. Острота зрения снизилась до 0,06 (раньше видел хорошо). Наиболее эффективной является дезинтоксикационная терапия, гемодиализ. Прогноз для жизни и зрения неблагоприятный. 	ПК-5, ПК-6, ПК-9
18	<p>Больная 60 лет, страдающая гипертонической болезнью, обратилась к врачу с жалобой на появившийся накануне дефект в нижне-наружном отделе поля зрения правого глаза. В поле зрения правого глаза имеется секторообразная скотома в нижне-наружном отделе. Поле зрения левого глаза не изменено.</p> <p>Вопрос 1: В какой части зрительного анализатора может быть поражение?</p> <p>Вопрос 2: В каком квадранте глазного дна можно ожидать офтальмоскопические изменения?</p> <p>Вопрос 3: Учитывая секторообразный характер скотомы при нормальном состоянии диска зрительного нерва поставьте предварительный диагноз заболевания.</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вероятно, речь идёт о нарушении кровообращения в ветви центральных сосудов сетчатки. 2. Изменения глазного дна можно ожидать в верхне-носовом квадранте . 	ПК-5, ПК-6
19	<p>Молодой человек обратился к врачу с жалобой на сужение обзора со стороны виска на обоих глазах и частые головные боли. При осмотре глаз: острота зрения 1,0; поле зрения изменено по типу битемпоральной гемианопсии. Преломляющие среды глаз прозрачные. Глазное дно не изменено.</p> <p>Вопрос 1: Определите, на каком уровне зрительного анализатора может быть поражение?</p> <p>Вопрос 2: Заболевание какого участка головного мозга возможно в этом случае?</p> <p>Вопрос 3: Какой прогноз заболевания?</p> <p>Ответ:</p>	ПК-5, ПК-6

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поражение произошло, по всей вероятности, на уровне хиазмы в перекрещивающихся волокнах. 2. Причиной такого состояния чаще всего является аденома гипофиза. 3. Лечение хирургическое, прогноз благоприятный. 	
20	<p>У студента, обратившегося к врачу, на правом глазу обнаружена миопия 5,0D, а на левом -1,0D. Он просит выписать очки, хотя бы частично компенсирующие оптический недостаток.</p> <p>Вопрос 1: Какой способ коррекции мог бы оказаться наиболее эффективным?</p> <p>Ответ: У студента имеется миопия различной степени, анизометропия. Для оптической коррекции требуется выписать очки, не превышающие разницу между стёклами в 2,0D. Rp: Очки для дали</p> <p style="padding-left: 40px;">OD sph -3,0 D</p> <p style="padding-left: 40px;">OS sph -1,0 D</p> <p style="padding-left: 40px;">Dp = 66 мм</p> <p>Оптимальным способом коррекции в данном случае является контактная коррекция.</p>	ПК-6

Болезни кожи

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Граттаж это:

- 1) надавливание на сыпной элемент пуговчатым зондом
- 2) надавливание на сыпной элемент предметным стеклом
- 3) поскабливание
- 4) потягивание пинцетом за крышечку пузыря

В диагностике пузырных дерматозов необходимо

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

В диагностике псориаза применяют

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

В диагностике разноцветного лишая применяют

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

Какие сыпные элементы в результате эволюции не могут образовывать эрозии?

- 1) волдырь
- 2) пустула

- 3) пузырь
- 4) пузырек
- 5) папула

Какие высыпные элементы бесследно разрешаются в течение 1 суток?

- 1) пузырь
- 2) папула
- 3) волдырь
- 4) пустула
- 5) бугорок

Контактный простой дерматит не вызывают:

- 1) физические факторы
- 2) биологические факторы
- 3) химические факторы (кислоты)
- 4) химические факторы (щелочи)
- 5) аллергены

Для клинической картины контактного простого дерматита не характерно:

- 1) боль
- 2) жжение
- 3) эритема
- 4) нерезкие границы
- 5) четкие очертания

Клинические признаки крапивницы:

- 1) пузыри
- 2) рубцы
- 3) бугорки
- 4) волдыри
- 5) узлы

Перечислите клинические признаки синдрома Лайелла.

- 1) нарушение общего состояния
- 2) наползающая эритема
- 3) положительный симптом Никольского
- 4) болезненность кожи
- 5) анизокория
- 6) гипергидроз

Наиболее типичные места лихенификации при atopическом дерматите:

- 1) в локтевых изгибах
- 2) в подколенных ямках
- 3) на задней поверхности шеи
- 4) на половых органах
- 5) на ягодицах
- 6) все выше перечисленное верно

Исходом микробной экземы может быть трансформация в:

- 1) atopический дерматит
- 2) контактный дерматит
- 3) истинную экзему
- 4) токсикодермию
- 5) псориаз

У больных истинной экземой наблюдается:

- 1) асимметричное расположение очагов

- 2) симметричное расположение очагов
- 3) появление буллезных элементов в очагах поражения
- 4) наличие резких границ очагов поражения
- 5) отсутствие экссудативных элементов

Какими характеристиками обладают папулы при псориазе?

- 1) Округлые
- 2) Полигональные
- 3) Обладают периферическим ростом
- 4) Блестят
- 5) Покрываются серебристо-белыми чешуйками

Перечислите места возможной локализации высыпаний при псориазе:

- 1) Туловище
- 2) Слизистые оболочки
- 3) Разгибательные поверхности конечностей
- 4) Ладони и подошвы
- 5) Волосистая часть головы

Перечислите места излюбленной локализации высыпаний при красном плоском лишае:

- 1) Волосистая часть головы
- 2) Передняя поверхность голеней
- 3) Локти и колени
- 4) Сгибательная поверхность предплечий
- 5) Ладони и подошвы

Какие клинические характеристики типичны для папул при красном плоском лишае?

- 1) Полигональные
- 2) С серебристыми чешуйками
- 3) Фиолетовый оттенок
- 4) С пупкообразным вдавлением
- 5) Плоские

Заражение чесоткой осуществляется преимущественно:

- 1) При рукопожатии
- 2) При половом контакте
- 3) Через одежду
- 4) При тесном телесном контакте
- 5) Через предметы обихода

Места наиболее частой локализации высыпаний при чесотке:

- 1) Кисти
- 2) Волосистая часть головы
- 3) Половые органы мужчин
- 4) Живот
- 5) Запястья
- 6) Лицо
- 7) Спина

Особенностями клинического течения чесотки у детей являются:

- 1) Распространенность процесса
- 2) Преобладание экссудативных вариантов чесоточных ходов
- 3) Вовлечение в процесс внутренних органов
- 4) Возможное поражение ногтевых пластинок
- 5) Частое осложнение заболевания пиодермией

Укажите продолжительность инкубационного периода при сифилисе

1. 4 недели
 2. 3 недели
 3. 2 недели
 4. 5 недель
 5. 6 недель
- пятнышки

Как поражаются волосы при микроспории?

1. Обламываются на уровне 4—6 мм над уровнем кожи
2. Обламываются на уровне с кожей
3. Обламываются в виде пеньков на уровне 1—2 мм
4. Истончаются и перекручиваются
5. Происходит расплавление волосяной луковицы

Перечислите факторы, способствующие возникновению кандидоза?

1. Сахарный диабет
2. Прием антибиотиков
3. Прием системных кортикостероидов
4. Использование гормональных контрацептивов
5. Изменение pH кожи

Характерными симптомами хламидиоза у мужчин являются:

- 1) прозрачные, скудные выделения из мочеиспускательного канала, жжение или дискомфорт в уретре при мочеиспускании, покраснения и зуд в области наружного отверстия мочеиспускательного канала.
- 2) обильные гнойные выделения из мочеиспускательного канала, жжение или дискомфорт в уретре при мочеиспускании, покраснения и зуд в области наружного отверстия мочеиспускательного канала.
- 3) Боли внизу живота

Облигатным предраком кожи является

- 1) старческий актинический кератоз
- 2) кожный рог
- 3) пигментная ксеродерма
- 4) поздние лучевые язвы

Какие из перечисленных ниже особенностей заставляют заподозрить меланому при длительно существовавшем пигментном пятне?

- 1) интенсивно темный цвет
- 2) сохраненная структура кожи
- 3) неровные очертания
- 4) наличие волос на поверхности пятна

Пигментное пятно имеет перечисленные ниже особенности. Какие из них заставляют заподозрить меланому? (отметьте 3 правильных ответа)

- 1) стало кровоточить
- 2) появились зуд и боль в области пятна
- 3) на поверхности пятна растут волосы
- 4) в окружности пятна возникли мелкие пигментированные

Какие клинические проявления типичны для первичного периода сифилиса?

1. Специфическая ангина
2. Твердый шанкр
3. Розеолезная сыпь
4. Регионарный лимфаденит
5. Широкие кондиломы

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании

медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6)

Показанием для применения примочки и влажно-высыхающей повязки является:

1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспаление без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения пасты является:

1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспаление без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения крема является:

1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспаление без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения мази является:

1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспаление без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

Показанием для применения присыпки является:

1. острое воспаление с мокнутием;
2. острое воспаление без мокнутия;
3. подострое воспаление;
4. подострое воспаление в сочетании с сухостью;
5. хроническое воспаление.

При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют:

1. кортикостероиды;
2. тигазон;
3. рентгенотерапию;
4. ПУВА-терапию;
5. гемодез.

Лечение больных атопическим дерматитом:

1. детоксицирующая терапия;
2. улучшение микроциркуляции;
3. дегельминтизация;
4. базовый уход за кожей;
5. наружная противовоспалительная терапия;
6. все выше перечисленное верно.

Какова тактика врача при лечении пациента розовым лишаем?

- 1) Запретить ношение одежды из синтетики и шерсти
- 2) Назначение интенсивной наружной терапии
- 3) Запретить водные процедуры

4) Назначение УФО

Какие лекарственные препараты при местном применении вызывают гибель чесоточного клеща?

1. Бензилбензоат
2. Серная мазь
3. Винилин
4. Тетрациклиновая мазь
5. Спрегаль

Для лечения чесотки у беременных применяется:

- 1) Серная мазь
- 2) Бензилбензоат
- 3) Перметрин
- 4) Спрегаль
- 5) Линдан

Для лечения опоясывающего лишая системно могут применяться:

- 1) преднизолон
- 2) ацикловир
- 3) валацикловир
- 4) настойка боярышника
- 5) фамцикловир

При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют:

- 1) кортикостероиды
- 2) тигазон
- 3) рентгенотерапию
- 4) ПУВА-терапию
- 5) гемодез

В лечении контактного аллергического дерматита важны:

- 1) устранение контакта с аллергеном
- 2) назначение цитостатиков
- 3) гипосенсибилизирующая терапия
- 4) топические глюкокортикоиды

Лечение больных атопическим дерматитом:

- 1) детоксицирующая терапия
- 2) улучшение микроциркуляции
- 3) дегельминтизация
- 4) базовый уход за кожей
- 5) наружная противовоспалительная терапия
- 6) все выше перечисленное верно

Назначение антибиотиков считается обязательным при:

1. Одиночных фурункулах
2. Поверхностных пиодермиях
3. Пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
4. Белом лишае
5. Импетиго

Эффективными медикаментозными методами лечения тяжелых форм псориаза являются:

1. Цитостатики
2. Сульфопрепараты
3. Антибиотики
4. Ганглиблокаторы

- Противомалярийные препараты

Основным методом лечения вульгарной пузырчатки является:

- Массивная кортикостероидная терапия
- Пиротерапия
- Массивная антибактериальная терапия
- Иммунотерапия

Лечебное питание больных себореей и вульгарными угрями предусматривает все перечисленное, кроме

- гипоаллергенной диеты
- уменьшения в рационе животных жиров
- исключения поваренной соли
- исключения острых блюд
- ограничения углеводов

Длительное применение наружной гормональной терапии больному атопическим дерматитом может привести ко всему перечисленному, кроме

- полного выздоровления; наиболее эффективно, не дает осложнений
- подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- атрофии кожи
- гипертрихоза
- инфицирования очагов поражения на коже

При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме

- растворов анилиновых красок
- мазей со стероидными гормонами
- вскрытия фликтен
- паст с антибиотиками
- мазей с антибиотиками

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>К врачу общей практики обратилась женщина с жалобами на отечность, жжение, зуд кожи лица, шеи, зудящие высыпания на коже верхних конечностей. Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет больная применяла в косметических целях импортную тушь для ресниц. Спустя несколько дней после первого применения туши больная стала отмечать к концу дня зуд кожи век, затем появилось легкое покраснение. На короткое время больная прекращала использование туши, затем снова возобновляла его, что в конечном итоге стало приводить к значительному отеку и гиперемии век.</p> <p>Больная по собственной инициативе смазывала веки преднизолоновым кремом, что быстро купировало поражение. Последний раз применила тушь 3 дня назад, в результате чего появился распространенный отек кожи лица, гиперемия и отек кожи шеи, мелкопапулезные высыпания на коже лба, мелкопапулезные зудящие высыпания на разгибательной поверхности предплечий, нарастающее чувство зуда.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика? ✓ Дайте рекомендации по профилактике подобных состояний <p>Ответ: Аллергический контактный дерматит.</p>	ПК-5
2	<p>У пациентки на коже разгибательной поверхности левого плеча имеется круглый очаг синюшно-красного цвета 8×7 см с довольно четкими границами. Из анамнеза известно, что на этом же месте несколько месяцев назад был аналогичный очаг, что</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>совпало с приемом бисептола.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика? ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Фиксированная токсикодермия</p>	
3	<p>Больной 23 лет. До 5-летнего возраста страдал «детской экземой». В дальнейшем до 16-летнего возраста изменений кожи не отмечалось. В возрасте 16 лет после употребления в пищу большого количества орехов и шоколада отметил зуд и покраснение кожи локтевых сгибов. В дальнейшем, после приема цитрусовых, шоколада, острой пищи отмечал появление зуда кожи, в локтевых сгибах кожа была уплотнена.</p> <p>К дерматологу не обращался. Во время службы в армии у больного развились распространенный кожный зуд, множественные высыпания, почти полностью разрешившиеся после перевода для дальнейшего несения службы в Среднюю Азию. После возвращения из армии заболевание протекает хронически с обострениями преимущественно в осеннее время.</p> <p>При осмотре: кожа сухая, дисхромичная, дермографизм белый, стойкий, усилен пилomotorный рефлекс. На коже задней поверхности шеи, сгибательных поверхностей конечностей – выраженная лихенификация, множественные экскориации.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Лечение ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Атопический дерматит</p>	ПК-5, ПК-6
4	<p>При осмотре больной 44 лет выявлены гиперемия и отечность кожи кистей, множественные микровезикулы и микроэрозии с обильным серозным отделяемым. Границы поражения нечеткие. Из анамнеза известно, что в прошлом больная работала маляром-штукатуром. При контакте с цементным раствором неоднократно возникали поражения кожи. Больная обращалась в институт профзаболеваний, где ей был поставлен диагноз профессионального аллергического дерматита, вызванного солями хрома (содержатся в цементном растворе). Больной было рекомендовано сменить работу. В течение последних 10 лет она работает администратором кинотеатра. Однако кожный процесс неоднократно рецидивировал при контакте кожи с различными средствами бытовой химии, а также после нервно-психического перенапряжения.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Принципы терапии. ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Профессиональная экзема кистей. 2. Элиминация провоцирующих факторов. Кратковременный курс топического стероида. Базовый уход за кожей. 	ПК-5, ПК-6
5	<p>На прием к врачу мать привела трехлетнего ребенка, который регулярно посещает детский сад. Накануне вечером она заметила на щеке, носу и подбородке у сына сгруппированные желтого цвета корки. Мать помыла ребенка и смазала очаги 2% раствором йода. Утром количество высыпаний увеличилось, появились свежие эрозии и корки на ушных раковинах и на спине. Врач при осмотре, кроме описанных выше корок, нашел на коже лица единичные плоские вялые пузыри с мутным содержимым, окруженные тонким розовым венчиком. Подчелюстные и шейные лимфоузлы были увеличены, мягкие, умеренно болезненные.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Принципы наружной терапии. ✓ Какие санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия необходимы? 	ПК-5, ПК-6

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Пиодермия</p>	
6	<p>В клинику обратился мужчина 30 лет с жалобами на зуд кожи, усиливающийся в вечернее и ночное время. Болен около 1 месяца.</p> <p>При осмотре в межпальцевых складках кистей, на внутренней поверхности предплечий, передней брюшной стенке, наружном листке крайней плоти имелись мелкие парные папуло-везикулезные элементы, корочки, эксфолиации.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Что необходимо для уточнения диагноза? ✓ Лечение. ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Чесотка.</p>	ПК-5, ПК-6
7	<p>К врачу обратилась полная женщина 62 лет с жалобами на периодическое, в течение 4 месяцев, появление на коже живота и ягодиц болезненных узлов. Применяла без особого эффекта разнообразные противомикробные средства.</p> <p>При осмотре в очагах поражения имелись конусообразные инфильтраты ярко-красного цвета, с центральной пустулой, болезненные при пальпации. Имелись также отдельные кратерообразные язвы с воспалением в окружности, гнойно-кровянистым отделяемым и остатком некротического стержня. Умеренно увеличены паховые лимфатические узлы.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз и его обоснование. ✓ Принципы терапии. ✓ Какой фактор мог иметь значение в патогенезе данного заболевания? ✓ Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики <p>Ответ: Фурункулез.</p>	ПК-5, ПК-6
8	<p>Больная 76 лет, жалуется на наличие безболезненного уплотнения в околоушной области слева, которая нашла 5 лет тому назад. Обратилась по поводу увеличения образования в размерах и изъязвления. Занималась самолечением - обрабатывала язву настойкой трав. При осмотре имеется язва неправильных очертаний, покрытая коркой серого цвета и окруженная немного приподнятым валиком, состоящим из мелких зернистых образований, напоминающих жемчужины.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Предположительный диагноз. ✓ Разъясните пациентке недопустимость самолечения <p>Ответ: 1.Базалиома?</p>	ПК-5
9	<p>Больной 72 лет. Около 6 месяцев беспокоит наличие на лице изъязвляющейся бляшки. При осмотре на коже правой щеки на фоне выраженного инфильтрата имеется округлая язва, желтовато-геморрагической коркой. Предположительные диагнозы, врачебная тактика.</p> <p>Базалиома? Плоскоклеточный рак?</p>	ПК-5
10	<p>Больная 21 года, обратилась по поводу увеличивающейся в размерах «родинки» (за последние несколько месяцев она увеличилась от 2 мм до 1 см в диаметре). При осмотре на коже груди имеется невоспалительная папула мягкой консистенции, на широкой ножке. Кожа вокруг видимо не изменена. Предварительный диагноз? Кератопапилома?</p>	ПК-5
11	<p>Больной 44 лет. Около 5 месяцев беспокоит наличие новообразования на крыле носа, где имеется плотный узел около 3 см в диаметре, на поверхности толстая гнойно-геморрагическая корка. Периферические лимфоузлы не увеличены.</p> <p>Предположительный диагноз? Врачебная тактика.</p> <p>Плоскоклеточный рак?</p>	ПК-5
12	<p>Больной 47 лет. Отмечает в течение месяца появление болезненности и изменение цвета (на более темный) «родинки». При осмотре на коже предплечья имеется бляшка черного цвета, неправильных очертаний. По периферии бляшки имеется воспалительный венчик. Предположительный диагноз. Врачебная тактика.</p>	ПК-5

	Меланома?	
13	<p>У мужчины 35 лет на подошвенной поверхности стоп имеется резко выраженный гиперкератоз. Вследствие этого кожа грубая, сухая. Рисунок кожи подошв усилен, и в складках имеется отрубевидное шелушение («присыпаны мукой»). Кое-где имеются глубокие болезненные трещины.</p> <p>Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.</p> <p>Микоз стоп.</p>	ПК-5
14	<p>Больная 46 лет обратилась к дерматологу с жалобой на поражение ногтевых пластинок стоп. При осмотре кожа на подошвенных поверхностях стоп диффузно утолщена, кожный рисунок усилен, имеется диффузное отрубевидное шелушение. Ногтевые пластинки I, II и V пальцев левой стопы и все ногтевые пластинки правой стопы утолщены, непрозрачны, желтовато-серого цвета. Край ногтевых пластинок неровный, под ногтевыми пластинками имеются сухие крошащиеся массы желтого цвета.</p> <p>Больная в течение 5 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей.</p> <p>Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.</p> <p>Микоз стоп. Онихомикоз.</p>	ПК-5
15	<p>При осмотре в КВД школьника 12 лет на волосистой части головы обнаружены множественные округлые с четкими очертаниями участки прорежения волос разной величины (до 1–2 см в диаметре). Кожа на этих участках покрыта серовато-белыми отрубевидными чешуйками. Сохранившиеся в пределах очагов волосы обломаны на разном уровне, тусклые. В устьях некоторых фолликулов видны остатки утолщенных и обломанных у основания кожи волос. В чешуйках с очагов прорежения волос обнаруживаются короткие, серые волосы в виде «запятых» и «вопросительных знаков».</p> <p>Предположительный диагноз и клиническая форма поражения. Укажите предполагаемых возбудителей. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их вероятные результаты.</p> <p>Трихофития волосистой части головы.</p>	ПК-5
16	<p>У мужчины 30 лет обнаружено изменение наружного края ногтевой пластинки I пальца левой стопы, напоминающее по внешнему виду подногтевую занозу. Этот участок ногтевой пластинки желтого цвета, непрозрачный. Под ногтевой пластинкой в этом месте отмечается скопление крошащихся роговых масс.</p> <p>Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.</p> <p>Онихомикоз.</p>	ПК-5
17	<p>У мальчика 3 лет диагностирован микоз волосистой части головы. При обследовании членов семьи у бабушки 60 лет обнаружены застойно-красного цвета, не имеющие четких очертаний пятна на ягодицах и разгибательной поверхности предплечий. На этих участках имеется отрубевидное шелушение. В теменной области у бабушки также обнаружено диффузное отрубевидное шелушение и отдельные обломанные в устьях фолликулов у основания кожи волосы. Ногтевые пластинки на кистях утолщены, неровные, непрозрачные, желтовато-коричневого цвета. Свободный от ногтевой пластинки дистальный отдел ногтевого ложа обильно покрыт роговыми массами.</p> <p>Какую дерматофитию можно заподозрить у ребенка? Предположительный диагноз и клиническая форма поражения у бабушки. Укажите предполагаемых возбудителей. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их вероятные результаты.</p> <p>У ребенка поверхностная трихофития У бабушки хроническая трихофития.</p>	ПК-5
18	<p>К врачу общей практики обратился мужчина 23 лет с жалобами на покраснение и</p>	ПК-5

	<p>болезненность кожи препуциального мешка и невозможность закрыть головку полового члена. Пациент холост, имел половую близость с незнакомой женщиной около месяца назад. Головка полового члена увеличена и гиперемирована. За головкой имеется отечное кольцо кожи препуциального мешка застойно-красного цвета, напоминающее «воротничок». При пальпации измененные ткани препуциального мешка плотноэластической консистенции, умеренно болезненные. Паховые лимфатические узлы увеличены, больше справа, плотно-эластической консистенции, умеренно болезненные. На спинке полового члена пальпируется подкожный плотно-эластический безболезненный тяж, по толщине напоминающий стержень шариковой ручки.</p> <p>Предположительные диагнозы и их обоснование. Врачебная тактика для подтверждения или исключения сифилиса.</p> <p>Первичный сифилис, осложненный парафимозом</p>	
19	<p>К врачу общей практики обратилась женщина 35 лет. Неделю назад на боковой поверхности языка она заметила болезненную язвочку. При осмотре полости рта на боковой поверхности языка обнаружена язвочка 0.8 см в диаметре с неправильными очертаниями и узким венчиком гиперемии вокруг. Положение язвы на языке соответствовало острому краю кариозного зуба. При пальпации в подчелюстной области слева найден гладкий подвижный плотно-эластической консистенции умеренно болезненный узел. Стоматолог заподозрил у больной сифилис и направил ее на консультацию к дерматовенерологу.</p> <p>Предположительные диагнозы и их обоснование. Врачебная тактика для подтверждения или исключения сифилиса.</p> <p>Травматическая эрозия? Первичный сифилис?</p>	ПК-5
20	<p>Больной 40 лет вызван в кожно-венерологический диспансер как контакт больной, у которой 2 дня назад установлен вторичный свежий сифилис. При опросе он подтвердил, что 3 месяца назад он имел половую близость с этой женщиной. В течение последнего времени он лечится у хирурга по поводу геморроя. Врач отметил у больного осиплость голоса. Больной связывает изменение голоса с употреблением холодного пива. Тщательный осмотр пациента выявил папулезную ангину и широкие кондиломы в области заднего прохода. В отделяемом с поверхности широких кондилом в большом количестве обнаружены бледные трепонемы.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса.</p> <p>Вторичный сифилис</p>	ПК-5
21	<p>В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 25 лет с переломом нижней челюсти. Больной холост, злоупотребляет алкоголем. При серологическом обследовании на сифилис (обязательном для каждого больного в любом стационаре) реакция связывания комплемента и микрореакция оказались резко положительными. Консультант дерматовенеролог в беседе с больным выяснил, что он ведет беспорядочную половую жизнь. Последняя половая близость с малознакомой женщиной, которую найти невозможно, была 2 недели назад. При осмотре больного обнаружены единичные папулы в области подошв и лейкодерма (ожерелье Венеры) на шее.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса.</p> <p>Вторичный сифилис</p>	ПК-5
22	<p>В гинекологическое отделение поступила женщина 30 лет, у которой был заподозрен острый бартолинит. Был произведен разрез и назначены инъекции пенициллина. Через несколько часов после начала пенициллинотерапии у больной начался сильный озноб, температура повысилась до 40°C, и на коже туловища появилась яркая пятнистая сыпь. Дежурный врач расценил ее как токсидермию на пенициллин, отменил антибиотик, назначил димедрол, хлористый кальций и срочно вызвал дерматовенеролога.</p> <p>Осмотрев больную, дерматолог сделал следующую запись: на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностях плеч и предплечий, а также на бедрах имеется обильная, мелкая, рассеянная розеолезная</p>	ПК-5

	<p>сыпь, увеличены до размеров горошины боковые шейные и подмышечные лимфатические узлы. В правой паховой области пальпируются 3 узла, один из которых размером с мелкую сливу, а два других – с горошину. Узлы имеют плотно-эластическую консистенцию, безболезненные, без явлений периаденита. Обращает на себя внимание резкое увеличение (в 2 раза) большой половой губы справа. Кожа ее застойно-красного цвета, при пальпации определяется эластическая плотность на всем протяжении, безболезненная, за исключением места разреза. На внутренней поверхности правой большой половой губы видна эрозия 2×2 см, круглой формы с ровными краями и дном застойно-красного цвета. При пальпации в основании эрозии определяется незначительное уплотнение.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса.</p> <p>Вторичный сифилис. Реакция обострения.</p>	
23	<p>Вызов на дом. Женщина 52 лет, воспитательница детского сада, жалобы на сильные боли в левой половине поясничной зоны с иррадиацией в левую подвздошную и паховую области. Мочеиспускание безболезненно, не затруднено. Клинические анализы мочи и крови – в пределах нормы. УЗИ почек конкрементов в мочевыводящих путях не выявили, однако боли сохранялись и даже нарастали. На коже поясничной зоны, боковой поверхности туловища и левой подвздошной области появились эритематозные пятна, на которых располагались пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым.</p> <p>Предположительный диагноз, его обоснование. Врачебная тактика</p> <p>Опоясывающий лишай</p>	ПК-5, ПК-6
24	<p>К врачу обратился больной 32 лет. Около месяца назад он перенес ангину и по этому поводу принимал эритромицин. После выздоровления у больного появилась монотипная сыпь на туловище и, в меньшей степени, на конечностях, состоящая из плоских розовых папул величиной с чечевицу, шелушащихся мелкими серебристо-белыми чешуйками. Слизистые оболочки оставались непораженными.</p> <p>Предположительный диагноз. Что необходимо для его уточнения?</p> <p>Каплевидный псориаз</p>	ПК-5
25	<p>К врачу общей практики обратилась девушка 18 лет. При осмотре кожа лица, груди и спины тонкая, эластичная, слегка гиперемированная, с умеренно расширенными устьями волосяных фолликулов и выводных протоков сальных желез, особенно заметных на коже носа, нососщечных складок, щек, создающими впечатление пористости. Щеки, лоб и нос блестят от большого количества жидкого кожного сала. На носовом платке после проведения по коже остается заметное жирное пятно. На лице папуло-пустулезные элементы. Кожа вокруг пустул гиперемирована. Больна около 4 лет. Пациентка страдает хроническим гайморитом.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Средства общей терапии. Дайте рекомендации по профилактике рецидивов.</p> <p>Акне.</p>	ПК-5, ПК-6
26	<p>Больная 23 лет жалуется на поражение кожи ладоней, сопровождающееся периодическим образованием болезненных трещин. Заболевание началось несколько месяцев назад с появления небольших очажков шелушения, которые постепенно инфильтрировались, разрастались по периферии и сливались между собой. При осмотре имеет место сплошное поражение кожи ладоней, характеризующееся ее инфильтрацией, кератозом, четкими границами. На волосистой части головы на границе роста волос – сливающиеся, слабо инфильтрированные эритемато-сквамозные очаги поражения.</p> <p>Предположительный диагноз. Что необходимо для его уточнения?</p> <p>Псориаз.</p>	ПК-5
27	<p>Больная 23 лет, страдающая вегетососудистой дистонией, периодически в течение последних двух лет отмечала появление пузырьков на коже подошв. Около недели назад после психической травмы отметила появление большого количества пузырьков на коже ладоней и подошв, сопровождающееся умеренным кожным зудом.</p> <p>При осмотре: кожа влажная, дермографизм красный, стойкий, быстро возникающий.</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>На ладонях и подошвах имеются множественные, напряженные пузырьки, размером около 3 мм. Кожа вокруг пузырьков видимо не изменена.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.</p> <p>Экзема кистей и стоп дисгидротическая. Назначение вегетотропных препаратов, вскрытие крупных полостных элементов и назначение комбинированных топических стероидов.</p>	
28	<p>При осмотре больной 44 лет выявлены гиперемия и отечность кожи кистей, множественные микровезикулы и микроэрозии с обильным серозным отделяемым. Границы поражения нечеткие. Из анамнеза известно, что в прошлом больная работала маляром-штукатуром. При контакте с цементным раствором неоднократно возникали поражения кожи. Больная обращалась в институт профзаболеваний, где ей был поставлен диагноз профессионального аллергического дерматита, вызванного солями хрома (содержатся в цементном растворе). Больной было рекомендовано сменить работу. В течение последних 10 лет она работает администратором кинотеатра. Однако кожный процесс неоднократно рецидивировал при контакте кожи с различными средствами бытовой химии, а также после нервно-психического перенапряжения.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.</p> <p>Профессиональная экзема кистей. Элиминация провоцирующих факторов.</p> <p>Кратковременный курс топического стероида. Базовый уход за кожей.</p>	ПК-5, ПК-6
29	<p>К врачу обратился пациент с поражением кожи кистей. Специальность пациента – хирург-стоматолог. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет после профессионального контакта с новокаином на руках появлялись зудящие эритематозные очаги, мелкие пузырьки. После наружного применения глюкокортикостероидных кремов сыпь исчезала. Однако при повторных контактах с новокаином поражение кожи носило все более распространенный характер. Год назад пациент прекратил контакт с новокаином в связи с уходом на пенсию. Однако кожный процесс периодически продолжает обостряться после эмоциональных стрессов, при контакте с моющими средствами.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.</p> <p>Профессиональная экзема кистей. Элиминация провоцирующих факторов.</p> <p>Кратковременный курс топического стероида. Базовый уход за кожей.</p>	ПК-5, ПК-6
30	<p>Больной 32 лет, водопроводчик, обратился к врачу с жалобами на боль, жжение, зуд кожи правой стопы. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад у больного была потертость в области тыла стопы, которая затем осложнилась гнойной инфекцией. Больной к врачу не обращался, лечился сам детской присыпкой. Воспаление кожи постепенно нарастало, усилилось гнойное отделяемое, нарастал отек правой стопы. Около 2 недель назад на левой стопе симметрично с правой появился зудящий очаг гиперемии, на котором больной увидел мелкие пузырьки. 10 дней назад зудящая сыпь появилась на кистях, предплечьях, бедрах.</p> <p>При осмотре: кожа правой стопы резко отечна, гиперемирована. На этом фоне имеется очаг поражения крупнофестончатых очертаний с мокнущей поверхностью, на которой отчетливо просматриваются микроэрозии, на симметричном участке левой стопы – гиперемия, микровезикулы с серозным содержимым. На остальных участках кожного покрова – единичные элементы папуло-везикулезной сыпи.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.</p> <p>Микробная экзема. Назначение системных антибактериальных препаратов, комбинированных топических стероидов.</p>	ПК-5, ПК-6
31	<p>К врачу обратился мужчина 41 года с жалобами на кожные высыпания, сильный зуд кожи обеих кистей. Из анамнеза известно, что кожное заболевание появилось 3 недели назад после перенесенного психического потрясения сразу на обеих кистях. При осмотре: на фоне умеренных эритемы и отека кожи тыла кистей почти строго симметрично имеются нечетко очерченные очаги поражения, одни из них состоят из микровезикул, другие представлены микроэрозиями, обильно отделяющими серозную жидкость в виде «капель росы».</p> <p>Предположительный диагноз, его обоснование. Принципы наружной терапии.</p> <p>Экзема кистей. Консультация психотерапевта. Топические стероиды, средства</p>	ПК-5, ПК-6

	базового ухода за кожей.	
32	<p>К врачу обратилась пациентка с жалобами на периодически возникающее побеление и похолодание кистей рук, онемение, болезненные ощущения. При осмотре кожа кистей цианотичная, плотная на ощупь, движения в суставах затруднены. Лицо несколько амимично.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.</p> <p>Системная склеродермия? Синдром Рейно.</p>	ПК-5
33	<p>К врачу общей практики обратился пациент с высыпаниями на коже спины, представленными округлой формы пятнами белого цвета с едва заметным сиреневым ободком по периферии. При пальпации отмечается незначительное уплотнение кожи.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.</p> <p>Бляшечная склеродермия.</p>	ПК-5
34	<p>К врачу общей практики обратилась пациентка, у которой около года назад (после летнего отпуска, проведенного на Кавказе) появились красные пятна на лице.</p> <p>Объективно: на коже щек имеются симметрично расположенные эритематозные очаги с незначительным инфильтратом в основании, поверхность очагов покрыта мелкими сероватыми чешуйками, при попытке снятия которых ощущается болезненность. На нижней поверхности чешуек наблюдаются «шипики».</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.</p>	ПК-5
35	<p>Больной 19 лет, страдающий атопическим дерматитом с раннего детского возраста, обратился к врачу общей практики в связи с ухудшением течения заболевания.</p> <p>Последние 3 дня отмечает подъем температуры тела до 37.9°C, общее недомогание.</p> <p>При осмотре: на коже лица, в заушных складках и на сгибательных поверхностях верхних конечностей имеются отечные эритематозные бляшки до 3.5 см в диаметре, покрытые корками серо-желтого цвета. При снятии корок обнажаются болезненные эрозии с умеренным серозным отделяемым. Границы очагов поражения кожи четкие. Пальпируются болезненные лимфатические узлы (подчелюстные, задние шейные, локтевые, подмышечные).</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.</p> <p>Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией (Импетигинизация)</p>	ПК-5, ПК-6
36	<p>Больной 23 лет. До 5-летнего возраста страдал «детской экземой». В дальнейшем до 16-летнего возраста изменений кожи не отмечалось. В возрасте 16 лет после употребления в пищу большого количества орехов и шоколада отметил зуд и покраснение кожи локтевых сгибов. В дальнейшем, после приема цитрусовых, шоколада, острой пищи отмечал появление зуда кожи, в локтевых сгибах кожа была уплотнена.</p> <p>К дерматологу не обращался. Во время службы в армии у больного развились распространенный кожный зуд, множественные высыпания, почти полностью разрешившиеся после перевода для дальнейшего несения службы в Среднюю Азию. После возвращения из армии заболевание протекает хронически с обострениями преимущественно в осеннее время.</p> <p>При осмотре: кожа сухая, дисхромичная, дермографизм белый, стойкий, усилен пилomotorный рефлекс. На коже задней поверхности шеи, сгибательных поверхностей конечностей – выраженная лихенификация, множественные экскориации.</p> <p>Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.</p> <p>Атопический дерматит</p>	ПК-5, ПК-6
37	<p>Больная 17 лет. В 8-месячном возрасте появились зудящие высыпания в подколенных ямках, несколько ранее – на щеках и голенях. В возрасте 3 лет изменения усилились в локтевых сгибах и на кистях. Летом наблюдалось улучшение. Больная лечилась антигистаминными препаратами, хлористым кальцием, наружно – ланолиновым кремом, флуцинаром. В момент обследования: поражение кожи распространенное, с преобладанием в локтевых ямках и на кистях. На тыльной поверхности кистей – эритематозно-инфильтративные очаги с трещинами, эскориациями, мелкими чешуйко-корками, при поскабливании отторгающимися с образованием точечных, выделяющих прозрачную жидкость эрозий. В локтевых ямках – выраженная</p>	ПК-5, ПК-6

<p>лихенификация, на верхней части груди, боковых поверхностях туловища – воспалительные фолликулярные папулы, отрубевидное шелушение. Предположительный диагноз, его обоснование. Режимные рекомендации. Принципы терапии. Атопический дерматит</p>	
--	--

9. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

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. 2 / под ред. И. Н. Денисова, О. М. Лесняк. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 976 с. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-4833-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448335.html>
3. Кузнецова, О. Ю. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 1 : национальное руководство / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5520-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455203.html>
4. Кузнецова, О. Ю. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html>
5. Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник [Электронный ресурс] / сост. А. И. Муртазин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5087-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450871.html>
6. Амлаев, К. Р. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / Понкина А. А. , Понкин И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-5253-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452530.html>
7. 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>
8. 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>
9. Хаитова, Р. М. Аллергология и клиническая иммунология / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 336 с. (Серия "Клинические рекомендации") - ISBN 978-5-9704-5010-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450109.html>

Дополнительная литература

1. Горелов А.В., Острые кишечные инфекции у детей [Электронный ресурс] / А.В. Горелов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3840-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438404.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.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. Мравян С.Р., Заболевания сердца у беременных. [Электронный ресурс] / С. Р. Мравян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-3065-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430651.html>
8. 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>
9. 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>
10. 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>
11. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>
12. 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>
13. Никифоров А.С., Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>
14. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия

- "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>
15. Новиков Г.А., Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс] / Под ред. Г.А. Новикова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2367-7 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423677.html>
 16. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
 17. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>
 18. Капительный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440094.html>
 19. 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>
 20. 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>
 21. Кильдиярова Р.Р., Питание здорового ребенка [Электронный ресурс] : руководство / Кильдиярова Р.Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>
 22. 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>
 23. 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>
 24. 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>
 25. 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>
 26. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 848 с. : ил. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-5608-8. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456088.html>
 27. Шамшева, О. В. Здоровый и больной ребенок. Особенности вакцинации / О. В. Шамшева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-5599-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455999.html>

28. Мадянов, И. В. Менопаузальная гормональная терапия. В помощь терапевту и врачу общей практики / Мадянов И. В. , Мадянова Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5351-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453513.html>

Рецензент:

Купаев Виталий Иванович,
Заведующий кафедрой семейной медицины ИПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Эксперт:

Вальденберг Алексей Владимирович
Заместитель председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области