Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИНЯТА
Ученым советом Института клинической медицины
протокол от 21.04.2026 №3
Председатель совета_____

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института клинической медицины
Липатова Т.Е._____
« 21 » апреля 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Клиническая практика «Помощник врача-терапевта»

(наименование учебной дисциплины)

Специальность (направление подготовки) **31.05.01 Лечебное дело**

Форма обучения **Очная**

Срок освоения ОПОП **6 лет**

Кафедра факультетской терапии

ОДОБРЕНА
На заседании учебно-методической конференции кафедры факультетской терапии от 08.04.2026 № 7

Заведующий кафедрой_____Ю.Г.Шварц

СОГЛАСОВАНА
Начальник отдела практики и содействия трудоустройству выпускников
_____ Дзукаев Г.Н.
«_20_»_04_____ 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВИД ПРАКТИКИ. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ	**3**
2. СПОСОБЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	**4**
3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ	**4**
4. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	**8**
5. ТРУДОЕМКОСТЬ ПРАКТИКИ, ФОРМЫ ОТЧЕТА И КОНТРОЛЯ	**9**
6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ	**9**
6.1. Разделы практики и компетенции, которые должны быть освоены при прохождении практики	**9**
6.2. Самостоятельная работа обучающегося по практике	**10**
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	**11**
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	**11**
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	**12**
10. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	**12**
11. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	**64**
12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	**74**
13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	**83**

Рабочая программа учебной дисциплины «факультетская терапия и медицинская генетика» разработана на основании учебного плана по специальности 31.05.01. Лечебное дело, утвержденного Ученым Советом Университета, протокол №3 от 24.03.2026г.; в соответствии с ФГОС ВО3++, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020г. №988.

1. ТИП ПРАКТИКИ. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.

Клиническая практика «Помощник врача терапевта» относится к производственным видам практики.

Цель: помощник врача терапевта состоит в профессионально-практической подготовке обучающихся, ориентированной на углубление теоретической подготовки и закрепление у студентов практических умений и компетенций в области диагностики внутренних болезней, заболеваний, связанных с наследственностью, принципов лечения и профилактики заболеваний.

Задачи: приобретение студентами знаний в области терапевтических заболеваний;

- приобретение студентами знаний в области терапевтических заболеваний, заболеваний, связанных с наследственностью;

-обучение студентов практическим навыкам обследования больного, позволяющим поставить диагноз;

- формирование представления о методологическом подходе к диагностике в клинике внутренних болезней, заболеваний, связанных с наследственностью;

-обучение студентов выявлению поражений внутренних органов (органопатотопография) и интерпретация результатов при осмотре пациентов;

-обучение студентов навыкам определения тяжести течения патологии;

-обучение студентов умению выделять ведущие клинические признаки, симптомы, синдромы;

-обучение студентов выбору оптимальных методов дополнительного обследования;

- ознакомление студентов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа;

- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;

-формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов, формирование у студента навыков общения с коллективом.

2. СПОСОБЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.

2.1. Способы проведения практики.

Практика является стационарной. Студенты работают в общих палатах терапевтических отделений (терапевтическое, кардиологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое, нефрологическое, ревматологическое). В указанных подразделениях студенты 4 курса лечебного факультета работают в качестве помощника врача терапевта, под непосредственным наблюдением палатного врача, под контролем заведующего отделением, ассистента кафедры факультетской терапии лечебного факультета – руководителя практикой

2.2. Формы проведения практики (непрерывная/дискретная)

1. Практика является непрерывной и проводится в конце 8 семестра, июль.
2. Продолжительность практики – 12 рабочих дней.
3. Проводится в отделениях терапевтического профиля – терапевтическое, кардиологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое, нефрологическое, ревматологическое. Подробные методические рекомендации и практические навыки представлены в приложении и схеме написания дневника, опубликованного на сайте университета.
4. Продолжительность рабочего дня – 6 часов (с 9.00 до 15.00).
5. Студент должен ежедневно оформлять дневник работы, являющийся основной формой отчетности по практике. Дневник заверяется подписью куратора от учреждения и печатью учреждения, в котором студент проходил практику.
6. Каждый студент в период прохождения практики должен провести 2 лекции – беседы для больных на актуальные санитарно-просветительные темы.
7. В конце практики при предоставлении дневника и характеристики проводится аттестация в виде зачета с оценкой

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Компетенции, формируемые в процессе прохождения практики

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ

Формируемые в процессе практики компетенции в соответствии с ФГОС 3++:

ОПК-1; ПК-6, 7, 8, 21, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14

Задача профессио-нальной д ятельно-сти	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции выпускника	Основание (профессиональный стандарт, анализ опыта)
Этические и правовые основы профессиональной деятельности	ОПК -1 Способен реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД 1.1 Знает этические и деонтологические принципы, моральные и правовые нормы взаимодействия с пациентом. ИД 1.2. Умеет реализовать этические и деонтологические принципы при общении с пациентом, родственниками пациентов, с учетом моральных и правовых норм. ИД 1.3 Владеет способностью реализовывать этические и деонтологические принципы при общении с пациентом, родственниками пациентов, с учетом моральных и правовых норм.	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-3 Способен осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию.	ИД-3.1. Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-3.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-3.3.Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию ИД-3.4. Умеет проводить	Профессиональный станда т «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты ИД-3.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	
Обследование и диагностика	ПК-4. Способен проводить полное физикальное обследование пациента и интерпретировать полученные результаты	ИД-4.1 Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-4.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-4.3.Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию ИД-4.4. Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты ИД-4.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-5. Способен	ИД-5.1 Знает порядки оказания медицинской	Профессиональный стандарт

	определять план лабораторных и инструментальных обследований пациента, необходимость направления пациента на консультацию к врачам-специалистам и анализировать	помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-5.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-5.3.Умеет осуществлять анализ полученной информации и определять необходимость консультаций врачей-специалистов ИД-5.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	«Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-6. Способен проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями /состояниями, в том числе неотложными.	ИД 6.1 Знает этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы дифференциальной диагностики, осложнения и исходы заболеваний, методы обследования больных, состояние которых требует оказания неотложной помощи ИД 6.2 Умеет выявить клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи ИД 6.3. Владеет готовностью распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

Обследование и диагностика	ПК-7. Способен устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	ИД-7.1.Знает международную статистическую классификацию болезней ИД-7.2. Знает алгоритм и критерии определения у больных различного профиля основных патологических состояний, синдромов, заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-X) ИД-7.3.Умеет выделять основные патологические симптомы и синдромы, формулировать ИД -7.4.Владеет навыками установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Лечение заболеваний и состояний	ПК-8. Способен разработать план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи	ИД-8.1.Знает тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-8.2. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-8.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-8.3.Умеет определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-8.4. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-8.5.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
Лечение заболеваний и состояний	ПК-9. Способен назначить лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и немедикамент озное лечение	ИД-9.1.Знает тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-9.2. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

	с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендация ми (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской пом щи с учетом стандартов медицинской помощи	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-9.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-9.3.Умеет определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-9.4. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-9.5.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими поряд ами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской	

		помощи	
Лечение заболеваний и состояний	ПК-10. Способен организовать персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста	ИД-10.1. Умеет проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами ИД-10.2. Умеет проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Лечение заболеваний и состояний	ПК-11. Способен оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	ИД-11.1. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-11.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-11.3. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участко ый)

		помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-11.4.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
Медицинская реабилитация	ПК-13. Способен к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы	ИД-13.1.Знает порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента ИД-13.2.- Знает порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу ИД-13.3. Знает признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД-13.4.Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД 13.6.Владеет навыками проведения экспертизы	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		временной нетрудоспособности и работы в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	
Медицинская реабилитация	ПК-14. Способен подготовить необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственны учреждениях медико-социальной	ИД-14.1.Знает порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента ИД-14.2.- Знает порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу ИД-14.3. Знает признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД-14.4. Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД 14.6. Владеет навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности и работы в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участко ый)
Организационная деятельность	ПК-21. Способен к ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде	ИД 21.1 Знает медицинскую документацию, правила ведения, в том числе в электронном виде ИД 21.2 Умеет вести электронную и бумажную медицинскую документацию согласно стандартам ведения медицинской документации принятым в учреждениях.	Профессиональный стандарт «Врач-лечебни (врач-терапевт участковый

		ИД 21.3 Владеет способностью к ведению и оформлению медицинской документации, в том числе в электронном виде.	

4. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Клиническая практика (помощник врача терапевта) относится к блоку базовых дисциплин Б2.П.4

Клиническая практика (помощник врача терапевта) относится к обязательной части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 2 «Практика» учебного плана по специальности Лечебное дело.

Материал практики опирается на ранее приобретенные студентами знания по патофизиологии; фармакологии, пропедевтике внутренних болезней, факультетской терапии и медицинской генетике; и подготавливает обучающихся к изучению таких дисциплин как госпитальная терапия, клиническая фармакология

5. ТРУДОЕМКОСТЬ ПРАКТИКИ, ФОРМЫ ОТЧЕТА И КОНТРОЛЯ

Вид работы		**Всего часов**	**Формы отчетности и контроля**	
			Форма отчетности	**Форма контроля**
1		2		3
Контактная работа (всего), в том числе:		**72**		
Аудиторная работа		**72**	дневник	дневник
Подготовительный этап (лекция в виде консультации по правилам прохождения практики в стационаре)		**2**	дневник	собеседование
Практика в отделении		**64**	дневник	собеседование
Симуляционный курс		**6**	дневник	Собеседование оценка практических навыков
Внеаудиторная работа				
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		**36**		
Ведение дневника практики		**28**	дневник	собеседование
Подготовка к промежуточной аттестации, в том числе решение ситуационных задач		**8**		собеседование
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)		Зачет с оценкой	собеседование

	экзамен (Э)	-		
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	**108**		
	ЗЕТ	**3**		

6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

6.1. Разделы практики и компетенции, которые должны быть освоены при прохождении практики

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела практики	Содержание раздела
1	2	3	4
1	ОПК-1; ПК-6, 7, 8, 21, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14	**Практика в отделениях: Кардиология, пульмонология, нефрология, ревматология, гастроэнтерология**	**Проводится в отделениях терапевтического профиля. Студент под непосредственным присмотром палатного врача или ассистента – руководителя практикой ведет 5-6 пациентов в палате отделения, участвует в утренних конференциях, обходе курируемых больных с записями результатов обследований в истории болезни, обследовании поступающих больных, формировании предварительного диагноза, составления плана дополнительных методов обследования, определении тактики лечения, выбора оптимального сочетания медикаментов с учетом их механизма действия, совместимости, индивидуальных особенностей, также студенты помогают оформлять выписку курируемых пациентов.**
2	ОПК-1; ПК-6, 7, 8, 3, 4, 5, 9, 10	**Симуляционный курс**	**Отработка практических навыков проводится непосредственно в отделениях у постели больного – оценка состояния пациента методами общеклинического обследования – сбор анамнеза и анализ развития болезни, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и интерпретация полученных данных с формированием клинических синдромов, формулировка предварительного диагноза**
3	ОПК-1; ПК-6, 7, 8, 21, 3, 4, 5, 9, 10,	**Ведение дневника практики**	**За период прохождения практики студент заполняет дневник, в котором отражены жалобы, анамнестические данные, результаты объективные данные, сформулирован предварительный диагноз, обоснованный по 4 критериям (развитию, совокупности пораженных органов, этиологии и эффективности лечения), план обследования, план лечения дневники наблюдения за курируемыми пациентами, написан этапный, выписной эпикриз.за курируемыми пациентами (с лечением на полях) , написание этапного эпикриза, выписного эпикриза.**
4	ОПК-1; ПК-6, 7, 8, 21, 3, 4, 5, 9,	**Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)**	**Проводится в последний день практики. Оценочные средства: 1. Дневник практики 2. Решение ситуационной задачи**

	10, 11, 13, 14		**3. Ответ на 2 теоретических вопроса**

6.2. Самостоятельная работа обучающегося по практике

№ п/п	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4
1	Ведение дневника практики	Ведение дневника практики (ежедневное оформление историй болезни курируемых пациентов по основным разделам)	28
3	Подготовка к промежуточной аттестации (зачет с оценкой)	Подготовка к промежуточной аттестации по теоретическим вопросам, в том числе решение ситуационных задач	8
		ИТОГО	36

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике Помощник врача-терапевта (в полном объеме представлен в приложении 1).

8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

8.1. Основная литература

Печатные источники

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Внутренние болезни: в 2 т. Т.1, т.2: учеб. [для лечеб. и педиатр. фак.] / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015	184
2	Внутренние болезни : т.1, т.2 : учебник / под ред.: В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013	350
3	Клиническая генетика : учеб. для вузов / Н. П. Бочков. - Изд. 3-е, испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 477[3] с.	409
4	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : прил. к учеб. на компакт-диске / под ред.: В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015(диск)	180

Электронные источники

№	Издания

1	2
1	Внутренние болезни: учебник. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html
2	Клиническая генетика: учебник Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирнихина4-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013-2015 гг. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435700.htm

8.2. Дополнительная литература

Печатные источники

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Внутренние болезни: т.1, т.2 : учеб. с компакт- диском / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, 2008. - 649 с. (297)	297

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи: учебное пособие / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 304 с. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html

9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	Образовательный портал СГМУ (http://www.el.sgmu.ru)
2	Международный образовательный портал Medscape (http://www.medscape.org/specialties)
3	Русский медицинский журнал”(www.rmj.ru)
4	“Британский медицинский журнал”(www.bmj.com)
5	сайт ВНОК (http://www.scardio.ru)
6	сайт Европейского общества кардиологов (http://www.escardio.org)
7	сайт Американского общества сердца и Американского общества кардиологов (http://www.heart.org/HEARTORG)

10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

Методические указания для обучающихся по практике «Помощник врача-терапевта» представлены в приложении 2.

11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса при прохождении обучающимися практики (наименование практики), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

1	Элетронно-Библиотечная система IPRbooks **http://www.iprbookshop.ru**
2	ЭБС "КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА" Студенческая электронная библиотека **http://www.studentlibrary.ru**
3	Коллекция «Clinical» издательства «Ebsco» **http://search.ebscohost.com**
4	Страница отдела практики и содействия трудоустройству выпускников СГМУ http://uokod.sgmu.ru/czv
5	Образовательный портал СГМУ. Раздел «Клиническая практика (Помощник врача-терапевта)» http://el.sgmu.ru/course/view.php?id=1414

Используемое программное обеспечение

Программа лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45015872, 45954400, 45980109, 46033926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057
Kaspersky Endpoint Security Kaspersky Anti-Virus	1356-170911-025516-107-524

12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по практике (наименование практики) представлено в приложении 3.

13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по практике «Помощник врача-терапевта» представлены в приложении 4.

Разработчики:

Заведующий кафедрой факультетской терапии лечебного факультета, профессор, д.м.н.		**Ю.Г.Шварц**
занимаемая должность	***подпись***	*инициалы, фамилия*
Доцент, к.м.н.		**Ю.О. Царева**
занимаемая должность	***подпись***	*инициалы, фамилия*
Доцент, к.м.н.		**Е.В.Конобеева**

Лист регистрации изменений в программу практики

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт программы практики	Подпись регистрирующего изменения
20___-20___				
20___-20___				
20___-20___				
20___-20___				

Приложение 1

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Декан лечебного факультета и факультета клинической психологии
Д.В.Тупикин_____
«__20____»____апреля_____20__21___ г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Практика **Помощник врача-терапевта**
(наименование практики)

Специальность (направление подготовки) **31.05.01 Лечебное дело**
(код и наименование специальности (направления подготовки)

Квалификация **Врач-лечебник**
(квалификация (степень) выпускника)

Задача профессио-нальной деятельно-сти	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции выпускника	Основание (профессиональный стандарт, анализ опыта)
Этические и правовые основы профессиональной деятельности	ОПК -1 Способен реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД 1.1 Знает этические и деонтологические принципы, моральные и правовые нормы взаимодействия с пациентом. ИД 1.2. Умеет реализовать этические и деонтологические принципы при общении с пациентом, родственниками пациентов, с учетом моральных и правовых норм. ИД 1.3 Владеет способностью реализовывать этические и деонтологические принципы при общении с пациентом, родственниками пациентов, с учетом моральных и правовых норм.	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-3 Способен осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию.	ИД-3.1. Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-3.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-3.3.Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию ИД-3.4. Умеет проводить полное физикальное	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты ИД-3.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	
Обследование и диагностика	ПК-4. Способен проводить полное физикальное обследование пациента и интерпретировать полученные результаты	ИД-4.1 Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-4.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-4.3.Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию ИД-4.4. Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты ИД-4.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-5. Способен определять	ИД-5.1 Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник

	план лабораторных и инструментальных обследований пациента, необходимость направления пациента на консультацию к врачам-специалистам и анализировать	рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ИД-5.2. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ИД-5.3.Умеет осуществлять анализ полученной информации и определять необходимость консультаций врачей-специалистов ИД-5.5.Владеет навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	(врач-терапевт участковый)
Обследование и диагностика	ПК-6. Способен проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями /состояниями, в том числе неотложными.	ИД 6.1 Знает этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы дифференциальной диагностики, осложнения и исходы заболеваний, методы обследования больных, состояние которых требует оказания неотложной помощи ИД 6.2 Умеет выявить клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи ИД 6.3. Владеет готовностью распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Обследование и	ПК-7.	ИД-7.1.Знает	Профессиональн

диагностика	Способен устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	международную статистическую классификацию болезней ИД-7.2. Знает алгоритм и критерии определения у больных различного профиля основных патологических состояний, синдромов, заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-X) ИД-7.3.Умеет выделять основные патологические симптомы и синдромы, формулировать ИД -7.4.Владеет навыками установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	ый стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Лечение заболеваний и состояний	ПК-8. Способен разработать план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим и порядками оказания медицинской помощи	ИД-8.1.Знает тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-8.2. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-8.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-8.3.Умеет определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-8.4. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-8.5.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
Лечение заболеваний и состояний	ПК-9. Способен назначить лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и немедикаментозное лечение с учетом	ИД-9.1.Знает тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-9.2. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

	диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-9.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-9.3.Умеет определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами ИД-9.4. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-9.5.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	

Лечение заболеваний и состояний	ПК-10. Способен организовать персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста	ИД-10.1. Умеет проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами ИД-10.2. Умеет проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Лечение заболеваний и состояний	ПК-11. Способен оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	ИД-11.1. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-11.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применение ИД-11.3. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-11.4.Владеет навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
Медицинская реабилитация	ПК-13. Способен к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы	ИД-13.1.Знает порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента ИД-13.2.- Знает порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу ИД-13.3. Знает признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД-13.4.Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД 13.6.Владеет навыками проведения экспертизы временной	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

		нетрудоспособности и работы в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	
Медицинская реабилитация	ПК-14. Способен подготовить необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной	ИД-14.1.Знает порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента ИД-14.2.- Знает порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу ИД-14.3. Знает признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД-14.4. Умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами ИД 14.6. Владеет навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности и работы в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)
Организационная деятельность	ПК-21. Способен к ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде	ИД 21.1 Знает медицинскую документацию, правила ведения, в том числе в электронном виде ИД 21.2 Умеет вести электронную и бумажную медицинскую документацию согласно стандартам ведения медицинской документации принятым в учреждениях. ИД 21.3 Владеет способностью	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый

		к ведению и оформлению медицинской документации, в том числе в электронном виде.	

2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	**«удовлетворительно»**	**«хорошо»**	**«отлично»**
знать				
8	Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает классификацию болезней, факторы риска и этиологию, как собрать жалобы, анамнез заболеваний и лекарственных препаратов, цели лечения	Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания о классификации болезней, факторах окружающей среды, влияющих на заболевания, знает как собирать жалобы, анамнез, оценивать состояние органов, дополнительные обследования при данной патологии, но не умеет интерпретировать собранную информацию .	Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. Знает классификацию болезней, факторы окружающей среды, влияющие на заболевания, как собирать жалобы, анамнез, оценивать состояние органов, дополнительные обследования при данной патологии, но испытывает некоторые затруднения в интерпретации собранной информации и формулировке целей лечения	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Студент знает классификацию болезней, факторы окружающей среды, их влияние на заболевания, знает не только как собирать жалобы, анамнез, оценивать состояние органов, дополнительные обследования при данной патологии, не испытывает затруднения в интерпретации собранной информации и формулировке целей лечения
уметь				
8	Студент не умеет определить этиологию, факторы риска, влияющие на конкретное заболевание, не умеет сформулировать цели и задачи лечения	Студент испытывает затруднения при определении состояния пациента, влияния этиологии и факторов риска на его здоровье, испытывает затруднения в интерпретации анамнеза, симптомов поражения органов, не может сформулировать	Студент умеет самостоятельно оценить состояния пациента, влияния этиологии и факторов риска на его здоровье, испытывает некоторые затруднения в интерпретации анамнеза, симптомов поражения органов, в формулировании	Студент умеет самостоятельно … оценить состояния пациента, влияния этиологии и факторов риска на его здоровье, не испытывает затруднения в интерпретации анамнеза, симптомов поражения органов, в формулировании целей обследования и лечения

		цели обследования и лечения Студент не может назначить лекарственные препараты.	целей обследования и лечения Студент затрудняется при выборе лекарственных препаратов.	Студент свободно ориентируется в выборе лекарственных препаратов
владеть				
8	Студент не владеет навыком определить этиологию, факторы риска, влияющие на конкретное заболевание, формулировать цели и задачи лечения, не предоставил дневник практики	Студент с трудом владеет навыками определении состояния пациента, влияния этиологии и факторов риска на его здоровье, испытывает некоторые затруднения в интерпретации анамнеза, симптомов поражения органов. Студент в основном способен самостоятельно сформулировать диагноз, цели обследования и лечения Студент с трудом может сформулировать цели назначения лекарственных препаратов	Студент дает достаточно полный, развернутый ответ на поставленный вопрос: студент может оперировать понятиями о влиянии факторов внешней среды, развитии болезни, каждом пораженном органе при конкретном патологическом процессе, его этиологии и принципах лечения. Может обосновать выводы на основании патогенетических изменений, правильно оформить диагноз. Ответ формулируется в терминах дисциплины, изложен литературным языком, логичен, могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.	Студент дает развернутый ответ на поставленный вопрос: свободно может оперировать понятиями об этиологии, развитии болезни, каждом пораженном органе при конкретном патологическом процессе, и принципах диагностики и лечения. Может обосновать выводы на основании патогенетических изменений, правильно оформить диагноз. Ответ формулируется в терминах дисциплины, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента и хорошее знание дополнительной литературы.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вопросы к зачету по Клинической практике (Помощник врача терапевта) для студентов 4 курса (8 семестр)

1. Критерии диагноза: развитие болезни, эффект от лечения. Принципы анализа и заключения по данным критериям.
2. Критерии диагноза: этиология и характер изменений органов. Синдром – понятие, определение, прикладное значение.
3. Критерии диагноза: этиология и характер изменений органов. Синдром – понятие, определение, прикладное значение.
4. План инструментального и лабораторного обследования в клинике внутренних болезней: принципы составления, цели.
5. Принципы оценки эффективности лечения: субъективные, объективные, в том числе суррогатные критерии эффективности лечения.
6. Методы обследования больных: сбор качественной информации, материализация признаков
7. Принципы обоснования клинического диагноза. Критерии диагноза.
8. Оформление и ведение медицинской документации.
9. Обоснование предварительного и окончательного диагноза. Критерии диагноза.
10. Методика анализа ЭКГ и составление электрокардиографического заключения.
11. Оказание экстренной помощи больным с острой сердечной недостаточностью.
12. Оказание экстренной помощи больным с астматическим статусом.
13. Оказание экстренной помощи больным с приступом бронхиальной астмы
14. Анализ показателей функции внешнего дыхания.
15. Международная (консенсусная) классификация пневмоний и градация пневмоний Американской торакальной ассоциации. Клинические фазы пневмоний с циклическим течением. Особенности клинических проявлений пневмоний при иммунодефицитах.
16. Основные принципы подбора антибактериальной терапии при лечении пневмоний.
17. Лечение пневмоний. Антибиотикотерапия у больных внебольничной пневмонией до 60-летнего возраста; внутрибольничных пневмоний у больных отделения интенсивной терапии.
18. Клиника пневмонии, основные синдромы. Определение степени тяжести пневмонии. Выбор места лечения.
19. Астматический статус (определение, стадии, формы, основные факторы, приводящие к астматическому статусу). Лечение БА (метод «ступенчатой» терапии).
20. Основные клинические варианты и синдромы бронхиальной астмы. Четыре компонента бронхиальной обструкции.
21. Хронический обструктивный бронхит. Механизмы обструкции. Критерии диагноза. Лечение.
22. Инфекционные деструкции легких. Определение. Классификация. Особенности этиологических факторов, патогенетических механизмов в развитии различных форм заболевания.
23. Абсцесс легкого. Особенности течения. Диагностика. Лечение.

24. Дыхательная недостаточность. Нарушение в системе обеспечения организма кислородом. Патогенетическая терапия.
25. Хронические гепатиты. Классификация. Эпидемиология. Основные клинические синдромы. Вирусные гепатиты. Пути заражения. Патогенез.Клинические проявления.
26. Цирроз печени. Определение. Этиология. Патогенез.
27. Цирроз печени. Основные клинические синдромы. Основные направления в лечении.
28. Портальная гипертензия при циррозе печени, механизмы ее патогенеза, клинические проявления, лечение.
29. Диагностика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Оказание экстренной помощи.
30. Осложнения цирроза печени. Профилактика. Лечение.
31. Язвенная болезнь. Этиология. Классификация. Патогенез.
32. Клинические проявления язвенной болезни. Диагностика. Лечение.
33. Осложнения язвенной болезни. Лечебные мероприятия.
34. Атеросклероз. Распространенность и основные клинические проявления в зависимости от локализации. Генетические и средовые факторы риска.
35. Ишемическая болезнь сердца. Понятие об остром коронарном синдроме (ОКС). Классификация. Тактика ведения пациентов с ОКС. Понятие о нестабильной стенокардии. Патогенез. Клинические проявления. Основные направления в лечении.
36. Ишемическая болезнь сердца: острый инфаркт миокарда – основные звенья патогенеза, классификация, критерии диагноза (ВОЗ и др.), средства лечения, в соответствии стадии заболевания
37. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Патогенез. Критерии диагноза. Основные цели и средства лечения.
38. Осложнения острого инфаркта миокарда. Отек легких. Патогенез. Клиника. Основные направления терапии.
39. Хронические формы ишемической болезни сердца: стабильная стенокардия напряжения. Клинические проявления. Цели и план обследования.
40. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация по NYHA. Клинические проявления. Диагностика. Основные направления в лечении.
41. Острый гломерулонефрит: иммунные механизмы структурных изменений клубочков; клинические проявления, лечение.
42. Подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит: особенности морфологических изменений клубочков, клинические проявления, лечение.
43. Хронический гломерулонефрит: этиологическая, морфологическая, клиническая классификация. Характер морфологических и функциональных изменений в почках, их клинические и лабораторные проявления в период обострения.
44. Хронический гломерулонефрит: основные причины прогрессирования заболевания. Цели и средства лечения.
45. Острый гломерулонефрит: этиология, механизмы структурных изменений клубочков почек, этапы развития, исходы.

Ситуационные задачи

Задача 1 Пациентка Ф, 68 лет 5 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета, ИБС, но имеются проявления деформирующего остеортроза коленных суставов и наследственная отягощенность: отец пациентки умер от инфаркта в возрасте 52 лет. Курение отрицает. Антигипертензивные препараты ранее не принимала. Обратилась в связи с частым повышением АД, максимально до 175/105 мм рт.ст., сопровождающимся головной болью. При осмотре: ИМТ 32 кг/м^2, офисное АД 168/102 мм рт.ст., Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, дополнительных шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 6,7 ммоль/л, уровень креатинина 1,4 мг/дл (СКФ=39 мл/мин/1,73м^2).

1. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК
   1) низкий
   2) средний
   3) от низкого к среднему
   4) высокий
   5) от среднего к высокому
   6) очень высокий
   7) от высокого к очень высокому
2. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ СОСТАВЛЯЕТ
   1) ниже чем 120/70 мм.рт.ст
   2) ниже чем 130/80 мм.рт.ст
   3) ниже чем 140/85 мм.рт.ст
   4) ниже чем 140/90 мм.рт.ст
   5) ниже чем 150/90 мм.рт.ст
3. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ИЗ ПЕЧЕЧИСЛЕННЫХ)
   1) ЭКГ
   2) ДЭХОКГ
   3) ЛПНП, ЛПВП
   4) калий и натрий сыворотки крови
   5) мочевая кислота сыворотки крови
   6) гликированный гемоглобин
4. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
   1) только динамическое наблюдение за пациенткой
   2) только изменение образа жизни
   3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
   4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
   5) хирургическое вмешательство
5. В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1) монотерапия тиазидными диуретиками
   2) монотерапия любым препаратом из рекомендованных классов лекарственных средств
   3) монотерапия любым из рекомендованных препаратов, кроме бета-блокаторов
   4) комбинированная терапия из 2 препаратов
   5) комбинированная терапия из 3 препаратов

6. РЕКОМЕНДОВАННЫМИ ВАРИАНТАМИ НАЧАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АГ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ БУДУТ
   1) ингибитор АПФ
   2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
   3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
   4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
   5) антагонист кальция
   6) тиазидный диуретик

7. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ

1) аспирин
2) аспирин+клопидогрель
3) статины
4) нитраты
5) петлевые диуретики
6) оральные контрацептивы

Задача 2 Мужчина Щ, 88 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда 2 годами ранее, наследственная отягощенность: мать пациента умерла от инсульта в возрасте 52 лет. В настоящее время боли в грудной клетке не отмечает. Одышка беспокоит только при существенной физической нагрузке. Регулярно принимает аспирин 125 мг в сутки. Ранее принимал метопролол, но прекратил в связи с развитием брадикардии, и аторвастатин, прием которого прератил по финансовым соображениям. Обратился в связи с частыми подъемами АД, максимально до 180/115 мм рт.ст., сопровождающимися головной болью, слабостью, головокружением. При осмотре: ИМТ 27 кг/м2, офисное АД 168/112 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 68 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 4,7 ммоль/л, СКФ=51 мл/мин/1,73м2. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 65 в 1 минуту. Отклонение электрической оси влево. Зубец S в V1+ R в V5,6> 35 мм. Изменений по сегменту ST нет.

1. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

1) низкий
2) средний
3) от низкого к среднему
4) высокий
5) от среднего к высокому
6) очень высокий
7) от высокого к очень высокому

2. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ

1) ниже чем 120/70 мм.рт.ст
2) ниже чем 130/80 мм.рт.ст
3) ниже чем 140/85 мм.рт.ст
4) ниже чем 140/90 мм.рт.ст
5) ниже чем 150/90 мм.рт.ст

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, С УЧЕТОМ УЖЕ ИМЕЮЩИХСЯ РЕЗУЛЬТАТОВ (ИЗ ПЕЧЕЧИСЛЕННЫХ)

1) ЭКГ
2) ДЭХОКГ
3) ЛПНП, ЛПВП
4) калий и натрий сыворотки крови
5) холтеровское мониторирование
6) определение микроальбуминурии

4. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1) только динамическое наблюдение за пациентом
2) только изменение образа жизни
3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
5) хирургическое вмешательство

5. В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) монотерапия тиазидными диуретиками
2) монотерапия любым препаратом из рекомендованных классов лекарственных средств

3) монотерапия любым из рекомендованных препаратов, кроме бета-блокаторов
4) комбинированная терапия из 2 препаратов
5) комбинированная терапия из 3 препаратов

6. РЕКОМЕНДОВАННЫМИ ВАРИАНТАМИ НАЧАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ АГ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА БУДУТ

1) ингибитор АПФ
2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
5) антагонист кальция
6) тиазидный диуретик

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ

1) аспирин
2) аспирин+клопидогрель
3) статины
4) нитраты
5) петлевые диуретики
6) верошпирон

Задача 3 Пациентка А, 38 лет, наблюдается в женской консультации по поводу беременности, срок 14 недель. Первая беременность протекала без осложнений, закончилась рождением здорового ребенка. Страдает хроническим пиелонефритом в течение 15 лет. Страдает артериальной гипертонией в течение 11 лет. Максимальное АД 180/90 мм рт.ст. Лечилась регулярно. До беременности принимала престариум 10 мг в сутки. С начала беременности самостоятельно прекратила прием препарата, прочитав в инструкции к препарату о влиянии на плод. В течение первого триместра АД в пределах 130-135/80-85 мм рт.ст. В течение последних 2 недель АД 140-160/90 мм рт.ст., сопровождается сильной головной болью, сердцебиением. Других заболеваний нет. При осмотре: офисное АД 148/91 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультация сердца – без особенностей. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. СКФ=58 мл/мин/1,73м^2. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 минуту. ЭОС расположена обычно. Синдром ранней реполяризации. При ДЭХОКГ – пролапс митрального клапана. Признаков гипертрофии ЛЖ нет. В ОАМ – протеинурия.

1. ЦЕЛЕВОЕ АД ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ

1) ниже чем 120/70 мм.рт.ст
2) ниже чем 130/80 мм.рт.ст
3) ниже чем 140/85 мм.рт.ст
4) ниже чем 140/90 мм.рт.ст
5) ниже чем 150/90 мм.рт.ст

2. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1) только динамическое наблюдение за пациенткой
2) только изменение образа жизни
3) изменение образа жизни, назначение фармакотерапии
4) немедленное назначение фармакотерапии (на фоне изменений в образе жизни)
5) прерывание беременности

3. КАКИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ, МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ

1) лабеталол
2) метилдопа
3) нифедипин
4) бисопролол
5) эналаприл
6) амлодипин

4. РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

1) очень низкий
2) низкий
3) умеренный
4) высокий
5) очень высокий

5. ДРУГИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ЭТО

1) аспирин
2) аспирин+клопидогрель
3) статины
4) нитраты
5) петлевые диуретики
6) оральные контрацептивы

Задача 4 Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В анамнезе – 2 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Сегодня вечером отметил появление интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. БСМП доставлен в отделение кардиологии. Боль и одышка волнообразно рецидивируют. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, патологический Q в II, III, AVF, депрессия ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

1) пневмония
2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
4) острая почечная недостаточность
5) ХСН

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ УКАЗАННОГО СОСТОЯНИЯ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) ХСН НIIБ IVФК
2) ХСН НIII IIIФК
3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
4) отек легких
5) кардиогенный шок

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

1) RW
2) креатинин сыворотки крови
3) альбумины
4) БНП/NT-проБНП
5) КФК-МВ и/или тропонины
6) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

1) трансторакальная ДЭХОКГ
2) чреспищеводная ДЭХОКГ
3) рентгенография органов грудной клетки
4) холтеровское мониторирование
5) коронарография

6) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАНОМУ ПАЦИЕНТУ ЭТО

1) аспирин
2) тикагрелор
3) тканевой активатор плазминогена
4) нефракционированный гепарин
5) дабигатран
6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1) бета-блокатор
2) петлевой диуретик
3) ивабрадин
4) сердечные гликозиды
5) дофамин
6) нитроглицерин

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1) ЧКВ
2) имплантация кардиостимулятора
3) исскуственный левый желудочек
4) трансплантация сердца
5) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 5 Пациентка Т, 68 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета. Никакие препараты ранее не принимала. Сегодня вечером отметила появление впервые в жизни интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, сопровождающейся интенсивной инспираторной одышкой. БСМП доставлена в отделение кардиологии. При осмотре: Заторможена, вынужденное положение с приподнятым изголовьем, кожа бледная, холодная, акроцианоз. АД 88/49 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3 легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, патологический Q в I, II, элевация ST I, AVL, V1-V6. Какое осложнение имеется у данной пациентки?

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ

1) пневмония
2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
4) острая почечная недостаточность
5) инфаркт миокарда
6) ХСН

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ(ЯМИ) УКАЗАННОГО СОСТОЯНИЯ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ХСН НIIБ IVФК
2) ХСН НIII IIIФК
3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
4) отек легких
5) кардиогенный шок

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЭТО

1) RW
2) креатинин сыворотки крови
3) альбумины
4) БНП/NT-проБНП
5) КФК-МВ и/или тропонины

6) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

1) трансторакальная ДЭХОКГ
2) чреспищеводная ДЭХОКГ
3) рентгенография органов грудной клетки
4) холтеровское мониторирование
5) коронарография
6) УЗИ почек

5. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ТЕРАПИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) назначение антиагрегантной и антикоагулянтной терапии
2) назначение бета-блокаторов
3) назначение блокаторов РААС
4) экстренное восстановление коронарного кровотока
5) н азначение внутривенных диуретиков

6. ЕСЛИ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС, ТО АНТИТРОМБОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) ЯВЛЯЮСЯ

1) аспирин
2) тикагрелор
3) клопидогрель
4) бивалирудин
5) дабигатран
6) эноксапарин

7. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1) бета-блокатор
2) петлевой диуретик
3) ивабрадин
4) сердечные гликозиды
5) дофамин
6) нитроглицерин

8. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ТАКЖЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1) имплантация ресинхронизирующего устройства
2) имплантация кардиостимулятора
3) исскуственный левый желудочек
4) трансплантация сердца
5) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 6 Мужчина Щ, 69 лет. В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда 2 годами ранее, наследственная отягощенность: мать пациента умерла от инсульта в возрасте 52 лет. В течение последнего года отмечает появление одышки при умеренной нагрузке. В последние 1,5-2 месяца эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Так же в течение 8 лет страдает аденомой предстательной железы. Ночные мочеиспускания 2-3 раза за ночь. Регулярно принимает амлодипин 5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, аторвастатин 20 мг в сутки. В течение нескольких дней отмечал уменьшение кол-ва мочи. С вечера накануне – мочеиспускания не было. Утром отметил появление интенсивной инспираторной одышки. БСМП доставлен в отделение кардиологии. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, АД 130/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых и средне-пузырчатых хрипов, занимающих 2/3

легочных полей с 2-х сторон. Отеков нет. Мочевой пузырь определяется на 3 см выше лобка. На ЭКГ – синусовый ритм, патологический Q в II, III, AVF, депрессия ST I, AVL, V5-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

1) ХСН НIIБ IVФК
2) ХСН НIII IIIФК
3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
4) отек легких
5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмония
2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
4) острая почечная недостаточность
5) ХСН

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

1) RW
2) креатинин сыворотки крови
3) БНП/NT-проБНП
4) КФК-МВ и/или тропонины
5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

1) трансторакальная ДЭХОКГ
2) чреспищеводная ДЭХОКГ
3) рентгенография органов грудной клетки
4) холтеровское мониторирование
5) УЗИ предстательной железы
6) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАНОМУ ПАЦИЕНТУ ЭТО

1) аспирин
2) тикагрелор
3) тканевой активатор плазминогена
4) нефракционированный гепарин
5) дабигатран
6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1) бета-блокатор
2) петлевой диуретик
3) ивабрадин
4) сердечные гликозиды
5) дофамин
6) нитроглицерин

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1) ЧКВ
2) имплантация кардиостимулятора
3) исскуственный левый желудочек
4) катетеризация мочевого пузыря
5) трансплантация сердца
6) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 7 Пациент А, 64 года В течение 10 лет персистирующей мерцательной аритмией. У него нет сахарного диабета. В анамнезе – перенесенный ишемический инсульт 2 годами ранее. В течение последних 5 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке. В последние 1,5-2 месяцев эпизодически отмечает появление отеков на нижних конечностях. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки. Утром отметил внезапное появление сердцебиения и интенсивной инспираторной одышки. БСМП доставлен в отделение кардиологии. При осмотре: Вынужденное положение с приподнятым изголовьем, ИМТ 36 кг/м^2, офисное АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 118 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних и средних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия. Отклонение электрической оси влево.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
   1) ХСН НIIБ IVФК
   2) ХСН НIII IIIФК
   3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
   4) отек легких
   5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ
   1) пневмония
   2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
   3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
   4) острая почечная недостаточность
   5) персистирующая мерцательная аритмия

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО
   1) RW
   2) креатинин сыворотки крови
   3) БНП/NT-проБНП
   4) КФК-МВ и/или тропонины
   5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО
   1) трансторакальная ДЭХОКГ
   2) чреспищеводная ДЭХОКГ
   3) рентгенография органов грудной клетки
   4) холтеровское мониторирование
   5) УЗИ предстательной железы
   6) УЗИ почек

5. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ТЕРАПИИ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
   1) назначение антиагрегантной и антикоагулянтной терапии
   2) назначение бета-блокаторов
   3) электрическая кардиоверсия
   4) медикаментозная кардиоверсия
   5) экстренное восстановление коронарного кровотока
   6) назначение внутривенных диуретиков

6. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАНОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТО
   1) аспирин
   2) тикагрелор
   3) тканевой активатор плазминогена
   4) нефракционированный гепарин
   5) дабигатран
   6) ривароксабан

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1) бета-блокатор
2) петлевой диуретик
3) ивабрадин
4) сердечные гликозиды
5) дофамин
6) нитроглицерин

Задача 8 Пациент Х, 71 год в течение 45 лет артериальной гипертензией, и в течение 25 лет – ИБС. В анамнезе – 3 перенесенных инфаркта миокарда, последний 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет года отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. Отмечает частые (3-4 раза в год) декомпенсации сердечной недостаточности в виде появления одышки в покое, и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, частых приступах загрудинной боли при нагрузке и в покое, появления выраженных отеков. В настоящее время – одышка при небольшой нагрузке. Регулярно принимал эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки, аспирин 125 мг в сутки, фуросемид 20 мг в сутки, верошпирон – 50 мг в сутки, однако в последнюю неделю отказался от приема мочегонных препаратов (решил "отдохнуть" от них). В течение последней недели отметил вновь появление одышки в покое, и в горизонтальном положении, снижение толерантности к физической нагрузке, появление выраженных отеков, асцита. При осмотре: ИМТ 32 кг/м^2, офисное АД 110/68 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, большое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, ПБЛНПГ, QRS=125 мсек. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитация тяжелой степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, значительная дилатация полостей ЛЖ, ЛП, умеренная дилатация – ПЖ, ПП, ФВ 27%, декомпенсация кровообращения по обоим кругам. Какое осложнение имеется у данного пациента?

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

1) ХСН НIIБ IVФК
2) ХСН НIII IIIФК
3) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
4) отек легких
5) кардиогенный шок

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

1) недостаточная приверженность к лечению
2) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
3) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
4) острая почечная недостаточность
5) персистирующая мерцательная аритмия

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

1) RW
2) креатинин сыворотки крови
3) БНП/NT-проБНП
4) КФК-МВ и/или тропонины
5) сатурация кислорода

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ (ПРИ НАЛИЧИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ) ЭТО

1) трансторакальная ДЭХОКГ
2) чреспищеводная ДЭХОКГ
3) рентгенография органов грудной клетки
4) холтеровское мониторирование
5) УЗИ почек

5. АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ), ПОКАЗАННЫЕ ДАНОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТО

1) аспирин
2) клопидогрель
3) тканевой активатор плазминогена
4) нефракционированный гепарин
5) дабигатран
6) ривароксабан

6. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ТАКЖЕ ПОКАЗАНО (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО) НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1) бета-блокатор
2) петлевой диуретик
3) ивабрадин
4) дофамин
5) иАПФ

7. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1) ЧКВ
2) имплантация кардиостимулятора
3) исскуственный левый желудочек
4) имплантация ресинхронизирующего устройства
5) трансплантация сердца
6) интрааортальная балонная контрпульсация

Задача 9 Пациентка А, 55 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. Антигипертензивные препараты ранее постоянно не принимала. 20 лет страдает сахарным диабетом. Постоянно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки. Данных за ИБС нет. После сильного стресса на работе внезапно отметила появление сердцебиения, ощущение дрожи в теле, сильную головную боль. Обратилась в медицинскую часть завода. При осмотре: ИМТ 32 кг/м^2, при измерении АД 200/102 мм рт.ст., Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 98 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, дополнительных шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 90 в 1 минуту, ЭОС отклонена влево, депрессия сегмента ST I, AVL, V5-V6.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

1) высокое АД
2) неосложненный гипертонический криз
3) осложненный гипертонический криз
4) пароксизм мерцательной аритмии
5) нейро-циркуляторная дистония

2. ТИП ГК У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ МОЖНО ОХАРКТЕРИЗОВАТЬ КАК

1) ГК I типа
2) ГК II типа
3) адреналовый ГК
4) норадреналовый ГК
5) нейро-вегетативная форма ГК
6) отечная форма ГК
7) судорожная форма ГК

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) только назначение плановой терапии АГ
2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10-15% за 30-60 минут
4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110-120 мм рт.ст.
5) АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

1) нифедипин перорально
2) каптоприл перорально
3) лабеталол перорально
4) эсмолол внутривенно
5) фуросемид внутривенно
6) эналаприлат внутривенно

5. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ПОСТОЯННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

1) ингибитор АПФ
2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
5) антагонист кальция
6) тиазидный диуретик

Задача 10 Пациент А, 48 лет. Ранее ничем не болел. Во время измерения АД (решил измерить за компанию с женой) отметил повышение до 158/90 мм рт.ст. Никаких симптомов не было. Далее в течение последних 2 недель неоднократно фиксировал АД в интервале 140-170/95 мм рт.ст., которое иногда сопровождалось легкой головной болью. Обратился в поликлинику. Никаких субъективных ощущений на момент обращения не отмечал. При осмотре: офисное АД 178/101 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см каружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм правильный. При аускультация сердца – без особенностей. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 минуту. ЭОС расположена обычно. Синдром ранней реполяризации.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

1) высокое АД
2) неосложненный гипертонический криз
3) осложненный гипертонический криз
4) пароксизм мерцательной аритмии
5) нейро-циркуляторная дистония

2. ТИП ГК У ДАННОГО ПАЦИЕНТА МОЖНО ОХАРКТЕРИЗОВАТЬ КАК

1) ГК I типа
2) ГК II типа
3) нейро-вегетативная форма ГК
4) отечная форма ГК
5) судорожная форма ГК
6) у пациента нет гипертонического криза

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) только назначение плановой терапии АГ
2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10-15% за 30-60 минут
4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110-120 мм рт.ст.
5) АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

1) нифедипин перорально
2) каптоприл перорально
3) лабеталол перорально
4) фуросемид внутривенно
5) эналаприлат внутривенно
6) никакие препараты пациенту экстренно не показаны

5. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ПОСТОЯННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

1) ингибитор АПФ
2) ингибитор АПФ в комбинации с антагонистом кальция
3) ингибитор АПФ в комбинации с тиазидным диуретиком
4) бета-блокатор в комбинации с ингибитором АПФ
5) антагонист кальция
6) тиазидный диуретик

Задача 11 Пациент А, 25 лет В течение 2 лет отмечает эпизоды сердцебиения. При обследовании выявлена связь сердцебиения с появлением мерцательной аритмии. У него нет сахарного диабета. Физическую нагрузку переносит адекватно. Иногда принимает кордарон 200 мг (при частых приступах). Другие антиаритмики ранее не принимал. Обратился к кардиологу в связи с тем, что эпизоды сердцебиения стали частыми, до 2-3 раз в неделю, что сопровождается слабостью, снижением толерантности к физической нагрузке, а также неприятными ощущениями "переворачивания" сердца. Купируются данные эпизоды самостоятельно. При осмотре: ИМТ 26 кг/м^2, АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, синусовый ритм. При аускультации сердца – слабый систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 мин., с-м WPW.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

1) пароксизмальная
2) персистирующая
3) длительно персистирующая
4) постоянная
5) впервые выявленная

2. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

1) тактика - контроль ЧСС
2) тактика - контроль ритма
3) подбор медикаментозной антиаритмической терапии
4) немедленное выполнение радиочастотной катетерной абляции
5) выполнение радиочастотной катетерной абляции при невозможности подобрать адекватную антиаритмическую терапию

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОГО ПАЦИЕНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

1) дигоксин
2) бета-блокаторы
3) кордарон
4) блокаторы АПФ

Задача 12. Пациент Ж, 69 лет. Неоднократно фиксировал АД 140-160/90 мм рт.ст., которое иногда сопровождалось легкой головной болью. Не обследовался не лечился. Внезапно рано утром отметил онемение лица, нарушение речи. Жена пациента вызвала скорую помощь. К моменту ее приезда пациент потерял сознание. Доставлен в стационар. При осмотре: АД 220/110 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 100 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультация сердца – систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. В легких везикулярное дыхание, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия, с средней ЧСС 100-110 в 1 минуту. Изменений по ST-T нет.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

1) высокое АД
2) неосложненный гипертонический криз
3) осложненный гипертонический криз
4) пароксизм мерцательной аритмии
5) нейро-циркуляторная дистония

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ДАННОМ СЛУЧАЕ БУДЕТ ВЕСТИСЬ МЕЖДУ

1) нестабильной стенокардией
2) инфарктом миокарда
3) геморрагическим инсультом
4) ишемическим инсультом
5) ТИА
6) внезапной сердечной смертью

3. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) только назначение плановой терапии АГ
2) постепенное снижение АД пероральными препаратами, наблюдение в течение суток
3) быстрое снижение АД внутривенными препаратами на 10-15% за 30-60 минут
4) максимально быстрое снижение АД до уровня САД 110-120 мм рт.ст.
5) мониторирование состояния пациента, АД не должно снижаться

4. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОКАЗАННЫМИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

1) нифедипин перорально
2) каптоприл перорально
3) лабеталол перорально
4) фуросемид внутривенно
5) эналаприлат внутривенно
6) никакие препараты пациенту экстренно не показаны

5. ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ

1) только уровнем АД
2) только степенью риска сердечно-сосудистых осложнений
3) динамикой неврологической симптоматики и ее ассоциацией с уровнем АД
4) проведением или нет тромболитической терапии
5) характером инсульта (ишемический/геморрагический)

Задача 13 Пациент К, 65 лет в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией и в течение 10 лет – мерцательной аритмией. Первоначально приступы аритмии чередовались с периодами синусового ритма, в последние 5 лет – ритм мерцательная аритмия. У него нет сахарного диабета, проявлений ИБС. В течение последних 2 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей, в основном связанные с эпизодами сердцебиения. В настоящее время одышка беспокоит только при существенных физических нагрузках. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. Обратился в поликлинику для проведения планового обследования. При осмотре: АД 140/78 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 89 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия с средней ЧСС 90 в 1 минуту, депрессия ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

1) пароксизмальная
2) персистирующая
3) длительно персистирующая
4) постоянная
5) впервые выявленная

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

1) трансторакальной ДЭХОКГ
2) чреспищеводной ДЭХОКГ
3) рентгенографии органов грудной клетки
4) холтеровского мониторирования
5) пробы с физической нагрузкой
6) коронарография

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

1) немедленное выполнение медикаментозной кардиоверсии
2) немедленное выполнение электрической кардиоверсии
3) 4-х недельная антикоагулянтная терапия с последующей кардиоверсией
4) контроль ЧСС
5) контроль ритма

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

1) аспирин
2) клопидогрель
3) тикагрелор
4) варфарин
5) дабигатран
6) ривароксабан
7) апиксабан

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОГО ПАЦИЕНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

1) дигоксин
2) бета-блокаторы
3) амиодарон
4) соталол
5) пропафенон
6) аллапинин

6. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

1) аблация атрио-вентрикулярного узла
2) имплантация ресинхронизирующего устройства
3) ЧКВ
4) имплантация кардиостимулятора
5) радиочастотная аблация левого предсердия
6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 14 Пациентка Ф, 68 лет 10 лет страдает артериальной гипертензией. У нее нет сахарного диабета. Никакие препараты ранее не принимала. Сегодня вечером отметила появление впервые в жизни интенсивной загрудинной боли в покое, длительностью около 40 минут, в сочетании с интенсивной инспираторной одышкой и сердцебиением. БСМП доставлена в отделение кардиологии. При осмотре: лежит низко, кожа бледная. АД 88/49 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 128 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации сердца – акцент 2 тона на легочном стволе, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – мерцательная аритмия, депрессия сегмента ST I, AVL, V1-V6.

1. У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

1) пароксизмальная
2) персистирующая
3) длительно персистирующая
4) постоянная
5) впервые выявленная

2. ТАКЖЕ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ НЕОБХОДИМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫ ДИАГНОЗ МЕЖДУ

1) ХСН НIIА IIФК
2) ХСН НIII IФК
3) острой декомпенсированной сердечной недостаточностью
4) кардиогенным шоком
5) аритмическим шоком

3. К РАЗВИТИЮ ДАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МОГЛИ ПРИВЕСТИ

1) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
2) острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
3) острая почечная недостаточность
4) ХСН
5) мерцательная аритмия (как основное заболевание)

4. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО

1) выполнить ангиографию
2) определить тропонины и/или КФК-МВ
3) восстановить синусовый ритм
4) снизить ЧСС
5) провести тромболизис
6) начать интрааортальную балонную контрпульсацию

5. ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ ПОКАЗАНО

1) немедленное выполнение медикаментозной кардиоверсии
2) немедленное выполнение электрической кардиоверсии
3) 4-х недельная антикоагулянтная терапия с последующей кардиоверсией
4) контроль ЧСС
5) контроль ритма

6. В КАЧЕСТВЕ АНТИКОАГУЛЯНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) нефракционированный гепарин
2) эноксапарин
3) фондапаринукс
4) варфарин
5) дабигатран
6) ривароксабан

7. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

1) дигоксина
2) бета-блокаторов
3) амиодарона
4) соталола
5) пропафенона
6) аллапинина

Задача 15 Пациент Д, 28 лет В течение 2 лет отмечает эпизоды сердцебиения. При обследовании выявлена связь сердцебиения с появлением мерцательной аритмии. У него нет сахарного диабета. Физическую нагрузку переносит адекватно. Иногда принимает кордарон 200 мг (при частых приступах). Другие антиаритмики ранее не принимал. Обратился к кардиологу в связи с тем, что эпизоды сердцебиения стали частыми, до 2-3 раз в неделю, что сопровождается слабостью, снижением толерантности к физической нагрузке, а также неприятными ощущениями

“переворачивания” сердца. Купируются данные эпизоды самостоятельно. При осмотре: ИМТ 26 кг/м^2, АД 120/80 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 1,5 см кнутри от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, синусовый ритм. При аускультации сердца – слабый систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 76 в 1 мин., с-м WPW.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

6) пароксизмальная
7) персистирующая
8) длительно персистирующая
9) постоянная
10) впервые выявленная

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

1) трансторакальной ДЭХОКГ
2) чреспищеводной ДЭХОКГ
3) рентгенографии органов грудной клетки
4) холтеровского мониторирования
5) пробы с физической нагрузкой
6) коронарография

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

6) тактика - контроль ЧСС
7) тактика - контроль ритма
8) подбор медикаментозной антиаритмической терапии
9) немедленное выполнение радиочастотной катетерной абляции
10) выполнение радиочастотной катетерной абляции при невозможности подобрать адекватную антиаритмическую терапию

4. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ

1) аспирин
2) клопидогрель
3) тикагрелор
4) варфарин
5) дабигатран
6) ривароксабан
7) апиксабан

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА, У ДАННОГО ПАЦИЕНТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

5) дигоксин
6) бета-блокаторы
7) амиодарон
8) соталол
9) пропафенон
10) аллапинин

6. ВОЗМОЖНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО

1) аблация атрио-вентрикулярного узла
2) имплантация СРТ
3) ЧКВ
4) имплантация кардиостимулятора
5) радиочастотная аблация левого предсердия при невозможности подобрать адекватную ААТ

Задача 16 Пациент Ю, 65 лет в течение 45 лет артериальной гипертензией, и в течение 25 лет – ИБС. В анамнезе – 3 перенесенных инфаркта миокарда, последний - 2 года назад. У него нет сахарного диабета. В течение последних 10 лет отмечает появление одышки при небольшой нагрузке, эпизодически – отеков нижних конечностей. 2 месяца назад, во время госпитализации по поводу декомпенсации сердечной недостаточности имел место эпизод фибрилляции желудочков, с успешной кардиоверсией. В настоящее время – одышка при небольшой нагрузке. Регулярно принимает эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, кордарон 200 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки, аспирин 125 мг в сутки, верошпирон 100 мг в сутки. При осмотре на плановом приеме: ИМТ 36 кг/м^2, АД 110/68 мм рт.ст. Левая граница сердца совпадает с верхушечным толчком и расположена на 2 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 78 в 1 минуту, ритм синусовый. При аускультации сердца – акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца, на мечевидном отростке. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких с 2-х сторон. Отеков нет. Уровень общего холестерина – 3,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,1 ммоль/л, СКФ=41 мл/мин/1,73м^2. Других значимых отклонений нет. На ЭКГ – синусовый ритм, рубцовые изменения в переднее-перегородочно-верхушечно-боковой области. При ДЭХОКГ – клапанной патологии не выявлено, митральная и трикуспидальная регургитация умеренной степени, зоны гипо-акинезии в передней стенке и перегородке, умеренная дилатация полостей ЛЖ, ПЖ., ФВ 35%.

1. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ
   1) ХСН НІ ІФК
   2) ХСН НІІА ІІФК
   3) ХСН НІІВ ІІІФК
   4) острая декомпенсированная сердечная недостаточность
   5) отек легких

2. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)
   1) чреспищеводной ДЭХОКГ
   2) рентгенографии органов грудной клетки
   3) холтеровского мониторирования
   4) ЛПНП, ЛПВП, ТАГ
   5) БНП/NT-проБНП

3. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАН ПРИЕМ СЛЕДУЮЩИХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО)
   1) амиодарон
   2) пропафенон
   3) бисопролол
   4) дигоксин
   5) новокаинамид
   6) соталол

4. ТАКЖЕ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ
   1) верошпирон
   2) фуросемид
   3) нитросорбид
   4) амлодипин
   5) ивабрадин
   6) аторвастатин

5. В КАЧЕСТВЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМ
   1) аспирин
   2) клопидогрель
   3) аспирин+клопидогрель
   4) тикагрелор
   5) варфарин
   6) дабигатран
   7) ривароксабан

6. ВОЗМОЖНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЭТО
   1) имплантация ресинхронизирующего устройства

2) имплантация дефибриллатора-кардиовертера
3) ЧКВ
4) имплантация кардиостимулятора
5) радиочастотная аблация левого предсердия
6) никакое дополнительное лечение не требуется

Задача 17 Больной Н. 45 лет. Жалобы на давящую загрудинную боль, возникшую вчера при быстрой ходьбе в гору. Боль прошла после отдыха и сегодня при подобных обстоятельствах повторилась. Подобные боли не беспокоили ранее никогда. При осмотре выраженных патологических изменений по органам не выявлено. Частота сердечных сокращений 62 в 1 мин. Артериальное давление 120/70 мм. рт.ст. (Указаны лишь некоторые, но важные признаки)

1. Какая форма ишемической болезни сердца у больного вероятнее всего?
   а) острый инфаркт миокарда
   б) впервые возникшая стенокардия
   в) прогрессирующая стенокардия
   г) стенокардия напряжения 2-го функционального класса
   д) стенокардия напряжения 4-го функционального класса

2. Какой патогенетический фактор в данном случае имеет наибольшее значениевероятнее всего.
   а) повреждение ("болезнь") атеросклеротической бляшки
   б) тромбоз коронарной артерии
   в) стойкое атеросклеротическое сужение просвета коронарной артерии
   г) спазм коронарной артерии
   д)нарушение микроциркуляции

3. Для подтверждения предполагаемого вами заболевания КРАЙНЕ ВАЖНО спросить уданного больного:
   а) "Имеется ли связь боли с дыханием?"
   б) "Проходит ли боль после приема валидола?"
   в) "Каким ребенком в семье родился?"
   г) "Усиливается ли боль при поворотах туловища?"
   д) "Нет ли у родственников диабета?"

4. Для определения тяжести заболевания будет НАИБОЛЕЕ полезным проведение:
   а) регистрации ЭКГ в покое
   б) регистрации ЭКГ при физической нагрузке
   в) регистрации ЭКГ в сочетании с фонокардиограммой
   г) регистрации ЭКГ на магнитную ленту (мониторирование ЭКГ)
   д) регистрации ЭКГ после приема калия хлорида

5. Наиболее полезным лабораторным показателем в данном случае является уровень в крови:
   а) холестерина
   б) креатинфосфокиназы и трансаминазы
   в) С-реактивного белка
   г) ионов кальция
   д) протеинов

6. Для подтверждения наличия данного заболевания у больного САМЫМ ТОЧНЫМ из перечисленных будет:
   а) УЗИ сердца (эхокардиография)
   б) ФКГ (фонокардиография)
   в) компьютерная томография
   г) сфигмография
   д) коронарография

7. САМЫМ ВАЖНЫМ препаратом в данном случае будет:
   а) аспирин, атенолол
   б) дигоксин, изоптин
   в) стрептаза (тромболитик)
   г) анальгин, но-шпа
   д) папаверин

Задача 18 Больной И. 48 лет. Жалобы на интенсивную давящую боль за грудиной, отдающую в левую руку, которая возникла рано утром, без видимых причин, сопровождается слабостью, холодным потом, чувством нехватки воздуха, не снимается нитроглицерином. Ранее подобных болей никогда не было. При осмотре кожа бледная, влажная. 1-й тон на верхушке ослаблен. При аускультации над всеми легочными полями определяется везикулярное дыхание. Частота сердечных сокращений 92 в 1 мин. Артериальное давление 100/70 мм. рт.ст. (Указаны лишь некоторые, но важные признаки)

1. Какая форма ишемической болезни сердца у больного вероятнее всего?
   а) острый инфаркт миокарда
   б) впервые возникшая стенокардия напряжения
   в) прогрессирующая стенокардия
   г) стенокардия напряжения 2-го функционального класса
   д) стенокардия напряжения
   е) 4-го функционального класса

2. Какой патогенетический фактор (факторы) в данном случае имеет (имеют) большое значение вероятнее всего.
   а) нарушение электролитного баланса
   б) тромбоз коронарной артерии
   в) стойкое атеросклеротическое сужение просвета коронарной артерии
   г) спазм коронарной артерии
   д) образование тромбоцитарных агрегатов

3. Для подтверждения предполагаемого вами заболевания КРАЙНЕ ВАЖНО спросить у данного больного:
   а) "Какова длительность болевого приступа?"
   б) "Усиливается ли боль при пальпации межреберных промежутков?"
   в) "Каким ребенком в семье родился?"
   г) "Не было ли значительного изменения характеристик боли за последний месяц?"
   д) "Нет ли у родственников туберкулеза?"

4. Для определения тяжести заболевания будет НАИБОЛЕЕ полезным НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНОЕ проведение:
   а) регистрации ЭКГ в покое
   б) регистрации ЭКГ при физической нагрузке
   в) регистрации ЭКГ в сочетании с фонокардиограммой
   г) регистрации ЭКГ на магнитную ленту (мониторирование ЭКГ)
   д) регистрации ЭКГ после приема калия хлорида

5. Наиболее полезным лабораторным показателем в данном случае является уровень в крови:
   а) холестерина
   б) креатинфосфокиназы и трансаминазы
   в) С-реактивного белка
   г) ионов кальция
   д) протеинов

6. Для подтверждения наличия данного заболевания у больного САМЫМ ТОЧНЫМ из перечисленных будет:
   а) УЗИ сердца (эхокардиография)
   б) ФКГ (фонокардиография)
   в) компьютерная томография
   г) сфигмография
   д) коронарография

7. Самым важным препаратом в данном случае будет:
   а) аспирин
   б) дигоксин
   в) стрептаза (тромболитик)
   г) атенолол (бетаблокатор)
   д) папаверин

Задача 19 Больная Г. 56 л. Заболела внезапно, через час после ужина появилась интенсивная боль за грудиной и в области сердца с широкой иррадиацией, холодный пот, одышка с затрудненным вдохом. Ранее оказывающий эффект нитроглицерин болей не снял. АД 100\60 (рабочее АД 150\80 мм.рт.ст.), пульс ритмичный, 96 в 1 минуту. После в\м введения морфина 1%- 1,0 (других назначений не было), одышка уменьшилась, но боль продолжала беспокоить, АД снизилось до 80\50 мм.рт.ст. Через 2 часа доставлена в стационар, где была сделана ЭКГ, на которой выявлены изменения: во II, III отведениях и AVF сегмент ST куполообразно возвышается до 3-4 мм. над изолинией, зубец Q

больше 1\4 зубца R. Общий болевой период 4 часа, в течение всего болевого периода и в последующие 5 часов не было мочи.

1. Какой диагноз предположительно можно поставить?
   а) синдром Титце
   б) расслаивающая аневризма аорты
   в) ИБС, инфаркт миокарда
   г) тромбоэмболия ветвей легочной артерии
   д) НЦД по гипотоническому типу

2. Основанием для постановки диагноза явились данные:
   а) об изменении АД
   б) о развитии заболевания
   в) о развитии заболевания и характере болевого периода
   г) ЭКГ-исследования
   д) о развитии заболевания, характере болевого периода и данных ЭКГ

3. Анализ данных ЭКГ позволяет сделать заключение:
   а) имеется трансмуральное поражение передней стенки левого желудочка
   б) имеется трансмуральное поражение в передне-септальной зоне
   в) имеется нетрансмуральное поражение в боковой и задней стенках левого желудочка
   г) имеется трансмуральное поражение в задней стенке левого желудочка
   д) имеется блокада левой ножки пучка Гиса

4. Какое осложнение имеется у больной?
   а) недостаточность кровообращения
   б) острая сердечная недостаточность
   в) острая сосудистая недостаточность
   г) кардиогенный шок
   д) интерстициальный отек легких

5. Как вы расцениваете действия врачей "скорой помощи"?
   а) правильные, в полном объеме
   б) необходимо вводить морфин в\в
   в) больной не подлежал транспортировке
   г) необходимо было ввести морфин в\в, АД поддерживать добутамином или дофамином, ингаляция закиси азота
   д) провести экстренную ЭИТ (электроимпульсную терапию)

6. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
   а) рентгенография грудной клетки
   б) общий анализ мочи и крови
   в) 2-х часовая термометрия
   г) определение холестерина крови
   д) общий анализ крови (повторно), ферменты крови (ЛДГ, ЛДГ1, КФК), сцинтиграфия с технецием-99, серийная ЭКГ

Задача 20 Указаны лишь некоторые, но важные признаки. Больной М. 34 года. При обследовании обнаружены: субфебрилитет, акроцианоз, румянец на щеках, верхушечный толчок в V межреберье на 1 см. кнутри от срединно-ключичной линии, акцент 2-го тона над легочной артерией, диастолический шум с максимальным звучанием в 4-м межреберье слева от грудины, тон открытия митрального клапана на верхушке сердца.

1. Какой порок наиболее вероятен в данном случае?
   а) недостаточность митрального клапана
   б) стеноз устья аорты
   в) недостаточность аортального клапана
   г) митральный стеноз
   д) недостаточность трикуспидального клапана

2. Для уточнения характера предполагаемого вами порока сердца у больного очень информативным будетисследование:
   а) проведения шума (куда проводится шум)
   б) щелчка открытия митрального клапана
   в) определение двойного шума на артериях

г) частоты пульса
д) артериального давления

3. Определить тяжесть поражения клапана НАИБОЛЕЕ точно поможет
а) ЭКГ
б) УЗИ сердца (эхокардиография)
в) ФКГ (фонокардиография)
г) исследование венозного давления
д) рентгеноскопия грудной клетки

4. СКОРЕЕ ВСЕГО причиной этого порока у больного является
а) ревматизм
б) септический эндокардит
в) сифилис
г) перенесенная травма
д) атеросклероз

5. Для подтверждения заболевания проявлением которого стал порок сердца в КРАЙНЕ ВАЖНО спросить уданного больного:
а) "Не было ли в молодости "подозрительных" половых контактов?"
б) "Производились ли до начала болезни внутривенные иньекции?"
в) "Часто ли в молодости болел ангинами?"
г) "Не отмечался ли ранее приступов стенокардии?"
д) "Не было ли перед началом болезни удаления зубов?"

6. Для установления заболевания, проявлением которого стал порок сердца у больного САМЫМ ВАЖНЫМ будет исследование (-ия):
а) "ревматоидный фактор"
б) посев артериальной крови на стерильность
в) АГ и АТ к стрептококку
г) ЭКГ
д) холестерин крови

Задача 21 Больная Н. 25 лет. При обследовании обнаружены: длительный субфебрилитет, верхушечный толчок в V межреберье на 1.5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, занимает всю систолу, акцент II тона на a.pulmonalis. (Указаны лишь некоторые, но важные признаки)

1. Какой порок наиболее вероятен в данном случае?
а) недостаточность митрального клапана
б) стеноз устья аорты
в) недостаточность аортального клапана
г) митральный стеноз
д) недостаточность трикуспидального клапана

2. Для уточнения характера предполагаемого вами порока сердца у больного очень информативным будет исследование:
а) проведения шума (куда проводится шум)
б) пульсации шейных вен
в) определение двойного шума на артериях
г) частоты пульса
д) артериального давления
3. Определить тяжесть поражения клапана НАИБОЛЕЕ точно поможет метод:
а) ЭКГ
б) УЗИ сердца (эхокардиография)
в) ФКГ (фонокардиография)
г) исследование венозного давления
д) рентгеноскопия грудной клетки

4. СКОРЕЕ ВСЕГО причиной этого порока у больного является:
а) ревматизм
б) септический эндокардит
в) сифилис
г) перенесенная травма

д) атеросклероз

5. Для подтверждения заболевания проявлением которого стал порок сердца КРАЙНЕ ВАЖНО спросить у данного больного:
а) "Не было ли в молодости "подозрительных" половых контактов?"
б) "Производились ли до начала болезни внутривенные иньекции?"
в) "Часто ли в молодости болел ангинами?"
г) "Не отмечалось ли ранее приступов стенокардии?"
д) "Не было ли перед началом болезни удаления зубов?"

6. Для установления заболевания, проявлением которого стал порок сердца у больного САМЫМ ВАЖНЫМ будет исследование (-ия):
а) "ревматоидный фактор"
б) посев артериальной крови на стерильность
в) АГ и АТ к стрептококку
г) ЭКГ
д) холестерин крови

Задача 22 Больная А. 32 лет. В возрасте 10 лет перенесла полиартрит. В 20 лет диагностирован порок сердца. В последующие годы в весенний период отмечает ухудшение состояния: усиление одышки, сердцебиение, боли в суставах, головные боли, субфебрилитет. В течение 2х месяцев появились ознобы, обильное потоотделение, t 39 с размахами в течение суток более 1 градуса, усилилась одышка, сердцебиение, колющие боли в области сердца без иррадиации, в покое. При обследовании кожные покровы бледные, петехиальная сыпь. Гипертрофия левого предсердия, правого желудочка, левого желудочка. Первый тон на верхушке хлопающий, тон открытия митрального клапана, диастолический шум, во II межреберье справа от грудины - ослабление II тона, диастолический шум. Печень и селезенка увеличены. В анализах мочи - протеинурия, микрогематурия. В общем анализе крови - анемия, ускоренная СОЭ.

1. Какое заболевание наиболее вероятно в данном случае?
а) ревматизм
б) сифилис
в) септический эндокардит
г) септический эндокардит, развившийся на фоне ревматизма
д) атеросклероз

2. Какие пороки сердца наиболее вероятны в данном случае?
а) недостаточность митрального клапана и митральный стеноз
б) стеноз устья аорты
в) недостаточность аортального клапана и митральный стеноз
г) митральный стеноз
д) недостаточность трехстворчатого клапана

3. Для уточнения диагноза необходимо прежде всего выполнение исследований:
а) "ревматоидный фактор"
б) посев артериальной крови на стерильность
в) "волчаночные клетки"
г) протромбиновый индекс
д) белковые фракции

4. Определить характер поражения клапанного аппарата сердца наиболее точно поможет:
а) ЭКГ
б) УЗИ сердца (эхокардиография)
в) ФКГ -исследование венозного давления
г) рентгеноскопия грудной клетки

5. Назначение каких препаратов необходимо в данном случае?
а) иммуннодепрессанты
б) делагил
в) антибиотики
г) бета-блокаторы
д) ингибитора АПФ

Задача 23 Больной М. 34 года. При обследовании обнаружены: температура тела 38,5 градуса, выраженная пульсация сонных артерий, верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии, диастолический шум во 2-м межреберье справа с максимальным звучанием в 3-4-м межреберье слева от грудины. Артериальное давление 180/30 мм.рт.ст. увеличение селезенки. (Указаны лишь некоторые, но важные признаки.

1. Какой порок наиболее вероятен в данном случае?
   а) недостаточность митрального клапана
   б) стеноз устья аорты
   в) недостаточность аортального клапана
   г) митральный стеноз
   д) недостаточность трикуспидального клапана

2. Для уточнения характера предполагаемого вами порока сердца у больного оченьинформативным будет исследование:
   а) проведения шума (куда проводится шум)
   б) пульсации печени
   в) определение двойного шума на артериях
   д) частоты пульса
   е) пульсации шейных вен

3. Определить тяжесть поражения клапана НАИБОЛЕЕ точно поможет:
   а) ЭКГ
   б) УЗИ сердца (эхокардиография)
   в) ФКГ (фонокардиография)
   г) исследование венозного давления
   д) рентгеноскопия грудной клетки

4. СКОРЕЕ ВСЕГО причиной этого порока у больного является:
   а) ревматизм
   б) септический эндокардит
   в) сифилис
   г) перенесенная травма
   д) атеросклероз

5. Для подтверждения заболевания проявлением которого стал порок сердца КРАЙНЕ ВАЖНОспросить у данного больного:
   а) "Не было ли в молодости "подозрительных" половых контактов?"
   б) "Производились ли до начала болезни внутривенные инъекции?"
   в) "Часто ли в молодости болел ангинами?"
   г) "Не отмечался ли ранее полиартрит?"
   д) "Не было ли приступов стенокардии?"

6. Для установления заболевания, проявлением которого стал порок сердца у больногоСАМЫМ ВАЖНЫМ будет исследование (-ия):
   а) "ревматоидный фактор"
   б) посев артериальной крови на стерильность
   в) АГ и АТ к стрептококку
   г) ЭКГ
   д) холестерин крови

Задача 24 Больная Д, 42 л, в течение 10 последних лет весной и осенью больная отмечала ухудшения, продолжительностью 3 - 4 недели, которые проявлялись кашлем с трудно отделяемой вязкой мокротой, субфебрильной температурой, в последние 5 лет смешанной одышкой при небольшой физической нагрузке. 53 года назад во время обострения впервые появилась внезапно экспираторная одышка, которая продолжалась 20 - 30 минут и прошла после приема эуфиллина. С этого времени 3 - 4 раза в год рецидивы, которые начинаются с повышения температуры до субфебрильных цифр, кашлем с плохо отделяемой желтоватой мокротой, а затем присоединяются экспираторные удушья по 30 - 50 минут, которые снимаются эуфиллином или астмопентом. Поступила в клинику с жалобами на выраженное экспираторное удушье, которое продолжалось в течение 30 минут, сопровождалось интенсивным сухим кашлем, возникло внезапно в покое, после ингаляции астмопента самочувствие улучшилось, экспираторное удушье исчезло, выделилось 30 мл светлой мокроты.

1. Какое заболевание имеется у больной?
   а) пневмония
   б) хронический катаральный бронхит
   в) бронхиальная астма
   г) туберкулез легких
   д) острый бронхит

2. Выберите препараты, необходимые для лечения данного заболевания.
   а) муколитики
   б) симпатомиметики
   в) противовоспалительные препараты
   г) десенсибилизирующие препараты
   д) все перечисленное

3. Какой иммунно-патогенетический вариант заболевания у вашей пациентки?
   а) атопический
   б) инфекционно-зависимый
   в) первично измененная реактивность бронхов
   г) нервно-психический
   д) адренэргический дисбаланс

4. На ваш взгляд данный патологический процесс развился на фоне:
   а) острой пневмонии
   б) туберкулеза легких
   в) острого респираторного заболевания
   г) хронического бронхита
   д) абсцесса легкого

5. Какая ступень тяжести процесса у вашего пациента?
   а) I
   б) II
   в) III
   г) IV
   д) определить нельзя

Задача 25 Больной С. 27 лет, жалуется на озноб с повышением Т до 39 градусов, боль в грудной клетке при дыхании и кашле, незначительное количество ржавой мокроты, выраженную слабость. Объективно: левая половина грудной клетки отстает в дыхании, голосовое дрожание и бронхофония усилена в нижних отделах левого легкого, где выслушивается бронхиальное дыхание, ЧД=28 в 1 минуту.

1. Какое заболевание вероятнее всего имеется у пациента?
   а) туберкулез легких
   б) абсцесс легкого
   в) острый бронхит
   г) хронический бронхит с бронхоэктазами
   д) пневмония

2. Наличие ржавой мокроты связано на ваш взгляд с следующей патологией:
   а) рак легкого
   б) выраженное нарушение проницаемости сосудов
   в) бронхоэктазы
   г) абсцесс легкого
   д) разрыв сосуда

3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены в первую очередь?
   а) введение наркотических средств
   б) глюкокортикостероиды
   в) антибиотики
   г) спазмолитики
   д) аминокапроновая кислота

4. При обследовании в легком обнаружены:
   а) эмфизема

б) инфильтрат в фазе разрешения
в) полное уплотнение легочной ткани
г) полость в легком
д) экссудативный плеврит

5. Боль в грудной клетке обусловлена наличием:
а) сухого плеврита
б) экссудативного плеврита
в) раздражением межреберного нерва
г) остеохондрозом позвоночника
д) стенокардией

Задача 25 У больной Р. 21 года, после переохлаждения появился насморк, сухой кашель. Через 3 дня внезапно появилась Т до 39 градусов с ознобом, кашель с выделением незначительного количества ржавой мокроты, одышка смешанного характера, к вечеру в этот же день стали беспокоить боли в грудной клетке справа, которые усиливались при глубоком дыхании и кашле.

1. Какое заболевание наиболее вероятно в данном случае?
а) острый бронхит
б) абсцесс легких
в) паренхиматозная пневмония
г) интерстициальная пневмония
д) рак легкого

2. Какова этиология предполагаемого вами патологического процесса?
а) хламидийная инфекция
б) бактериально-вирусная
в) неизвестная
г) бета-гемолитический стрептококк
д) туберкулезная микобактерия

3. Какие данные вы предполагаете получить при аускультации?
а) дыхание не прослушивается
б) бронхиальное дыхание и шум трения плевры
в) везикулярное дыхание с удлиненным выдохом
г) амфорическое дыхание
д) ослабленное дыхание

4. Какие дополнительные инструментальные обследование вам помогут?
а) спирометрия
б) бронхоскопия
в) рентгенография органов грудной клетки
г) бронхография
д) пневмотахометрия

5. Какое осложнение заболевания есть у больного?
а) абсцесс легкого
б) сухой плеврит
в) экссудативный плеврит
г) перикардит
д) сепсис

6. Какой из перечисленных лекарственных препаратов вы бы назначили больному?
а) преднизолон
б) делагил
в) диклофенак
г) ампициллин
д) нитроксолин

Задача 26 Больной О, .31 г. жалуется на озноб с повышением Т до 39 градусов, боль в грудной клетке при дыхании и кашле, незначительное количество ржавой мокроты, выраженную слабость. Объективно: левая половина грудной

клетки отстает в дыхании, голосовое дрожание и бронхофония усилена в нижних отделах левого легкого, где выслушивается бронхиальное дыхание, ЧД=28 в 1 минуту.

1. Какое заболевание вероятнее всего имеется у пациента?
   а) туберкулез легких
   б) абсцесс легкого
   в) острый бронхит
   г) хронический бронхит с бронхоэктазами
   д) пневмония

2. Наличие ржавой мокроты связано на ваш взгляд с следующей патологией:
   а) рак легкого
   б) выраженное нарушение проницаемости сосудов
   в) бронхоэктазы
   г) абсцесс легкого
   д) разрыв сосуда

3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены в первую очередь?
   а) введение наркотических средств
   б) глюкокортикостероиды
   в) антибиотики
   г) спазмолитики
   д) аминокапроновая кислота

4. При обследовании в легком обнаружены:
   а) эмфизема
   б) инфильтрат в фазе разрешения
   в) полное уплотнение легочной ткани
   г) полость в легком
   д) экссудативный плеврит

5. Боль в грудной клетке обусловлена наличием:
   а) сухого плеврита
   б) экссудативного плеврита
   в) раздражением межреберного нерва
   г) остеохондрозом позвоночника
   д) стенокардией

Задача 27 Больной Д, 42 лет, поступил в тяжелом состоянии в связи с развитием приступа экспираторного удушья. Объективно: выраженный цианоз, сидит, упираясь локтями в колени, беспокоит интенсивный сухой кашель. В легких - коробочный звук, голосовое дрожание и дыхание резко ослаблены, дыхание местами не выслушивается, тахикардия до 110 в 1 минуту, АД - 100 и 70 мм рт.ст.

1. Какое осложнение развилось у пациента?
   а) астматический статус I стадии
   б) астматический статус II стадии
   в) астма Штраубе
   г) отек легких
   д) кардиогенный шок

2. Для подтверждения выбранного вами состояния наиболее существенными диагностическими признаками является:
   а) снижение артериального давления
   б) коробочный перкуторный звук
   в) брадикардия
   г) участки "немого легкого"
   д) гипоксемическая, гиперкапническая кома.

3. Перечислите основные принципы терапии развившегося состояния:
   а) восстановление чувствительности бета-адренорецепторов
   б) восстановление проходимости бронхов
   в) ликвидация гипоксемии
   г) восстановление КЩР и ОЦК
   д) все перечисленное

4. Препаратами выбора для восстановления чувствительности бета-адренорецепторов являются:
   а) глюкокортикостероиды
   б) симпатомиметики
   в) натрия оксибутират
   г) вдыхание увлажненного кислорода
   д) все перечисленное

5. Для восстановления проходимости бронха необходимо введение:
   а) амброксола в/в
   б) тиклида
   в) блокаторы АПФ
   г) вдыхание симпатомиметических средств
   д) все перечисленное

Задача 28 Больная З, 29 лет жалуется на ежедневные приступы удушья, возникающие как в покое так и при нагрузке, сопровождающиеся чувством стеснения в груди. Эти приступы ограничивают физическую активность и снижают трудоспособность. Ночные приступы 2-3 раза в неделю. Вынуждена ежедневно использовать сальбутамол. Живет в общежитии в неблагоприятных бытовых условиях. Одышка почти исчезала, когда ездила к родственникам в другой город.

1. Наиболее вероятный диагноз:
   а) инфекционно-завимая бронхиальная астма
   б) астматический бронхит
   в) хроническая сердечная недостаточность
   г) атопическая астма
   д) аспириновая астма

2. Основа патогенеза данного состояния
   а) легочная гипертония
   б) повышенная реактивность бронхов
   в) повышенная воздушность легочной ткани
   г) хроническая грибковая внутрибронхиальная инфекция
   д) стойкое сужение просвета бронхов

3. Наиболее точно установить тяжесть состояния в данном случае поможет:
   а) определение давления в легочной артерии
   б) определение насыщения кислородом выдыхаемого воздуха
   в) определение насыщения кислородом в артериальной крови
   г) пиковая скорость выдоха в условиях основного обмена
   д) пиковая скорость выдоха повторно в течение суток

4. Степень тяжести (ступень, функциональный класс) заболевания в данном случае скорее всего
   а) I
   б) II
   в) III
   г) IV
   д) V

5. В данном случае применение антибиотиков будет
   а) показано в течение длительного времени
   б) показано только при обострении основного заболевания
   в) показано при дополнительных показаниях (пневмония и т.)
   г) всегда противопоказано для пациента
   д) все ответы неправильны

6. Компонентами контроля заболевания в данном случае будет все кроме
   а) выявление триггеров и исключение их воздействия
   б) выбор соответствующих лекарственных препаратов
   в) немедленный отказ от лекарственных средств после купирования обострения
   г) обучение пациентов умению управлять своим состоянием
   д) регулярное наблюдение за больным и коррекция помощи

7. Наиболее оптимальная лекарственной терапией в данном случае
а) ингаляционные стероиды и бетта-2-агонисты
б) антибиотики и антигистаминные средства
в) стероиды и теофиллин внутривенно
г) кромогликат натрия или недокромил
д) ингибиторы АПФ и дыхательные аналептики

Задача 29 Больной Л, 40 л поступил в тяжелом состоянии в связи с развитием приступа экспираторного удушья. Объективно: выраженный цианоз, сидит, упираясь локтями в колени, беспокоит интенсивный сухой кашель. В легких - коробочный звук, голосовое дрожание и дыхание резко ослаблены, дыхание местами не выслушивается, тахикардия до 110 в 1 минуту, АД - 100 и 70 мм рт.ст.

1. Какое осложнение развилось у пациента?
а) астматический статус I стадии
б) астматический статус II стадии
в) астма Штраубе
г) отек легких
д) кардиогенный шок

2. Для подтверждения выбранного вами состояния наиболее существенными диагностическими признаками является:
а) снижение артериального давления
б) коробочный перкуторный звук
в) брадикардия
г) участки "немого легкого"
д) гипоксемическая, гиперкапническая кома.

3. Перечислите основные принципы терапии развившегося состояния:
а) восстановление чувствительности бета-адренорецепторов
б) восстановление проходимости бронхов
в) ликвидация гипоксемии
г) восстановление КЩР и ОЦК
д) все перечисленное

4. Препаратами выбора для восстановления чувствительности бета-адренорецепторов являются:
а) глюкокортикостероиды
б) симпатомиметики
в) натрия оксибутират
г) вдыхание увлажненного кислорода
д) все перечисленное

5. Для восстановления проходимости бронха необходимо введение:
а) амброксола в/в
б) прием тиклида
в) блокаторы АПФ
г) вдыхание симпатомиметических средств
д) все перечисленное

Задача 30 Больная И, 44 л жалуется на ежедневные приступы удушья, возникающие как в покое так и при нагрузке, сопровождающиеся чувством стеснения в груди. Эти приступы ограничивают физическую активность и снижают трудоспособность. Ночные приступы 2-3 раза в неделю. Вынуждена ежедневно использовать сальбутамол. Живет в общежитии в неблагоприятных бытовых условиях. Одышка почти исчезала, когда ездила к родственникам в другой город.
1. Наиболее вероятный диагноз:
а) инфекционно-завимая бронхиальная астма
б) астматический бронхит
в) хроническая сердечная недостаточность
г) атопическая астма
д) аспириновая астма

2. Основа патогенеза данного состояния
а) легочная гипертония
б) повышенная реактивность бронхов
в) повышенная воздушность легочной ткани
г) хроническая грибковая внутрибронхиальная инфекция
д) стойкое сужение просвета бронхов
3. Наиболее точно установить тяжесть состояния в данном случае поможет:
а) определение давления в легочной артерии
б) определение насыщения кислородом выдыхаемого воздуха
в) определение насыщения кислородом в артериальной крови
г) пиковая скорость выдоха в условиях основного обмена
д) пиковая скорость выдоха повторно в течение суток
4. Степень тяжести (ступень, функциональный класс) заболевания в данномслучае скорее всего
а) I
б) II
в) III
г) IV
д) V
5. В данном случае применение антибиотиков будет
а) показано в течение длительного времени
б) показано только при обострении основного заболевания
в) показано при дополнительных показаниях (пневмония и т.)
г) всегда противопоказано для пациента
д) все ответы неправильны
6. Компонентами контроля заболевания в данном случае будет все кроме
а) выявление триггеров и исключение их воздействия
б) выбор соответствующих лекарственных препаратов
в) немедленный отказ от лекарственных средств после купирования обострения
г) обучение пациентов умению управлять своим состоянием
д) регулярное наблюдение за больным и коррекция помощи
7. Наиболее оптимальная лекарственной терапией в данном случае
а) ингаляционные стероиды и бетта-2-агонисты
б) антибиотики и антигистаминные средства
в) стероиды и метилксантины внутривенно
г) кромогликат натрия или недокромил
д) ингибиторы АПФ и дыхательные аналептики

Задача 31 Больная Н.50 лет, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, не прекращающуюся более 12 часов. Накануне вечером ела жареную жирную пищу в большом количестве, пила крепкие алкогольные напитки. Объективно: больная беспокойна, постоянно меняет положение тела, t - 37,2 С, склеры обычного цвета, пальпация в эпигастрии и правом подреберье болезненна, симптомов раздражению брюшины нет.

1. Какое заболевание имеется у больного?
а) острый панкреатит
б) язвенная болезнь желудка
в) цирроз печени
г) желчно-каменная болезнь
д) обострение хронического гепатита

2. Какова причина ухудшения состояния больного?
а) перфорация гастродуоденальной язвы
б) желчно-пузырная колика, связанная с миграцией камня
в) печеночная недостаточность (прекома)
г) кровотечение из гастродуоденальной язвы
д) рефлекторное нарушение деятельности ССС при панкреатите

3. Что будет наиболее важным спросить у больного?
а) не отмечалось ли ранее появления горечи во рту и/или боли в правом подреберье после приема жирной пищи

б) не было ли рвоты "кофейной гущей"
в) не отмечает ли больной выраженной сонливости днем и бессоницы ночью
г) не было ли стула черного цвета
д) не было ли многократного жидкого зловонного стула грязно-зеленого цвета

4. Какие диагностические приемы необходимо использовать врачу при осмотре больного?
а) определение симптома Ортнера и френикус-симптома б) пальпацию поджелудочной железы
в) определение индекса Альговера
г) проба с обратным счетом и писчая проба
д) определение шума плеска

5. Какие диагностические исследования необходимо срочно произвести?
а) УЗИ органов брюшной полости, внутривенную холеграфию
б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) ФГДС
г) лапароскопию
д) исследование кала на реакцию Грегерсена (при наличии стула)

6. Какие консервативные лечебные мероприятия должны быть осуществлены в данной ситуации?
а) спазмолитики и антибиотики
б) раствор глюкозы, р-р Рингера, преднизолон, гептамин в/в капельно
в) лактулеза и антибиотики широкого спектра действия внутрь
г) сифонные клизмы
д) ингибиторы протеолиза в больших дозах в/в капельно

Задача 32 Больной А., 18 лет поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие на "голодный" желудок и ночью, уменьшающиеся после приема пищи, изжогу. Ранее был здоров. Боли появились 2 недели назад. Брата больного весной и осенью беспокоит изжога.

1. Определите клинический диагноз
а) рак желудка
б) язвенная болезнь желудка
в) язвенная болезнь 12-перстной кишки
г) хронический гастрит
д) хронический холецистит

2. Каковы причины возникновения заболевания?
а) helicobacter pilori
б) повышение активности факторов "агрессии" слизистой оболочки желудка и 12-типерстной кишки
в) снижения защитных механизмов слизистой оболочки желудка и 12-типерстной кишки
г) наследственная предрасположенность
д) все перечисленное

3. Какие данные вы предполагаете получить при обследовании?
а) положительный симптом Менделя, левосторонний солярит
б) положительный симптом Менделя, правосторонний солярит
в) болезненность в проекции желчного пузыря
г) увеличенная плотная болезненная печень
д) все перечисленное

4. Какие методы дополнительного обследования помогут уточнить диагноз?
а) холецистография
б) компьютерная томография органов брюшной полости
в) ФГС и Ro-скопия желудка и 12-типерстной кишки
г) сканирование печени
д) УЗИ печени

5. Определите тактику лечения
а) желчегонные препараты
б) ферментные препараты
в) антациды, блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов обкладочных клеток,стимуляторы процессов регенерации
г) гепатопротекторы
д) все перечисленное.

Задача 33 Больной С, 58 лет, поступил в стационар 8 дней назад с жалобами на слабость, похудание в течение последнего года на 10 кг, распирающую тупую боль по всему животу, особенно после еды. При поступлении обращало на себя внимание: желтушность склер, скудное оволосение в подмышечных впадинах, сгибательная контрактура безымянных пальцев на обеих руках. Определялось увеличение живота и притупление перкуторного звука в отлогих местах. Пальпировалась печень по краю реберной дуги плотная с острым краем. Последние 3 дня появилась тошнота, однократно была рвота, брадикардия сменилась нормокардией, больной стал меньше жаловаться на боль в животе, но слабость увеличилась. На вопросы больной отвечает замедленно, но адекватно.

а) Какое заболевание имеется у больного?
б) острый панкреатит
в) язвенная болезнь желудка
г) цирроз печени
д) калькулезный холецистит
е)обострение хронического гепатита

2. Какова причина ухудшения состояния больного?
а) перфорация гастродуоденальной язвы
б) пенетрация гастродуоденальной язвы в поджелудочную железу
в) печеночная недостаточность (прекома)
г) кровотечение из гастродуоденальной язвы
д) рефлекторное нарушение деятельности ССС при панкреатите

3. Что будет наиболее важным спросить у больного для подтверждения печеночной недостаточности?
а) не появилась ли ночью постоянная тошнота и не было ли у больного многократной рвоты желчью
б) не было ли рвоты "кофейной гущей"
в) не отмечает ли больной выраженной сонливости днем и бессоницы по ночам
г) не было ли стула черного цвета
д) не было ли многократного жидкого зловонного стула грязно-зеленого цвета

4. Какие диагностические приемы необходимо использовать врачу при осмотре больного?
а) определение симптома Ортнера и френикус-симптома
б) пальпацию поджелудочной железы
в) определение индекса Альговера
г) проба с обратным счетом и писчая проба
д) определение шума плеска

5. Какие диагностические исследования необходимо срочно произвести?
а) определение в крови уровня аммиака, фракций билирубина, АЛТ, протромбинового индекса, коагулограммы
б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) УЗИ органов брюшной полости
г) определение гематокрита, эритроцитов, гемоглобина
д) исследование мочи на желчные пигменты

6. Какие консервативные лечебные мероприятия должны быть осуществлены в данной ситуации?
а) спазмолитики и антибиотики в больших дозах внутривенно
б) раствор глюкозы, р-р Рингера, преднизолон, гептамин в/в капельно
в) антибиотики широкого спектра действия внутрь, спазмолитики
г) аминокапроновая кислота
д) ингибиторы протеолиза в больших дозах в/в капельно

Задача 34 Больной Т. 56 лет. Жалобы на интенсивный кожный зуд, слабость. При обследовании обнаружена выраженная желтуха с серым оттенком, печень увеличена, довольно болезненная, очень плотной консистенции, край ровный; увеличена селезенка.

1. СКОРЕЕ ВСЕГО патоморфологическим субстратом при таком изменении печени является:
а) опухоль
б) цирроз
в) гепатит
г) жировая дегенерация
д) жировая дегенерация + гепатит

2. Какое заболевание печени (одно из указанных ниже) наиболее вероятно в данном случае?
а) биллиарный цирроз печени
б) острый вирусный гепатит А
в) хронический вирусный гепатит
г) алкогольный цирроз печени
д) хронический алкогольный гепатит

3. При данном заболевании в ВАЖНЕЕ ВСЕГО спросить у больного:
а) "Не было ли геморраидальных или желудочных кровотечений?"
б) "Производились ли до начала болезни внутривенные иньекции?"
в) "Какие напитки предпочитает?"
г) "Не отмечалась ли ранее желчной колики?"
д) "Не было ли перед началом болезни приема аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств?"
4. Для предполагаемого Вами заболевания печени достаточно ЧАСТЫМИ признаками являются:
а) повышение температуры тела, снижение работоспособности
б) поражение периферической нервной системы
в) повышение креатинина крови
г) пятна Коплика - Филатова
д) повышение артериального давления
5. Определить активность патологического процесса в данном случае ДОСТАТОЧНО ТОЧНО поможет (помогут):
а) выявление нейтрофильного лейкоцитоза, щелочной фосфатазы
б) УЗИ печени
в) определение протромбинового индекса
г) определение уровня креатинина крови
д) определение уровня калия в плазме
6. Подтвердить происхождение желтухи в данном случае поможет:
а) определение альбуминов в крови
б) выявление цвета кала, билирубина крови, желчных пигментов в моче
в) определение ферментов крови
г) лапароскопия
д) определение уровня глюкозы в крови
7. Если отказаться от приема алкоголя то в этом случае вероятнее:
а) разовьется печеночная кома
б) произойдет обратное развитие болезни и наступит выздоровление
в) течение заболевания почти не изменится
г) уменьшится уровень протеинов в крови
д) значительно улучшится течение заболевания

Задача 35 Больной Ж. 34 лет жалуется на умеренной интенсивности неприятные ощущения ниже мечевидного отростка, неопределенной длительности, проходящие самостоятельно, не всегда связанные с едой, эпизодически - отрыжку, тошноту. Других заболеваний в анамнезе не было. Живет в общежитии. В поликлинике была сделана ФГДС, где преимущественно в антральном отделе выявлены отек, эритема, ранимость слизистой, единичные эрозии. При биопсии признаков кишечной метаплазии не выявлено.
1. В данном случае у больного гастрит по наиболее распространенной современной классификации (Хьюстонской рабочей группы ,1994) следует скорее всего отнести к
а) аутоимунному
б) неатрофическому
в) типа А,
г) типа Б,
д) особой форме (химическому)
2. Для выявления ниболее весомого этиологического фактора наиболее информативным будет
а) установление типа желудочной секреции
б) уреазный тест
в) реакция Вассермана
г) определенние уровня имунных комплексов в крови
д) уточнение характера питания в последнее время
3. У таких больных
а) иногда равивается В12-дефицитная анемия
б) иногда равивается железодефицитная анемия
в) иногда равивается гипопластическая анемия
г) анемии не бывает никогда
4. Клинический синдром в этом случае, исходя из современных взглядов, следует характеризовать как:
а) гастритический
б) язвенная диспепсия
в) неязвенная диспепсия
г) реактивный рефлюкс гастрит
д) все ответы не правильный
5. В основе ведущего клинического синдрома в данном случае лежит
а) повышение уровня соляной кислоты в желудке

б) понижение уровня соляной кислоты в желудке
в) нарушение функции обкладочных клеток
г) аутоимунный процесс
д) висцеральная гиперчувствительность
6. В данном случае риск развития рака желудка в ближайшие годы
а) относительно высок
б) равен нулю
в) весьма мал
г) для уточнения риска необходима повторная ФГДС через 3 месяца
д) все ответы неправильны
7. Кроме ФГДС в данным случае наиболее полезным врачу для назначения лечения будет
а) определение РН желудочного сока
б) определение уровня супероксиддисмутазы в крови
в) проведение рентгеноскопии желудка
г) определение содержания пепсина в желудочном соке
д) точный подсчет числа эррозий в желудке

Задача 36 У БОЛЬНОГО Ю, 65 ЛЕТ, ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ С ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5 МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ.
ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ?
а) гемолизом
б) кровопотерей из расширенных вен пищевода
в) гиперспленизмом
г) нарушением всасывания железа
д) синдромом холестаза
ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) желтуха
б) плотная бугристая печень
в) увеличенная селезенка
г) варикозное расширение вен пищевода
д) все перечисленное
ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ:
а) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
б) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
в) на тромбоз мезентериальной артерии
г) на неспецифический язвенный колит
д) на кровоточащие язвы желудка
В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:
а) уровень альбумина
б) уровень билирубина
в) биопсия печени
г) повышение гамма-глобулинов
д) положительная тимоловая проба
ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ:
а) желтуха
б) бугристая печень
в) повышение уровня аминотрансфераз
г) отсутствие в крови а-фетопротеина
д) повышение уровня билирубина
ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБКОМПЕНСИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:
а) эссенциале, триампур, витамины группы В
б) пироцетам, гипотиазид, тетрациклин
в) верошпирон, лактулоза, ампициллин
г) ципрофлоксацин, фестал, холестерамин
д) токоферол, эритромицин, урсодезоксихолевая кислота, витамин С

Задача 37 Пациентка Д, 58 лет, ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10 СМ. БИЛИРУБИН - 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ –

86 ЕД.
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
а) рак печени
б) хронический активный гепатит
в) гемолитическая желтуха
г) билиарный цирроз печени
д) острый вирусный гепатит
КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?
а) кровоточивость десен
б) увеличение селезенки
в) кожный зуд
г) повышение аст и алт
д) снижение уровня холинэстеразы
КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?
а) диспепсический
б) астенический
в) портальная гипертензия
г) холестаз
д) печеночная недостаточность
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПРИМЕНЯЮТ:
а) урсодезоксихолевую кислоту
б) гептрал
в) холестерамин
г) все перечисленные
д) правильного ответа нет

Задача 38 У Больного М. 55 лет, С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ,
УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ, ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ.
ОСЛОЖНЕНИЕ?
а) холестаз
б) печеночная кома
в) желудочно-кишечное кровотечение
г) портальная гипертензия
д) гепато-ренальный синдром

ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ:
а) кровотечение из варикозных вен пищевода
б) прием тиазидовых диуретиков
в) длительный прием барбитуратов
г) ни одна из перечисленных причин
д) все перечисленное

ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ:
а) углеводы
б) белки
в) жиры
г) жидкость
д) минеральные соли

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНТОКСИКАЦИИ:
а) билирубином
б) желчными кислотами
в) мочевиной
г) аммиаком
д) кетоновыми телами
ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ:
а) углеводы
б) белки

в) жиры
г) жидкость
д) минеральные соли

В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ПРИМЕНЯЮТ:
а) детоксикацию
б) лактулозу (дюфалак)
в) антибиотики
г) плазмаферез
д) все перечисленное

Задача 39 У БОЛЬНОГО У, 52 лел, НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТА, АНОРЕКСИЯ, ОТРЫЖКА ВОЗДУХОМ. ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ. ПОХУДАНИЕ, ТРЕМОР РУК, СУБИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ. ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА НА 5 СМ, КРАЙ ОСТРЫЙ, ПЛОТНЫЙ.

СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ
а) острый вирусный гепатит
б) калькулезный холецистит
в) алкогольный цирроз печени
г) медикаментозный гепатит
д) рак печени

МЕХАНИЗМ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ:
а)алкоголь как растворитель разрушает липиды клеточных мембран
б)превращаясь в ацетальдегид поражает митохондрии
в)нарушает обезвреживающую функцию печени
г)извращает иммунные реакции, стимулирует канцерогенез
д)повышает синтез коллагена трансформироваными липоцитами

ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:
а) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии
б) раннее возникновение холестаза
в) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности
г) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щф
д) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови
АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
а) вторичного гиперальдостеронизма
б) гипоальбуминемии
в) портальной гипертензии
г) всего перечисленного
д) ничего из перечисленного

ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
а) сосудистые звездочки, гинекомастия, увеличение печени
б) наличие портальной гипертензии
в) может быть макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В12
г) обратимость процесса

Задача 40 БОЛЬНОЙ Г, 32 лет**,** 5 ЛЕТ НАЗАД ПЕРЕНЕС ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ (ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА), ПРИ ОСМОТРЕ; ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА, СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. БИЛИРУБИН ОБЩИЙ 36,6 ММОЛЬ/Л, НЕПРЯМОЙ 31,5 ММОЛЬ/Л, АЛТ, АСТ, ЩФ В НОРМЕ.

ВАШ ПРЕДВ. ДИАГНОЗ:
а) хронический активный гепатит
б) холангит
в) портальный цирроз печени
г) постнекротический цирроз печени
д) билиарный цирроз

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ:
а) наличием цитолитического синдрома

б) наличием холестатического синдрома
в) наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов
г) наличием синдрома малой печеночной недостаточности
д наличием паренхиматозной желтухи

ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, КРОМЕ:
а) набухание шейных вен
б) спленомегалия
в) телеангиоэктазии
г) гинекомастия
д) асцит

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ:
а)снижение количества тромбоцитов в периферической крови
б)нарушение выработки печенью факторов свертывания
в)повреждение сосудистой стенки иммунными комплексами
г)образование аутоантител к собственным неизмененным антигенам тромбоцитов
д)все перечисленное

В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЮТ:
а) лактулозу (дюфалак)
б) ферменты
в) верошпирон
г) антибиотики
д) все перечисленное

Задача 41 Больной С., 25 лет. В течение 10 дней беспокоят головная боль, слабость, жажда, смешанная одышка при небольшой физической нагрузке, умеренная ноющая боль в пояснице, небольшие отеки на лице и голенях. Лечился самостоятельно без эффекта. Сегодня значительно усилилась одышка, которая стала ощущаться в покое, особенно в положении леж. Больной был вынужден принять положение сидя с опущенными ногами. Одновременно значительно усилилась головная боль, ухудшилось зрение. Больной вызвал "скорую помощь". Врачом "скорой помощи" было зафиксировано артериальное давление 220/110 мм рт ст.

1. Какие анатомические образования являются первично и преимущественно пораженными у больного?
   а) паренхима легкого
   б) миокард
   в) почечные клубочки
   г) чашечки, лоханки, канальцы и интерстициальная ткань почек
   д) нейроны сосудодвигательного центра
2. Наиболее характерным для данного заболевания является наличие следующих изменений в моче из нижеприведенных:
   а) выщелоченные эритроциты
   б) бактериурия
   в) оксалатурия
   г) пиурия
   д) удельный вес мочи не выше 1013 по пробе Зимницкого
3. Для установления диагноза очень важно спросить у больного:
   а) не перенес ли он ангину за 1-3 недели до появления вышеуказанных жалоб?
   б) не обнаруживались ли у него ранее врожденные аномалии строения мочевыводящей системы?
   в) болел ли в прошлом уретритом, простатитом?
   г) наблюдалось ли у родителей повышенное артериальное давление?
   д) какие заболевания органов дыхания перенес в течение жизни больной?
4. Чем обусловлена выраженная одышка у больного?
   а) бронхоспазмом
   б) диффузным пневмосклерозом
   в) перегрузкой малого круга кровообращения (левожелудочковая недостаточность)
   г) нарушением мозгового кровообращения
   д) уремической интоксикацией
5. Какое заболевание, вероятнее всего, имеется у больного?
   а) острый гломерулонефрит
   б) обострение хронического гломерулонефрита
   в) острый пиелонефрит
   г) обострение хронического пиелонефрита

д) системная красная волчанка

6. Для подтверждения этиологии заболевания у больного наиболее важным будет выполнить:
   а) бактериоскопию и посев мочи на флору
   б) определение LE-клеток
   в) УЗИ почек
   г) определение антистрептолизина-О
   д) ЭКГ

7. Какие лечебные мероприятия должны быть, прежде всего, выполнены врачом "Скорой помощи"?
   а) введение эуфиллина б) введение сердечных гликозидов и кислородотерапия в) введение гипотензивных средств и лазикса г) внутривенное введение антибиотиков

Задача 42 Больной О. 27 лет. Обратился по поводу выраженной слабости, сухости во рту, ноющих болей в поясничной области с обеих сторон, уменьшение количества выделяемой мочи (до 150 мл за последние сутки) и изменение ее цвета (цвет "мясных помоев"). Болен 6 дней. При обследовании обнаружена бледность, пастозность лица, артериальное давление 170/110 мм.рт.ст.

1. СКОРЕЕ ВСЕГО патоморфологическим субстратом при таком заболевании является:
   а) преимущественное поражение канальцев
   б) преимущественное поражение клубочков
   в) преимущественное поражение почечных артерий
   г) поражение паранефральной клетчатки
   д) камень в правом мочеточнике

2. Какое заболевание почек (из указанных ниже) наиболее вероятно в данном случае?
   а) опухоль
   б) острый гломерулонефрит
   в) хронический гломерулонефрит
   г) обострение хронического пиелонефрита
   д) тубулоинтерстициальный нефрит

3. При данном заболевании ВАЖНЕЕ ВСЕГО спросить у больного:
   а) "Не было ли ранее почечной колики?"
   б) "Принимал ли перед началом заболевания алкоголь?"
   в) "Не было ли перед началом заболевания подозрительных половых контактов?"
   г) "Не было ли перед началом заболевания ангины?"
   д) "Не было ли перед началом заболевания приема антибиотиков и сульфаниламидов?"

4. Для предполагаемого Вами заболевания почек ЧАСТЫМИ признаками являются:
   а) артериальная гипертония и гематурия
   б) ознобы,высокая температура
   в) жидкость в брюшной полости (асцит)
   г) односторонний симптом Пастернацкого
   д) лейкоцитурия

5. Имеющиеся данные говорят о том, что у больного:
   а) почечной недостаточности нет
   б) хроническая почечная недостаточность I степени
   в) хроническая почечная недостаточность II степени
   г) хроническая почечная недостаточность III степени
   д) острая почечная недостаточность

6. Определить степень почечной недостаточности больного в ДАННЫЙ момент НАИБОЛЕЕ точно поможет:
   а) УЗИ почек
   б) определение уровня аминотрансфераз (АСТ,АЛТ).
   в) определение уровня мочевины в крови
   г) определение уровня креатинина
   д) определение уровня мочевой кислоты в крови

7. При назначении больших объемов раствора хлорида калия внутривенно в данном случае скорее всего:
   а) течение заболевания значительно улучшится
   б) произойдет обратное развитие болезни и наступит выздоровление
   в) разовьется остановка сердца
   г) сразу увеличится диурез
   д) течение заболевания не ухудшится

Задача 43 Больная К. 56 лет. Обратилась по поводу постепенно нарастающих выраженной слабости, тошноты, рвоты, сухости во рту, снижения суточного диуреза. 25 лет назад при профилактическом осмотре было выявлено повышение уровня белка в моче. На момент поступления обнаружены бледность, выраженная сухость кожи, кожный зуд,

пастозность лица, отеки рук, ног, туловища; артериальное давление 230/140 мм. рт. ст. За сутки выделила 200 мл мочи. При УЗИ отмечено равномерное двустороннее уменьшение *размеров почек.*

1. СКОРЕЕ ВСЕГО патоморфологическим субстратом при таком заболевании является:
   а) преимущественное поражение почечных лоханок
   б) преимущественное поражение клубочков
   в) преимущественное поражение почечных артерий
   г) сочетание выраженного поражения лоханок и клубочков
   д) камень в правом мочеточнике
2. Какое заболевание почек (из указанных ниже) наиболее вероятно в данном случае?
   а) опухоль
   б) острый гломерулонефрит
   в) хронический гломерулонефрит
   г) обострение хронического пиелонефрита
   д) тубулоинтерстициальный нефрит
3. При данном заболевании в ВАЖНЕЕ ВСЕГО спросить у больного:
   а) "Не было ли ранее почечной колики?" б) "Принимал ли перед началом заболевания алкоголь?"
   в) "Не было ли ранее гематурии?"
   г) "Не было ли перед началом заболевания травмы?"
   д) "Не было ли перед началом заболевания приема эссенциале?"
4. Для предполагаемого Вами заболевания почек ЧАСТЫМИ признаками являются:
   а) артериальная гипертония
   б) протеинурия
   в) анемия
   г) снижение уровня кальция в плазме
   д) все перечисленное
5. Имеющиеся данные говорят о том, что у больного:
   а) почечной недостаточности нет
   б) хроническая почечная недостаточность I стадии
   в) хроническая почечная недостаточность II стадии
   г) хроническая почечная недостаточность III стадии
   д) острая почечная недостаточность
6. Определить степень почечной недостаточности НАИБОЛЕЕ точно поможет:
   а) УЗИ почек
   б) определение уровня аминотрансфераз (АСТ, АЛТ)
   в) определение уровня мочевины в крови
   г) определение клиренса креатинина
   д) определение уровня мочевой кислоты в крови
7. При проведении гемодиализа в данном случае скорее всего:
   а) течение заболевания улучшится
   б) произойдет обратное развитие болезни и наступит выздоровление
   в) сразу разовьется уремическая кома
   г) сразу уменьшится диурез
   д) течение заболевания ухудшится

Задача 44 Больная Х 33 лет, поступила в хирургическое отделение по поводу появления в рвотных массах прожилок крови после многократной рвоты. Больна 5 месяцев при осмотре отмечается выраженная бледность кожи и слизистых, тотальные отеки, АД 180/130. Суточный диурез 400 мл. При биопсии почек и микроскопии обнаружена толстая базальная мембрана каппиллярных клубочков, имеющая вид "швейцарского сыра"

1. Основным заболеванием для больного очевидно является
   а) мембранозный гломерулонефрит.
   б) мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит.
   в) иммуноглобулин-А нефропатия (болезнь Берже)
   г) хронический гастрит типа А.
   д) хронический гастрит типа В.
2. Бледность в данном случае вероятнее всего является проявлением
   а) артериальной гипертонии
   б) анемиии
   в) гипопротеинемии
   г) нарушения электролитного баланса
   д) все ответы не правильны
3. Вероятно в данном случае

а) пока отсутствует почечная недостаточность
б) хроническая почечная недостаточность 1 стадии
в) хроническая почечная недостаточность 2 стадии
г) хроническая почечная недостаточность 3 стадии
д) хроническая почечная недостаточность 4 стадии

4. При этой ситуации удельный вес мочи скорее всего бывает
а) понижен
б) близок к норме
в) повышен
г) сильно колеблется в течение суток
д) не имеет диагностического значения

5. Наиболее точно функцию почек отражает определение
а) уровня кальция в крови
б) уровня мочевиы в крови
в) уровня креатинина в крови
г) клириенса креатинина
д) уровня иммуноглобулина А в крови

6. Препятствовать прогрессированию основного заболевания в этом случае будут
а) стероидные гормоны (преднизолон, дексазон)
б) антиагреганты (аситин, дипиродомол)
в) ингибиторы АПФ (эналаприл, периндоприл)
г) все ответы неправильны
д) все ответы правильны

7. Стул 2-3 раза в день в данном случае может быть
а) механизм компенсации
б) состоянием, требующим консультации инфекциониста
в) состоянием, при котором следует назначить антибиотики
г) все ответы правильны
д) все ответы неправильны

8. Если у таких больных отмечается тяжелая анемия, то наиболее эффективным будет использование
а) переливание отмытых эритроцитовб) комбинация препаратов железа внутрь и внутривеннов) комбинация эритропоэтина и глюканата железа г) комбинация витамина В12 и препаратов железа д) фолиевая кислота и Витамин В12

Задача 45 У больного 35 лет, через 2 недели после перенесенного отита появились: головная боль, немотивированная слабость, одышка, сердцебиение, лихорадка, отеки на лице, артериальная гипертензия до 180/100 мм рт.ст., уменьшение количества мочи, изменение ее цвета. При объективном исследовании выявлено: температура 38 С. Больной бледен, лицо одутловато, веки отечны. Границы сердца в пределах нормы. Акцент 2 тона над аортой АД 180/100 мм.рт.ст., пульс 60 в 1 минуту. Патологии со стороны легких и органов брюшной полости не выявлено.

1. СКОРЕЕ ВСЕГО, патоморфологическим субстратом при таком заболевании является:
а) преимущественное поражение почечных лоханок
б) преимущественное поражение клубочков
в) преимущественное поражение почечных артерий
г) сочетание выраженного поражения лоханок и клубочков
д) камень в правом мочеточнике

2. Какое заболевание почек (из указанных ниже) наиболее вероятно в данном случае?
а) опухоль
б) острый гломерулонефрит
в) хронический гломерулонефрит
г) обострение хронического пиелонефрита
д) тубулоинтерстициальный нефрит

3. Для предполагаемого Вами заболевания почек ЧАСТЫМИ признаками являются:
а) артериальная гипертония
б) протеинурия
в) анемия
г) снижение уровня кальция в плазме
д) все перечисленное

4. Имеющиеся данные говорят о том, что у больного:
   а) почечной недостаточности нет
   б) хроническая почечная недостаточность I стадии
   в) хроническая почечная недостаточность II стадии
   г) хроническая почечная недостаточность III стадии
   д) острая почечная недостаточность

5. Для подтверждения этиологии заболевания у больного наиболее важным будет выполнить:
   а) бактериоскопию и посев мочи на флору
   б) определение LE-клеток
   в) УЗИ почек
   г) определение антистрептолизина-О
   д) ЭКГ

Приложение 2

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой факультетской терапии
лечебного факультета, д.м.н., профессор
Ю.Г. Шварц
«_____» _____ 20 ____ г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

Практика **Помощник врача-терапевта**
Специальность (направление подготовки) **31.05.01 Лечебное дело**
Квалификация **Врач-лечебник**

Составители:

Заведующий кафедрой факультетской терапии, профессор, д.м.н.		**Ю.Г.Шварц**
занимаемая должность	***подпись***	
Ассистент, к.м.н.		**Ю.О.Царева**
занимаемая должность	***подпись***	*инициалы, фамилия*

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры
протокол от «_____ » _____ 20___ г. № _____ .

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.

Цель: профессионально-практическая подготовка обучающихся, ориентированная на углубление теоретической подготовки и закрепление у студентов практических умений и компетенций в области диагностики внутренних болезней, заболеваний, связанных с наследственностью, принципов лечения и профилактики заболеваний.

Задачи:

- приобретение студентами знаний в области терапевтических заболеваний, заболеваний, связанных с наследственностью;

-обучение студентов практическим навыкам обследования больного, позволяющим поставить диагноз;

- формирование представления о методологическом подходе к диагностике в клинике внутренних болезней, заболеваний, связанных с наследственностью;

-обучение студентов выявлению поражений внутренних органов (органопатотопография) и интерпретация результатов при осмотре пациентов;

-обучение студентов навыкам определения тяжести течения патологии;

-обучение студентов умению выделять ведущие клинические признаки, симптомы, синдромы;

-обучение студентов выбору оптимальных методов дополнительного обследования;

- ознакомление студентов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа;

- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;

-формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов, формирование у студента навыков общения с коллективом.

2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

2.1. После окончания 8 семестра перед началом экзаменационной сессии проводится организационное собрание со студентами с участием руководителей практики.

2.2. Студенты должны получить направление на практику на кафедре Факультетской терапии лечебного факультета в конце 8 семестра перед началом экзаменационной сессии.

2.3. Зачет (с оценкой) по практике проводится до начала 9 семестра в соответствии с расписанием, утвержденным отделом практики и содействия трудоустройству выпускников УОКОД.

2.4. Списки студентов, не прошедших практику и/или не сдавших зачет (с оценкой) по практике,

передаются в деканат.

2.5. **Перечень баз практики.**

Клиническими базами для прохождения Клинической практики (помощник врача-терапевта) в г. Саратове являются следующие лечебные учреждения:

- УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ (410054, г. Саратов, ул. Большая Садовая, 137);
- ГУЗ «Областная клиническая больница» (410053, г. Саратов Смирновское ущелье, 1);
- ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» (410004, г. Саратов, 1-й Станционный проезд);
- ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница» №5 (410071, г. Саратов, 4 Рабочий проезд);
- ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница» №6 им. В.Н. Кошелева (410033, г. Саратов, ул. Гвардейская, 15);
- ГУЗ ««Саратовская городская клиническая больница» №8 (410052, г. Саратов ул. Одесская, 46А);
- ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница» №9 (410031, г. Саратов, ул. Большая Горная, 43);
- ГУЗ Областной клинический кардиологический диспансер (410039, г. Саратов, ул. Крымская, 15);
- ГУЗ СГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева (410017 , ул. им. Хользунова А.И., д.19);
- АО «Санаторий Октябрьское Ущелье» (410071, Россия, Саратовская область,Октябрьское ущелье, г. Саратов,7Д, строение 3);
- ГУЗ Областной Онкологический диспансер (410053 Г. Саратов, Смирновское ущелье, 1);
- ГУЗ Саратовский областной госпиталь для Ветеранов Войн (410002, Саратовская область, г. Саратов, ул. Соборная зд.22, стр. 2);
- ООО «МедГард-Саратов» (410028, г. Саратов, ул. Радищева, зд. 2).

Для студентов, проходящих практику вне г. Саратова, клиническими базами являются местные лечебные учреждения. При этом для возможности прохождения практики вне г. Саратова, студенты обязаны предоставить гарантийные письма от лечебных учреждений. Студенты, имеющие целевое направление, обязаны проходить практику по месту целевого направления, либо предоставить открепительные письма от Министерства здравоохранения региона по месту целевого направления при желании проходить практику в другом месте.

2.6. Студенты работают в качестве помощника врача-терапевта отделения терапевтического профиля под непосредственным наблюдением палатного врача, под контролем заведующего

отделением, а также сотрудника кафедры - ассистента – руководителя практикой.

2.7. Продолжительность практики – 10 рабочих дней.

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

3.1.Студент должен знать:

- основные моральные и правовые нормы в общении с пациентами, принципы этики и деонтологии, применяемые при работе с больными.

-этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики изучаемых заболеваний, критерии диагноза различных заболеваний, порядок опроса пациента;

- правила, порядок, последовательность и методы клинического осмотра пациента, цели и задачи назначения дополнительных методов обследования при конкретном заболевании, правила формулировки диагноза.

- основные цели и задачи дополнительного обследования пациента, в том числе лабораторных и инструментальных обследований пациента, необходимость направления пациента на консультацию к врачам-специалистам;

- основные отличия наиболее часто встречающихся заболеваний органов кровообращения, дыхания, пищеварения, кроветворения, эндокринной системы, протекающих в типичной форме

- основные принципы формирования клинического диагноза, основные разделы диагноза, что их формирует современные классификации изучаемых заболеваний с учетом клинической картины, особенностей течения, возможных осложнений, принципы формулировки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;

- основные принципы лечения, цели и задачи назначения различных групп препаратов, других методов лечения заболевания с учетом этиологии и патогенеза возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;

- основные группы, механизм действия, основные показания, противопоказания, способы применения, режим дозирования и взаимодействия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины; знать действующие клинические рекомендации по конкретному заболеванию, порядки оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;

- основные принципы персонализированной медицины, особенности клинического течения и лечения заболеваний у пациентов разных категорий, в том числе у лиц пожилого, старческого

возраста и беременных женщин.

- основные принципы оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения;
- правила оформления листка нетрудоспособности, признаки временной и стойкой утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- правила оформления документов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
- правила ведения и оформления медицинской документации, утвержденные в лечебно-профилактических учреждениях, в том числе и в электронном виде.

3.2. Студент должен уметь:

- общаться с пациентами, применяя индивидуальный подход с учетом этических и деонтологических принципов, а также моральных и правовых норм;
- правильно и полно собрать информацию о жалобах пациента, данные анамнеза заболевания и жизни, а также интерпретировать их, сопоставляя с эталоном развития конкретного заболевания;
- определить статус пациента, оценить состояние пациента, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с целями и задачам, интерпретировать полученные результаты, правильно сформулировать клинический диагноз;
- интерпретировать и обобщать результаты дополнительного обследования пациента, сопоставлять с данными объективного обследования больного, выделять основные клинические и лабораторные патологические синдромы;
- корректно провести дифференциальную диагностику с план дополнительного лабораторно-инструментального обследования пациента;
- правильно и корректно сформулировать диагноз пациенту, разделяя основное заболевание, сопутствующее, фоновое, осложнения, применять современные классификации с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем ;
- составить план корректный план лечения заболевания у конкретного пациента с учетом поставленных целей и задач.
- правильно назначить лекарственные препараты, применить медицинские изделия, лечебного питания и немедикаментозного лечения механизм действия, диагноза, возраста, лекарственных взаимодействий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по конкретному заболеванию, порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;

- составить план обследования и лечения лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с современными принципами гериатрии, а также беременных женщин.;
- оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения;
- определять сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах; правильно оформлять листок нетрудоспособности (справку), назначать дату очередного посещения врача, о чем делать соответствующую запись в первичной документации. При последующих осмотрах отражать динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывать продление сроков освобождения пациента от работы. При восстановлении нетрудоспособности и выписке на работу отражать в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности. Своевременно организовывать направление пациента на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу.
- оформлять документы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы с учетом действующих требований;
- грамотно заполнять необходимую медицинскую документацию, в том числе, работать с электронными ресурсами.

3.3. Студент должен владеть навыками:

- приемами общения с различными категориями пациентов в различных клинических и социальных ситуациях с учетом этических и деонтологических принципов, норм морали и права;
- методикой сбора информации от пациента (жалоб, анамнеза), интерпретацией этой информации, материализацией в признак для дальнейшего верного диагностического предположения;
- методикой полного физикального обследования пациента, методами пальпации, перкуссии, аускультации различных органов и систем;
- методикой составления плана обследования пациента, а также последующим выявлением на основании его результатов патологических синдромов;
- проведения дифференциальной диагностики изучаемых заболеваний с учетом знаний знаниями по пропедевтике внутренних болезней, общей хирургии и другим смежным специальностям;
- точной формулировки диагноза с учетом разделения на рубрики, согласно современным классификациям;
- навыками составления плана лечения с учетом состояния пациента с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;

- навыками клинического применения различных лекарственных форм, медицинских изделий, лечебного питания и немедикаментозного лечения;
- навыками диагностики и принципах назначения лечения у беременных женщин и лиц пожилого и старческого возраста;
- знаниями и навыками по оценке эффективности и безопасности применения лекарственны препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения;
- навыками оформления листков нетрудоспособности, направления пациентов на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- навыками заполнения медицинской документации, в том числе, в электронном виде.

Практика является стационарной. Студенты работают в общих палатах терапевтических отделений (терапевтическое, кардиологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое, нефрологическое, ревматологическое, эндокринологическое, неврологическое). В указанных подразделениях студенты 4 курса лечебного факультета работают в качестве помощника врача-терапевта, под непосредственным наблюдением палатного врача, под контролем заведующего отделением, ассистента – руководителя практикой.

Студент под присмотром врача, ведет 5-6 пациентов в палате отделения, участвует в утренних конференциях, обходе курируемых больных с записями обследования в истории болезни, обследования поступающих больных, формирования и обоснования предварительного диагноза, составления плана дополнительных методов обследования, определение тактики лечения, выбора оптимального сочетания медикаментов с учетом их механизма действия, совместимости, индивидуальных особенностей, также студенты помогают оформлять выписку курируемых пациентов.

4. ОФОРМЛЕНИЕ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ

Основной формой отчетности по практике для студентов является дневник производственной практики.

4.1. Дневник практики оформляется в отдельной тетради, или в электронном печатном виде на листах формата А4 в папке-скоросшивателе. Записи ведутся в хронологическом порядке и ежедневно подписываются самим студентом. Подписи студента заверяет своей подписью курирующий данного пациента врач отделения, весь дневник (на лицевой стороне) подписывают заведующий отделением, руководитель практики (курирующий ассистент), главный врач/зам.главного врача больницы, также на лицевую часть дневника ставится печать лечебного учреждения.

4.2. В дневнике отражается работа, реально выполненная студентом. Описание техники и правил выполнения манипуляций допустимо, но не обязательно.

Дневник должен содержать:

-краткую характеристику лечебного учреждения и отделения, в котором студент проходит практику;

- описание трех пациентов (три истории болезни). В каждой из трех ИБ должны быть отражены: паспортная часть, жалобы, анамнестические данные, объективные данные, сформулирован предварительный диагноз, обоснованный по 4 критериям (развитию заболевания, органопатотопографии, этиологии и эффективности лечения), составлен план обследования, план лечения, написаны дневники наблюдения за курируемыми пациентами, включающие лечение на полях, написан этапный, выписной эпикриз (если таковые имели место у курируемых больных за период наблюдения). В ИБ студент ставит свои подписи после описания больного, после каждого дневника и этапного/выписного эпикриза. Подписи студента заверяет своей подписью курирующий данного пациента врач, весь дневник (на лицевой стороне) подписывают зав. отделением, руководитель практики (курирующий ассистент), главный врач/зам.главного врача больницы, также на лицевую часть дневника ставится печать лечебного учреждения;

- перечень вопросов к зачету и освоенных компетенций в ходе практики

4.2. В конце дневника должна быть характеристика студента. В ней отражаются: уровень теоретической подготовки, владение практическими навыками и манипуляциями, выполнение деонтологических принципов, ведение санитарно-просветительской работы. Характеристика подписывается руководителем организации, в которой студент проходил практику, и руководителем практики, ставится печать организации.

4.3. Титульный лист дневника практики:

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
**«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дневник производственной практики

(оформление титульного листа)

Студент/а-ки 4 курса Лечебного факультета, группы

ФИО

Цикл практики: Помощник врача-терапевта

Место прохождения практики:

Сроки прохождения практики:

Подпись Главного врача (или Заместителя главного врача):

Подпись Зав. отделением:

Печать лечебного учреждения

Подпись руководителя практики:
**(ассистента, ответственного за прохождение практики в данном учреждении,
для иногородних – ставится во время зачета по практике экзаменатором)**

Саратов (год)

4.4. Форма дневника практики

Дата и часы работы	Содержание работы (заполняется ежедневно)	Подпись руководителя

5. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

Ежедневный текущий контроль осуществляет руководитель практики от организации, в которой студент проходит практику и преподаватель кафедры факультетской терапии лечебного факультета, курирующий практику в данном лечебном учреждении.

6. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

По окончании практики проводится зачет (с оценкой) в виде собеседования. Студент должен иметь при себе зачетную книжку, дневник практики и характеристику.

На зачете проводится собеседование по дневнику практики, отражающему ежедневную работу студентов за время прохождения практики, навыки по написанию историй болезней, постановки и обоснованию диагноза, планированию дополнительных методов обследования, лечения, оцениваются ответы на 2 теоретических вопроса и решение ситуационной задачи.

Приложение 3

**Сведения о материально-техническом обеспечении,
необходимом для осуществления образовательного процесса по практике
« Помощник врача-терапевта»**

№ п/п	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Наименование кафедры	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений (учебные, учебно-лабораторные, административные, подсобные, помещения для занятия физической культурой и спортом, для обеспечения обучающихся и сотрудников питанием и медицинским обслуживанием, иное), территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических, объектов физической культуры и спорта	Наименование объекта	Инвентарный номер
1	г. Саратов, ул. Б.Садовая, 137 (6 корпус)	Оперативное управление	Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 52,4 $м^2$	Учебная комната №706	1. Стол письменный 1200-600-750 (15 шт) 2. Стол письменный для преподавателя 1200-600-750 (1 шт)	97-111 112

						3. Стул (основа-металлокаркас, покрытие – винилкожа) (31 шт) 4. Доска ДА-32 (1 шт) 5. Шкаф для документов 750-400-2300 (1 шт)	б/н 201311000000166 201311000000221
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 52,6 м^2	Учебная комната №705	1. Стол письменный 1200-600-750 (16 шт) 2. Стол письменный для преподавателя 1200-600-750 (1 шт) 3. Стул (основа-металлокаркас, покрытие – винилкожа) (33 шт) 4. Доска ДА-32 (1 шт) 5. Шкаф для документов 750-400-2300 (1 шт)	113-116, 168-179 180 б/н 201311000000167 201311000000222
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 116,1 м^2	Аудитория №703	1. Парты (32 шт) 2. Лавки (32 шт) 3. Стол для преподавателя 2750-800-750 (1 шт) 4. Трибуна 500-400-1200 (1 шт) 5. Стул (основа-	б/н б/н 201304000000072 201311000000271 б/н

						металлокаркас, покрытие – винилкожа) (2 шт) 1. Огнетушитель ОУ-2	120000000001396
2	г. Саратов, ул. Б.Садовая, 137 (2 корпус)		Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 39,7 м^2	Учебная комната №1	1. Стеллаж открытый (4074*430*2332) (1 шт) 2Стулья(основа металлокаркас, покрытие винилкожа(18 шт) 1. Стул мягкий(5 шт) 4. Принтер сканер копир лазерный Canon MF3228 (1 шт) 5. Стол преподавателя 6.Стол студенческий 7. Алюминиевый контейнер MDF-19 SC для MDF-192 8. Центрифуга лабораторная медицинская настольная ЦЛМН-Р10-01	000021010600190 Ун0210136020356 000021010400196 120000000001397 01634701 б/н 000021010400484 00210106001842
			Кафедра	Учебное, 26 м^2	Учебная	1. Стулья(основа	Ун0210136020356

			факультетской терапии лечебного факультета		комната №2	металлокаркас, покрытие винил кожа)(6 шт) 2. Стул мягкий(5 шт) 2.Столы(2 шт) 3. Принтер сканер копир лазерный Canon MF3228 (1 шт) 4.Анализатор гемостаза портативный «КоагучекXS» для опред. МНО	 120000000001397 073 000021010400197 000021010400384
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 28,5 м^2	Учебная комната №3	1. Телефакс Panasonic KX FP218RU (1 шт) 2. Регистратор температуры MTR-85H 3.Парты учебные(всего 6)	000021010400200 000021010400485

							10106340224 10106340228 10106340223 Остальные-б/н Ун0210136020356
						4. Стулья(основа металлокаркас, покрытие винил кожа)(3 шт) 5.Спирометр SpiroUSB в комплекте с принадлежностями	000021010400211
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 20,5 м^2	Учебная комната №4	1. Столы учебные (всего 9 шт) 2.ЖК-диплей Supra STV-LC42T800FL	10106335317 0710136340231 0710136340233 0710136340230 0710136340232 10106340225 10108161340227 0710136340229 Остальное-б/н 201509000000385

			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 20,5 м^2	Компьютерный класс №5	1. Столы учебные (7 шт) 2.Стулья(19шт) 3.Планшет ASUS Transformer Book T100TAF с программным обеспечением Windows 8.1 и Office 365 Personal (9 шт).	б/н ун0210136020356 201509000000372 201509000000373 201509000000374 201509000000375 201509000000376 201509000000377 201509000000378 201509000000379 201509000000380

			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 13,3 м^2	Учебная комната №6	1.Столы учебные(3 шт) 2.Стулья деревянные(12 шт) 3.Стулья мягкие(1 шт)	б/н б/н 120000000001397
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 13,3 м^2	Учебная комната №7	1. Парты учебные (6 шт)	10106311148 10106340221 10106340222 10106340220 10106311149 10106340219
			Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 137,1 м^2	Аудитория	1. Мемориальная доска 2. Огнетушитель ОП/5(з) 3. Интерактивный комплект с программным обеспечением	000000000000671 120000000001395 201509000000473
3	г. Саратов, ул. Б.Садовая, 137 (9 корпус)		Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Учебное, 15,4 м^2	Учебная комната №9	1. Электрокардиограф 1/3-канальный ЭКЗТ-01-«Р-Д» (1 шт) 2. Электрокардиограф 3-х-канальный CARDIOVIT AT-101 (Schiller) (1 шт)	201211000000098 000021010402981

						3. Стул с сиденьем из искусств. Кожи (6 шт) 4. Адаптер сетевой для принтера Кардиак Ридер 5. Портативный иммунологический экспресс-анализатор «Кардиак-Ридер» 6. Принтер Кардиак Ридер 7.МФУ Kyocera ECOSYS M2035dn	б/н 000000000013704 000021010400220 000021010400211 201509000000434
4	г. Саратов, ул. Б.Садовая, 137 (9 корпус)		Кафедра факультетской терапии лечебного факультета	Административное, 22,0 м^2	каб. профессора		

** (учебные, учебно-лабораторные, административные, подсобные, помещения для занятия физической культурой и спортом, для обеспечения обучающихся и сотрудников питанием и медицинским обслуживанием, иное)*

Для прохождения Клинической практики (помощник врача терапевта) студентами на базе УКБ № 1 им. Миротворцева С.Р. СГМУ используются помещения, для оказания стационарной помощи пациентам терапевтического профиля (терапевтическое, гастроэнтерлогическое, неврологическое, кардиологическое отделения). Данные отделения включают в себя: коечный фонд соответствующих отделений. Коечная мощность отделений в среднем составляет 40 коек; В частности, Кардиологическое отделение включает 55 коек, а также блок интенсивной терапии - 6 коек. В отделении располагаются: ординаторская, оснащенная системными ПК,

необходимыми для оформления ИБ пациентов, кабинет функциональной диагностики, где проводятся - суточное мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления; тредмил-тест, ЭКГ –исследование, спирометрия.

В БИТ отделения кардиологии имеются - аппарат ИВЛ, дефибрилляторы и прикроватные мониторы пациента, временный электрокардиостимулятор, стетоскопы, тонометры. Студенты, находящиеся на практике, присутствуют при проведении обследования курируемых пациентов. Для обеспечения работы отделений функционируют следующие подразделения больницы: клинико-диагностическая лаборатория (исследование всего спектра общеклинических и биохимических обследований); кабинеты ультразвуковой диагностики (ДЭХОКГ, УЗИ внутренних органов; дуплексное исследование артерий и вен нижних конечностей, сосудов головы и шеи), отделение рентгеновских методов диагностики (рентген-кабинеты, КТ); проводится сцинтиграфия миокарда и др., вентрикулография сердца, МРТ-исследования, эндоскопические исследования. Все отделения оснащены специализированной мебелью (рабочие и компьютерные столы, стулья, кушетки).

Студенты, проходящие производственную практику на базе других лечебных учреждений, используют материально-техническую базу соответственного учреждения.

Приложение 4

Сведения о кадровом обеспечении,
необходимом для осуществления образовательного процесса по практике
« Помощник врача-терапевта»

ФИО преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)	Занимаемая должность, ученая степень/ ученое звание	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
						спец	пед		
1	2	3	4	5		7	8	9	10
Шварц Юрий Григорьевич	штат	Заведующий кафедрой, д.м.н профессор	СГМУ, 1981	Высшее лечебное дело, врач		Терапия Удостоверение 15.10.16 Сертификат 15.10.16 Нефрология Сертификат от 26.12.15	Методика преподавания в вузе, удостоверение от 24.01.2015	34 года	С 2016 по настоящее время

						Диплом от 26.12.15 Кардиология Сертификат 21.04.2018 Ревматология Удостоверение 02.10.2019 Сертификат 02.10.2019	Педагог профессионального образования, удостоверение от 28.10.2017 Педагог профессионального образования, удостоверение от 31.10.2020		
Аристарин М.А.	Внутр. совмес	Ассистент	СГМУ, 2005	Высшее, лечебное дело, врач		Гастроэнтерология Удостоверение от 23.01.16, Сертификат 23.01.16, Кардиология Удостоверение	Методика преподавания в вузе, удостоверение от 05.03.2016	11/11	С 2016 по настоящее время

						26.04.14 Сертификат от 26.04.14; Ревматология Диплом 27.12.14, Удостоверение 27.12.14, Терапия Удостоверение 11.03.17 Сертификат 11.03.17 Кардиология Удостоверение 06.04.19 Сертификат 06.04.19 Ревматология Удостоверение 02.10.2019 Сертификат 02.10.2019 Гастроэнтерология Удостоверение от 23.01.16,			

						Сертификат 23.01.16, Организация здравоохранения, общественное здоровье Диплом 26.05.2018 Сертификат 26.05.2018			
Акимова Н.А.	штат	Профессор, д.м.н.	Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского	Высшее профессиональное образование, специальность лечебное дело, квалификация врач		Кардиология, удостоверение от 22.04.2017, сертификат 22.04.2017, Терапия, удостоверение от 03.03.2018, сертификат 03.03.2018,	Педагог профессионального образования, удостоверение от 20.06.2020		
Булаева Ю.В.	Внутр. сомест	Ассистент, к.м.н.	Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, 2015 год	Высшее профессиональное образование, специальность лечебное дело, квалификация врач		Интернатура терапия Диплом от 31.08.2016; Кардиология, сертификат от 24.07.2017; диплом от	Аспирантура 2015-2018	2 года	С 2016 по настоящее время

						24.07.17; Терапия, удостоверение от 17.11.2020, сертификат 17.11.2020;			
Бугаева О.В.	Внутренний совместитель	Ассистент	Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, 2016 год	Высшее профессиональное образование, специальность лечебное дело, квалификация врач		Терапия, диплом от 31.08.2017 сертификат от 31.08.2017,			С 2017 по настоящее время
Гафанович А.Я.	штат	Доцент, к.м.н.		Высшее профессиональное образование, специальность лечебное дело, квалификация врач		Кардиология Сертификат 22.04.2017 Удостоверение 22.04.2017;	Педагог профессионального образования, удостоверение от 24.11. 2018		С 2018 по настоящее время
Долгова Е.Л.	Внутр. сомест	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 2011 01.09.2011 – 31.08.2013 – ординатура	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, сертификат от 03.03.18, удостоверение от 03.03.18; Кардиология,	Аспирантура 2013-2016	2/2	С 2016 по настоящее время

			терапия			удостоверение от 06.04.2019;			
Довгалевский Я.П.	Внутр. сомест	Профессор, д.м.н.	СГМУ, 2004	Высшее, лечебное дело		Кардиология Удостоверение 27.10.14; Кардиология Удостоверение от 06.04.2019; Сертификат от 06.04.2019;	Педагог профессионального образования, удостоверение от 13.06.2020	7	С 2016 по настоящее время
Елькина А.Ю.	штат	Ассистент	СГМУ, 2015	Высшее, лечебное дело		Интернатура Терапия, диплом от 31.08.2016; Кардиология, диплом от 27.06.2020;			
Железнякова Н.А.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ,	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия сертификат от 05.03.2016, удостоверение от 05.03.2016; Кардиология, удостовере	Педагог профессионального образования, удостоверение в настоящее от	12 лет	

						ние от 25.04.2015, сертификат 25.04.2015; Кардиология, удостоверение от 10.04.2021, сертификат 10.04.2021; Терапия Обучение с 24.05.21	01.02.2021		
Ермасова С.А.	штат	Ассистент	СГМУ, 2007	Высшее, лечебное дело, врач		Кардиология, диплом от 24.06.2017; Терапия, удостоверение от 02.11.2019, сертификат от 02.11.2019	Педагогического образования, удостоверение от 31.10.2020		С 2018 по настоящее время
Кац Я.А.	штат	Доцент, к.м.н.	СГМ, 1965	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия Удостоверение от 28.11.2015 Сертификат от 28.11.2015	Методика преподавания в вузе в настоящее время на обучени	48/36	С 2016 по настоящее время

							и 26.11.2016		
Коньшина Л.Е.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 2003 С 2003 по 2005 ординатура по терапии	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, сертификат от 15.10.2016, удостоверение от 15.10.16; Кардиология, сертификат от 22.04.2017, удостоверение от 22.04.2017; Ревматология, удостоверение от 21.04.2018; сертификат от 21.04.2018	Методика преподавания в вузе от 20.01.2018	14	С 2016 по настоящее время С 2019 г отпуск по уходу
Корсунова Е.Н.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 1974	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, сертификат от 28.11.15, удостоверение от 28.11.15; Ревматология,	Управление инновационным вузом от 07.02.14 Педагог	38 /27	С 2016 по настоящее время

						сертификат от 30.11.13; удостоверение от 30.11.13; Кардиология, сертификат от 25.04.15, удостоверение от 25.04.15; Ревматология, удостоверение от 21.04.2018; сертификат от 21.04.2018; Терапия, сертификат от 02.11.19, удостоверение от 02.11.19; Кардиология, удостоверение от 11.04.2020, сертификат от 11.04.2020	профессионального образования, удостоверение от 20.01.2018		
Лункевич	штат	Ассистент	СГМУ,	Высшее,		Терапия,	Педагог	3 года	С 2020 года по настоящее

Д.О.			2018	лечебное дело, врач		диплом от 31.08.2020; Кардиология, диплом от 26.12.2020, удостоверение 26.12.2020; Информационное технологии в науке и образовании, удостоверение от 26.12.2020	профессионального образования, удостоверение от 12.12.2020		время
Майскова Е.А.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 2006	Высшее, лечебное дело, врач		Ревматология, сертификат от 26.12.2015, удостоверение от 26.12.2015, Кардиология, сертификат от 21.06.2014 удостоверение от 21.06.2014 Терапия,	Педагог профессионального образования, удостоверение от 20.01.2018 Проходит в настоящее время с 01.02.21	Педагогический 7 лет	С 2016 по настоящее время

						удостоверение от 23.06.2018 сертификат от 23.06.2018 Кардиология, удостоверение от 06.04.2019 сертификат от 06.04.2019			
Маркова А.В.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, удостоверение от 21.06.2014 сертификат от 21.06.2014 Терапия, удостоверение от 08.06.2019 сертификат от 08.06.2019 Пульмонология, удостоверение от 06.04.2019 сертификат от	Аспирантура 2012-2015 Педагог профессионального образования, удостоверение от 26.01. 2019	9 лет	С 2018

						06.04.2019 кардиология, удостоверение от 11.04.2020 сертификат от 11.04.2020			
Мартынович Т.В.	штат	Ассистент, к.м.н.	Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, 2008	Высшее, лечебное дело, врач		Кардиология, сертификат от 21.06.2014 диплом от 21.06.2014 Терапия, сертификат от 05.03.2016 удостоверение от 05.03.2016 Кардиология, удостоверение от 12.05.2019 сертификат от 12.05.2019	Аспирантура 2012-2015 Педагог профессионального образования, удостоверение от 26.01.2019		С 2018 по настоящее время
Наумова Е.А.	штат	Профессор, д.м.н.	СГМУ, 2000	Высшее, лечебное		Терапия сертификат	Методика	16	С 2016 по настоящее время

				дело, врач		от 01.07.2002, продлен 22.12.2007 Кардиология сертификат от 24.11.2007, удостоверение от 24.11.2007 Терапия, удостоверение от 22.11.2016 сертификат от 22.11.2016 Кардиология, удостоверение от 22.04.2017, сертификат от 22.04.2017 Информационные технологии в науке и образовании, удостовере	препода вания в вузе от 21.01.20 12 Педагог профессионального образования, удостоверение от 13.06.20 20		

						ние от 27.06.2020			
Парфенюк В.К.	штат	Профессор, д.м.н.	Военно-медицинский факультет при Куйбышевском мед.институте, 1980	Высшее, лечебно-профилактическое дело, врач		Кардиология, сертификат от 26.04.14, удостоверение от 26.04.14; Терапия, сертификат от 21.06.14, удостоверение от 21.06.14 Терапия, удостоверение от 08.06.2019, сертификат от 08.06.2019 Кардиология, удостоверение от 06.04.2019, сертификат от 06.04.2019	Методика преподавания в вузе, удостоверение от 23.01.16 Педагог профессионального образования, удостоверение от 27.10.2018	24	С 2016 по настоящее время
Пархонюк Е.В.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 1997	Врач-лечебник		Терапия, сертификат от	Методика препода	13 лет	С 2016 по настоящее время

						21.06.2014, удостоверение от 21.06.2014 Кардиология, сертификат от 26.04.2014, удостоверение от 26.04.2014 Нефрология, сертификат от 26.12.2015, диплом от 26.12.2015, Гастроэнтерология, сертификат от 03.03.2018, удостоверение от 03.03.2018, Терапия, сертификат от 08.06.2019, удостоверение от 08.06.2019; Кардиологи	вания в вузе, удостоверение № 640400000840 с 05.03.2016; Педагог профессионального образования, удостоверение №642405797206 от 13.05.2019;		

						я, сертификат от 06.04.2019, удостоверение от 06.04.2019;			
Семенова О.Н.	штат	Ассистент	СГМУ, 2010	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, сертификат 26.11.2016, удостоверение от 26.11.2016; Кардиология, сертификат 20.06.2015, Нефрология, сертификат от 26.12.15, диплом от 26.12.2015; Кардиология, сертификат от 11.04.2020, удостоверение от 11.04.2020;	Методика преподавания в ВУЗе № 640400001615 от 23.04.16	3 г	С 2016 по настоящее время С 24.12.2020 отпуск по уходу
Соколов И.М.	штат	Профессор, д.м.н.	СГМУ, 1979	Высшее, лечебное		Кардиология,	Методика	35/18	С 2016 по настоящее время

				дело, врач		сертификат от 23.04.16, удостоверение от 23.04.16;	преподавания в вузе от 31.01.2015; Педагог профессионального образования, удостоверение от 28.10.2017, Педагог профессионального образования, удостоверение от 31.10.2020		
Царева Ю.О.	штат	Ассистент, к.м.н.	СГМУ, 2011	Лечебное дело, врач		Гастроэнтерология, удостоверение от 26.12.2015 сертификат от 26.12.2015	Аспирантура 2015-2018	5	С 2016 по настоящее время

						Терапия, удостоверение от 03.03.2018 сертификат от 03.03.2018 Кардиология, удостоверение от 06.04.2019 сертификат от 06.04.2019 Гастроэнтерология, удостоверение от 11.04.2020 сертификат от 11.04.2020			
Фурман Н.В.	Внутренний совместитель	Ассистент, к.м.н.	СГМУ,	Лечебное дело, врач		Сертификат кардиология УВ-075247 2013 г Сертификат терапия 2013 г №62638, Кардиология, удостовере			С 2018 по настоящее время

						ние от 21.04.2018, сертификат от 21.04.2018			
Тяпаева А.Р.	штат	Ассистент	СГМУ, 2018	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия, диплом от 31.08.2020; Кардиология диплом от 21.12.2020; удостоверение от 21.12.2020	Педагогического образования, удостоверение от 12.12.2020	2 года	С 2020 г по настоящее время
Шмойлова А.С.	Внутр. Совм.	Ассистент	СГМУ, 2016	Высшее, лечебное дело, врач		Кардиология, сертификат от 31.08.2018, удостоверение от 31.08.2018			С 2018 года по настоящее время
Конобеева Е.В.	Осн.	Ассистент	ВГМУ 2004	Высшее, лечебное дело, врач		Терапия Сертификат 0164040007925 от 11.03.2017 года Удостоверение Ординатура «терапия» 31.08.2007 г	Педагогического образования, удостоверение от 12.12.2020	15 лет	С 2007 года по настоящее время

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих практику - _22_чел.

2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими практику - _3,4_ст.

Пример расчета доли ставки*: 1 ставка = 900 учебных часов. У преподавателя по данной практике 135 часов.*
Таким образом, 135 : 900 = 0,15 – доля ставки