

Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
"Башкирский государственный медицинский университет"
Министерство Здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования
Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии



УТВЕРЖДАЮ

В.Н. Павлов

2013

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Общего усовершенствования по специальности

«Общая врачебная практика (семейная медицина)» 040110

Лекции – 100 ч

Практические занятия – 150 ч

Элективы- 32 ч

экзамен- 6 часов

всего 288 часов

УФА - 2013

При разработке рабочей программы цикла общего усовершенствования по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (288 ч) для врачей общей практики (040110) в основу положены:

- 1) Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, 2000 г.)
- 2) образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, УМО, 2005 г.)

Рабочая программа цикла общего усовершенствования по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» одобрена на заседании кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии от 4 февраля 2013 г, протокол № 83

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Г.Ш.Сафуанова

Рабочая программа цикла ОУ «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (288 ч) одобрена Ученым Советом ИПО БГМУ от «___» _____ 2013 г., протокол № _____

Председатель Ученого Совета, д.м.н., профессор



В.В.Викторов

Разработчики:

Заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики

с курсом гериатрии ИПО БГМУ, д.м.н., профессор



Г.Ш.Сафуанова

Доцент кафедры терапии и общей врачебной практики

с курсом гериатрии ИПО БГМУ, к.м.н., доцент



Т. Ю. Лехмус

Рецензенты:

1. Заведующая кафедрой терапии факультета последипломного дополнительного и профессионального образования ГБОУ ВПО "Челябинская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Игнатова Г. Л.

2. Заведующий кафедрой терапии ИПО ГБОУ ВПО "Ставропольская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Пасечников В. Д.

Выписка

из протокола № 83 от 4 февраля 2013 г.

заседания кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО БГМУ об утверждении рабочей программы по ОУ «Общая врачебная практика (семейная медицина)» 288 часов (составители проф. Сафуанова Г.Ш., доцент Лехмус Т.Ю.).

Присутствовали все сотрудники кафедры.

На основании анализа представленных материалов кафедра подтверждает:

1. Рабочая программа подготовлена удовлетворительно с методической и научной точек зрения и отвечает требованиям:

1) Государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, 2000 г.)

2) образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, УМО, 2005 г.)

2. Рецензенты после устранения не принципиальных замечаний дали положительную оценку.

Зав. кафедрой, проф.

Сафуанова Г.Ш.

Секретарь, доц.

Т.И. Веревкина

Выписка
из протокола заседания центральной методической комиссии
по терапевтическим дисциплинам
№ 4 от 27 февраля 2013 г.

Присутствовали: председатель ЦМК ТП проф. Сафуанова Г.Ш., секретарь ЦМК ТП доц. Тырнова Т.П., члены ЦМК.

Слушали: о рабочей программе цикла общего усовершенствования (ОУ) "Общая врачебная практика (Семейная медицина)" (288 ч)

Составители:

Зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО, д.м.н., профессор Сафуанова Г.Ш, д.м.н., доцент Лехмус Т.Ю. и др.

Рецензенты:

1. Заведующая кафедрой терапии факультета последипломного дополнительного и профессионального образования ГБОУ ВПО "Челябинская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Игнатова Г. Л.

2. Заведующий кафедрой терапии ИПО ГБОУ ВПО "Ставропольская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Пасечников В. Д.

Постановили:

Утвердить рабочую программу цикла общего усовершенствования (ОУ) "Общая врачебная практика (семейная медицина)" 040110 (288 ч)

Председатель ЦМК ТП профессор

Сафуанова Г. Ш.

Секретарь ЦМК ТП доцент

Тырнова Т.П.

Выписка

из протокола заседания Учебно-методического совета последипломного образования

№ 8 от 21 марта 2013 г

Присутствовали: председатель УМС - директор ИПО, д.м.н., проф. Викторов В.В., секретарь УМС - д.м.н., проф. Овсянникова Л.Б., члены УМС

Слушали: утверждение рабочей программы последипломного профессионального образования цикла общего усовершенствования «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (288 ч, 2,0 мес) по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» 040110, осотавленной на основании Государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, 2000 г.) и образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Москва, УМО, 2005 г.)

Составители: зав. кафедрой терапии и ОВП с курсом гериатрии ИПО БГМУ, д.м.н., проф. Сафуанова Г.Ш., доц. кафедры терапии и ОВП с курсом гериатрии ИПО БГМУ, к.м.н. Лехмус Т.Ю.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой терапии факультета последипломного дополнительного и профессионального образования ГБОУ ВПО "Челябинская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Игнатова Г. Л.

Заведующий кафедрой терапии ИПДО ГБОУ ВПО "Ставропольская государственная медицинская академия" Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Пасечников В. Д.

Получены положительные отзывы

Постановили: утвердить рабочую программу последипломного профессионального образования цикла первичной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» 040110 (288 ч, 2,0 мес)

Председатель: д.м.н., профессор



В.В.Викторов

Секретарь: д.м.н., профессор



Л.Б.Овсянникова

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на основную профессиональную образовательную программу общего усовершенствования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" (288 ч) код 040110, форма обучения очная, разработанную сотрудниками кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии (зав. кафедрой д.м.н., профессор Г.Ш.Сафуанова) Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины: перечень практических навыков и умений. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Всего на курс предусмотрено 288 часа.

Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. В рабочей программе усилено внимание к преподаванию таких разделов как "Физиология и анатомия", "Интенсивная терапия в работе врача общей практики".

Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан.

Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	9 9 10 9	
Требования к стилю изложения 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 9. Определения четки, доступны для понимания. 10. Однозначность употребления терминов. 11. Соблюдены нормы современного русского языка.	8 9 9 9	
Требования к оформлению 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	9	
Итого баллов	107	

Заключение:

Основная профессиональная образовательная программа общего усовершенствования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" (288 ч) 040110 составлена в соответствии с ГОС ВПО по направлению подготовки врача общей практики, изложена на должном методическом уровне и может быть рекомендована к утверждению.

Заведующая кафедрой терапии факультета последипломного
дополнительного и профессионального образования ГБОУ ВПО
"Челябинская государственная медицинская
академия" Министерства Здравоохранения и
Социального развития Российской Федерации,
д.м.н., профессор

Игнатова Г. Л.

Игнатова Г. Л.



МП

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на основную профессиональную образовательную программу общего усовершенствования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" (288 ч) код 040110, форма обучения очная, разработанную сотрудниками кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии (зав. кафедрой д.м.н., профессор Г.Ш.Сафуанова) Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины: перечень практических навыков и умений. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Всего на курс предусмотрено 288 часа.

Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. В рабочей программе усилено внимание к преподаванию таких разделов как "Физиология и анатомия", "Интенсивная терапия в работе врача общей практики".

Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан.

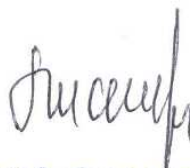
Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Использованы классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	9 9 10 9 9	
Требования к стилю изложения 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 9. Определения четки, доступны для понимания. 10. Однозначность употребления терминов. 11. Соблюдены нормы современного русского языка.	8 9 9 9	
Требования к оформлению 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	9	
Итого баллов	107	

Заключение:

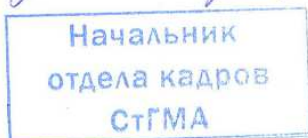
Основная профессиональная образовательная программа общего усовершенствования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" (288 ч) составлена в соответствии с ГОС ВПО по направлению подготовки врача общей практики, изложена на должном методическом уровне и может быть рекомендована к утверждению.

Заведующий кафедрой терапии ИПДО ГБОУ ВПО
"Ставропольская государственная медицинская
академия" Министерства Здравоохранения и
Социального развития Российской Федерации,
д.м.н., профессор



Пасечников В. Д.

Директор профессор Пасечников В.Д. завершено.



Куфелев

МП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

В связи с реформированием здравоохранения России, введением медицинского страхования граждан и реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» возрастает роль первичного медицинского звена - терапевтического участка. Участковый врач-терапевт становится ведущим специалистом, обеспечивающим медицинскую помощь отдельным гражданам и их семьям. Это требует повышения его ответственности за состояние здоровья пациентов, роста его профессиональной подготовленности и конкурентоспособности. В итоге проводимого реформирования здравоохранения сформировался социальный заказ общества на создание службы общепрактикующего (семейного) врача в структуре первичного звена здравоохранения.

В связи с этим МЗ РФ издан Приказ от 26.02.92 г. № 237 “О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)”. В номенклатуру специальности введена новая специальность - “Общеврачебная практика (Семейная медицина)” и новая квалификация специалиста - “Врач общей практики (Семейный врач)”. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации была определена Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.97 г. № 1387 “О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации”, в котором подчеркивается особая роль развития института врача общей (семейной) практики в структуре первичной медико-санитарной помощи населению и письмом Минздравсоцразвития России от 22.09.2005 г. № 4434-ВС «О повышении квалификации врачей первичного звена здравоохранения». Разработаны основные приоритетные направления для принятия дополнительных мер по осуществлению национального проекта «Здоровье» включающее развитие первичной медицинской помощи, развитие профилактического направления медицинской помощи и включение высоких технологий в обследование и лечение пациентов, что признано основой успешной реализации национального проекта.

Цель: изучение основных вопросов медико-социальных и организационных проблем охраны здоровья населения, диспансеризации, медицинского страхования, методики оценки эффективности и качества медицинской помощи. Углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков по современным методам диагностики, раннему выявлению, первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов, обоснованию стандартизованных подходов к применению различных групп лекарственных препаратов (в т.ч. среди льготных категорий больных) на амбулаторном этапе при различных заболеваниях внутренних органов.

После освоения материала курса обучения выпускник должен **знать:**

- основные принципы организации системы первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики;
- законодательные акты и документы, регламентирующие подготовку и организацию работы врача общей практики;
- модель врача общей практики для здравоохранения РФ;
- квалификационную характеристику врача общей практики;
- основные принципы первичной, вторичной, третичной профилактики;
- основные способы консультирования пациентов;
- способы эффективного общения.

Категория слушателей: врачи общей практики

Срок обучения: 2 месяц (288 часа)

Форма обучения: очная

Режим занятий: 6 часов в день

ПОЛОЖЕНИЕ

о враче общей практики (семейный врач)

1.1. Врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, не зависимо от возраста и пола пациента, является семейным врачом.

1.2. На должность врача общей практики (семейного врача) назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат.

1.3. Подготовка врача общей практики (семейного врача) осуществляется в вузах по специальности «Врач общей практики». Тематическое усовершенствование врачей специалистов по лечебному делу и педиатрии осуществляется в институтах и факультетах усовершенствования врачей с применением очных, прерывистых и выездных форм обучения.

1.4. Врач общей практики (семейный врач) оказывает помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). В зависимости от социально-демографического состава обслуживаемого населения, бригада врачей может включить и других специалистов, в том числе социальных работников.

1.5. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность:

- В государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.)
- В негосударственных медицинских учреждениях (малое секционное коллективное предприятие, кооператив).
- В порядке частной практики.

1.6. Врач общей практики (семейный врач) может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

1.7. Контингенты обслуживания формируются с учетом права свободного выбора врача, по территориальному, территориально-семейному и иным принципам, которые оговариваются в контракте.

1.8. Численность и состав населения, прикрепленного для постоянного наблюдения, определяется условиями контракта.

1.9. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи.

1.10. За врачом общей практики (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости врач общей практики (семейный врач) может организовать стационары на дому (дневные стационары).

1.11. Врачу общей практики (семейному врачу) непосредственно подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также по согласованию с органами социальной защиты – социальный работник.

1.12. Врач общей практики (семейный врач) руководствуется настоящим положением, законодательными актами и нормативными документами РФ по вопросам охраны здоровья населения.

1.13. Контроль за деятельностью врача общей практики (семейного врача) проводится в установленном порядке органами здравоохранения по месту работы врача.

1.14. Назначение и увольнение врача общей практики (семейного врача) осуществляется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

Основные функциональные обязанности врача общей практики (семейного врача):

- * Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний.
- * Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска.
- * Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением врачебного обследования и необходимых оздоровительных мероприятий.
- * Своевременная диагностика распространенных заболеваний.
- * Своевременная госпитализация больных в установленном порядке.
- * Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем квалификационной характеристике.
- * Проведение медицинской экспертизы в установленном порядке.
- * Организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службы милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, больным с тяжелыми формами хронических заболеваний.
- * Оказание консультативной помощи семье по вопросам: вскармливания, воспитания детей, их подготовке к посещению детских дошкольных учреждений, обучению в школе, профориентации;
- * Иммунопрофилактики;
- * Планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-социальных аспектов семейной жизни;
- * Ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации;
- * Проведение научных исследований по полученной специальности.

Квалификационные требования к уровню подготовки врачей, успешно завершивших обучение по программе послевузовского профессионального образования на цикле специализации по общей врачебной практике (семейный врач).

По окончании профессиональной подготовки на цикле врач общей практики обязан владеть врачебными манипуляциями терапевтического профиля, уметь оказывать квалифицированную терапевтическую помощь взрослым и детям при распространенных заболеваниях внутренних органов, и проводить основные врачебные лечебно-диагностические мероприятия, а также владеть методами формирования здорового об-

раза жизни семьи и неукоснительно соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении работы с населением.

В результате клинической подготовки врач должен приобрести знания, умения и практические навыки для самостоятельного выполнения следующих профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:

- проводить врачебное обследование и оценивать данные физического исследования пациента;
- составить план лабораторного, функционального, инструментального обследования;
- давать клиническую оценку результатов анализа крови, мочи, мокроты, копрограммы, ликвора, желудочного сока, дуоденального содержимого, результатов лучевых, электрофизиологических и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования;
- формулировать в своих заключениях клинический или предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10 и современными нозологическими классификациями;
- владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний, а также реабилитации пациентов.

Врач общей практики по окончании цикла должен знать, уметь и иметь практические навыки для оказания первой врачебной помощи больным на догоспитальном этапе при следующих состояниях:

- шок (анафилактический, токсический, травматический, геморрагический, кардиогенный и др.)
- обморок
- коллапс
- кома (гипогликемическая, диабетическая, мозговая, печеночная, почечная, неясной этиологии)
- острая дыхательная недостаточность
- отек гортани, ложный круп
- астматический статус
- отек Квинке
- открытый, закрытый клапанный пневмоторакс
- тромбоэмболия легочной артерии
- острая сердечная недостаточность
- острое нарушение ритма и проводимости сердца
- гипертонический криз
- стенокардия
- инфаркт миокарда
- печеночная колика
- почечная колика
- кровотечения наружные (артериальное, венозное), внутренние (желудочно-кишечное, носовое, маточное, легочное)
- острая задержка мочи
- фимоз, парафимоз
- острая почечная недостаточность
- острая печеночная недостаточность
- острая надпочечниковая недостаточность
- закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга
- острый живот

- острое нарушение мозгового кровообращения
- отек легких
- отек мозга
- судорожные состояния
- эпилептический статус
- алкогольный делирий, обстинентный синдром
- психомоторное возбуждение
- острый приступ глаукомы
- химические и термические ожоги, отморожения
- поражение электрическим током, молнией, тепловой и солнечный удары
- отравления
- утопление, удушье
- тиреотоксический криз
- преэклампсия
- переломы костей, вывихи, ушибы, раны, растяжения
- первичная реакция при острой лучевой болезни
- клиническая смерть
- внезапная смерть ребенка

Необходимый минимум манипуляций для оказания первой врачебной помощи общего назначения:

1. все виды инъекций
2. внутрикожные диагностические и аллергические пробы
3. Снятие и расшифровка ЭКГ
4. Определение групп крови, резус-фактора экспресс-методом, индивидуальной и биологической совместимости крови
5. определение годности крови к переливанию, гемотрансфузия, введение сыворотки
6. капельное и струйное переливание лекарственных средств, кровезаместителей
7. Промывание желудка через зонд
8. Проведение реанимационных мероприятий: ИВЛ, непрямой массаж сердца, в/сердечное введение лекарств
9. Оказание экстренной помощи при травмах, ранениях, ожогах органов зрения, удаление инородного тела
10. остановка наружного кровотечения
11. первая врачебная помощь при травмах, ожогах, обморожениях
12. катетеризация мочевого пузыря
13. пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы
14. проведение клинического исследования периферической крови на гемоглобин, лейкоциты, СОЭ
15. приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследований.

Манипуляции, требующие отработки на тренажере:

1. методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости
2. искусственная вентиляция легких рот в рот, рот в нос
3. непрямой массаж сердца
4. дефибрилляция

5. трахеотомия или коникотомия, трахеостомия.

Перечень наглядных и других пособий, методических материалов по проведению конкретных видов учебной деятельности:

1. Приказы министерства здравоохранения РФ, РБ; нормативные законодательные акты, касающиеся вопросов семейной медицины.
2. методические разработки к лекциям.
3. методические рекомендации для курсантов к семинарским и практическим занятиям.
4. слайды к лекциям и семинарским занятиям (в комплектах по 10-15 шт.)
5. Наборы ЭКГ.
6. Наборы сканограмм.
7. Наборы рентгенограмм.
8. Наборы анализов крови, мочи, иммунограммы, биохимии крови и др.
9. тесты программированного контроля для врача общей практики (семейного врача).
10. карты-задачи.

Содержание программы. Современные принципы управления здравоохранением. Организация первичной медицинской помощи по принципу «Врач общей практики».

Основы законодательства РФ о здравоохранении. Семейная медицина и общеврачебная практика. Определение понятия «семейный врач». Клинические и психологические причины формирования ОВП. Технологизация и «дегуманизация» как проблема современной медицины. Роль семейного врача, как связующего звена между технологической и психологической составляющими современной медицины.

Экономические причины формирования ОВП. Семейный врач как «привратник». Роль ОВП в сдерживании расходов на высокотехнологичную помощь.

Уровень профессиональной компетентности семейного врача. Квалификационные требования к семейному врачу. Права и функциональные обязанности семейного врача. Права пациентов. Критерии оценки качества работы. Ответственность семейного врача. Медицинская этика и деонтология в общей практике.

Формы организации работы врача общей практики: в составе государственной поликлиники; в составе группы специалистов, оказывающих медицинскую помощь по производственному, территориальному, территориально-семейному или производственно-семейному принципу. Частная практика по контракту.

Организация работы и медицинская документация врача общей практики. Требования к набору оснащения, аппаратуры и инструментов. Организация рабочего места врача общей практики. Лекарственное обеспечение. Организация лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий. Амбулаторный прием. Организация работы медицинской сестры. Организация работы дневного стационара. Регламентирующие документы. Срочная и плановая госпитализация. Документация врача общей практики.

Взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями здравоохранения.

Взаимодействие со службами госсанэпиднадзора, органами социальной защиты населения.

Принципы оценки качества оказания медицинской помощи. Научно-доказательная медицина. Стандарты оказания помощи и клинические рекомендации. Мета-анализ и его использование для оценки технологий в здравоохранении.

Приказ МЗ РФ № 303. Экономический анализ соотношения затрат и выгод в здравоохранении. Цикл планирования работы и проведения вмешательств. Определе-

ние проблем. Анализ заинтересованных лиц и групп. Анализ стратегий. Планирование вмешательства. Проведение вмешательства. Мониторирование и оценка результатов.

. *Система аккредитации, аттестации и лицензирования.* Требования к учреждению, подготовка к аккредитации. Программа аккредитации отделения общей практики.

Экспертиза трудоспособности в работе врача общей практики. Определение понятия «экспертиза трудоспособности». Цель и задачи. Порядок установления и определения временной нетрудоспособности. Правила заполнения и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Отпуск по болезни и увечью. Отпуск по уходу за больными членами семьи. Отпуск для санаторно-курортного лечения. Порядок оформления и выдачи документов при заболевании вследствие алкогольного опьянения и бытового отравления. Медицинские показания и направление больного на МСЭК.

Финансирование здравоохранения. Медицинское страхование. Источники финансирования. Бюджет здравоохранения. Государственная система здравоохранения. Муниципальные органы и медицинские учреждения. Негосударственные организации и медицинские учреждения. *Формы медицинского страхования, сущность и принципы.* Обязательное медицинское страхование. Базовая программа обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование. Страховые медицинские организации. Правовое регулирование медицинского страхования. Понятие «страховой случай». Признаки страхового случая. Методика контроля качества медицинских услуг. Роль стандартов и клинических рекомендаций по оказанию помощи. Роль врача общей практики в системе медицинского страхования.

Работа в команде. Определение команды первичной медицинской помощи. Этапы формирования команды. Определение цели работы. Важность правильной коммуникации и разделения полномочий. Взаимное влияние команды и ее членов. Причины развития конфликтов. Способы их разрешения. Лидерство. Взаимодействие с другими специалистами. Коллегиальность. Этика отношений в отделении общей практики.

Вопросы медицинской психологии в семейной медицине.

Психологические аспекты взаимоотношений врача и больного. Типы отношений и стили общения. Психологические роли. Симпатия и антипатия. Психологические защиты. Особенности психологического взаимодействия семейного врача и больного в общей практике. Комплаентность. Навыки вербального и невербального общения.

Консультирование как особый вид медицинской помощи. *Консультации в общей врачебной практике* по изменению поведения.. Психология профилактического вмешательства. Принципы консультирования. Навыки для осуществления изменения. Стадии изменения (основано на модели Прочаска и Ди Клементе): Консультирование. Общение с пациентом. Навыки общения. Трудный больной.

Семья. Основы науки о семье. Социальные взаимоотношения. Определение понятия семья. Структура семьи, этапы ее развития. Модели семьи. Функции семьи. Отношения и обязанности членов семьи. Медицинское следствие дисгармонии семейных отношений. Проблемы поколений в семье. Пожилой человек в семье. Влияние психологических особенностей больного человека на образ жизни и отношения в семье. Медико-социальные проблемы семьи хронического больного.

Особенности возрастной психологии. Психология старения. Аспекты гериатрии в общей врачебной практике. Пожилой больной. Проблемы пожилого возраста и их влияние на семейные отношения. Проблемы подросткового возраста. Особенности общения с подростками. Депрессия у пожилых. Депрессия у подростков

Вопросы здоровья женщины в общей врачебной практике. Комплексная оценка состояния здоровья женщины. Репродуктивное здоровье. Планирование семьи. Мате-

ринская смертность. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний у женщины. Особенности питания женщины на различных этапах жизненного цикла.

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.

Концепция факторов риска развития заболеваний. Понятие фактора риска, его выявления; распространенность, заболеваемость. Маркеры риска. Причина заболевания и риск. Уровни профилактики: первичная, вторичная, третичная профилактика. Индивидуальная и популяционная профилактика.

Вторичная профилактика. Скрининг и периодический осмотр. Диспансеризация Критерии проведения скрининга. Тяжесть заболевания. Скрининговые тесты. Чувствительность, специфичность, простота, дешевизна, безопасность, приемлемость для врача и больного. Эффект ярлыка. Риск ложно положительного и ложноотрицательного результата. Эффективность скрининга. Наличие эффективного лечения заболевания, выбранного для скрининга. *Современные рекомендации по скринингам.* Диспансеризация больных и здоровых. Оценка эффективности и причины неэффективной диспансеризации в России.

Третичная профилактика и реабилитация. Понятие третичной профилактики. Единство реабилитации и профилактики. Комплексные программы реабилитации.

Обучение населения и консультирование пациента по вопросам здорового образа жизни. Психология профилактики. Информированность. Мотивация. Ответственность за здоровье. Образование и поведение. Типы поведения и здоровье. Теории, объясняющие поведение людей по отношению к здоровью. Типы личности и связь с заболеваемостью. Тренинг «Помогая людям измениться». Использование транстеоретической модели как методики изменения поведения.

Принципы рационального питания. Способы изучения питания человека. Пищевой дневник, анкеты 24 часового воспроизведения по памяти, опросник частоты употребления пищи, биомаркеры. Нутриенты. Углеводы, белки, жиры, вода, витамины, минералы. Энергетическая и питательная ценность пищевых продуктов. Принципы выбора пищи. Культурологические, социальные, экономические, физиологические аспекты питания. Питание человека на этапах жизненного цикла. Консультирование пациента по проблемам питания.

Физическая активность и ее значение для нормальной жизнедеятельности и предупреждения заболеваний. Физиологические и эпидемиологические доказательства пользы физической активности. Влияние физической активности на смертность и заболеваемость. Нормы физической активности. Использование физических тренировок в профилактике и в реабилитационных программах. Консультирование пациентов по вопросам физической активности.

Курение как фактор риска здоровью. Эпидемиологические и биологические доказательства негативного воздействия курения на организм человека. Заболевания, связанные с курением. Статистика распространенности и воздействия курения в России. Особенности поведения курящих. Научно- доказанные способы профилактики курения. Экономическая эффективность профилактики курения.

Алкоголь и здоровье человека. Современные данные о влиянии алкоголя на здоровье человека. Понятие стандартной дозы. Влияние алкоголя на организм подростков. Влияние алкоголя на организм женщины и репродуктивное здоровье. Алкоголизм. Социальные, экономические, биологические последствия употребления алкоголя в России. Профилактика вредного воздействия алкоголя на здоровье населения и индивидуума.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактика артериальной гипертензии и инсультов.

Профилактика сахарного диабета. Профилактика остеопороза. Ожирение. Лечение и профилактика ожирения. Обучение пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. Школы для хронических больных.

Профилактика инфекционных заболеваний и ИППП. Гепатит. ВИЧ-инфекция. Вакцинация. Календарь прививок. Профилактика туберкулеза.

Ментальное здоровье. Распространенность психических заболеваний в России. Депрессии. Роль социальных факторов в развитии депрессий. Профилактика депрессий. Суицидные настроения и суицидные поступки. Наркозависимость. Особенности профилактики наркомании в России. Юридические аспекты профилактики психических заболеваний.

Несчастные случаи и травмы. Безопасность жизнедеятельности. Рост несчастных случаев в России. Статистические показатели. Травмы и несчастные случаи как причина смертности. Профилактика травматизма и несчастных случаев.

ПАТОЛОГИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

МОДУЛЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ

Код	Наименование тем и элементов
2.1	Генетические основы патологии в клинике внутренних болезней
2.1.3.	Значение наследственности в этиологии и патогенезе внутренних болезней
2.1.4.	Профилактика наследственных болезней
2.2.	Основы учения о реактивности организма
2.4.	Аллергическая реактивность и механизмы аллергических реакций
2.4.1.	Аллергия
2.4.3.	Аллергия к медикаментам (лекарственная аллергия)

МОДУЛЬ 2. ОБЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Код	Наименование тем и элементов
3.2.	Лабораторные методы исследования в диагностике внутренних болезней
3.3.	<u>Роль и место инструментальных и аппаратных методов диагностики в терапевтической клинике</u>

МОДУЛЬ 3. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Код	Наименование тем и элементов
4.2.	Бронхит
4.2.4.	Формулировка диагноза
4.2.5.	Дифференциальная диагностика хронических бронхитов
4.2.6.	Лечение хронических бронхитов
4.2.7.	Профилактика хронических бронхитов
4.2.8.	Экспертиза временной нетрудоспособности
4.4.	<u>Пневмония</u>

4.4.1.	Этиология
4.4.2.	Факторы риска
4.4.3.	Патогенез
4.4.4.	Патоморфология
4.4.5.	Классификация
4.4.5.1	Внебольничные (первичные) пневмонии
4.4.6.	Клиника пневмоний различной этиологии
4.4.7.	Диагностика: лабораторная, функциональная, рентгенологическая
4.4.8.	Особенности течения пневмоний в различных возрастных группах. Осложнения
4.4.9.	Формулировка диагноза
4.4.10.	Дифференциальный диагноз
4.4.11.	Лечение пневмоний
4.4.12.	Профилактика пневмоний
4.4.13.	Диспансеризация лиц, перенесших пневмонию
4.4.14.	Медико-социальная экспертиза
4.6.	Бронхиальная астма
4.6.1.	Определение понятия бронхиальная астма
4.6.2.	Этиология
4.6.3.	Биологические дефекты у здоровых людей, роль наследственности
4.6.4.	Классификация
4.6.5.	Патогенез основных форм
4.6.6.	Клинические особенности бронхиальной астмы
4.6.7.	Диагностика бронхиальной астмы (специфическая, функциональная; провокационные и медикаментозные пробы)
4.6.8.	Лечение бронхиальной астмы
4.6.9.	Астма-школа
4.6.11	Особенности течения бронхиальной астмы в различных возрастных группах
4.6.13	Диспансеризация больных бронхиальной астмой
4.6.14	Медико-социальная экспертиза

МОДУЛЬ 4. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Код	Наименование тем и элементов
5.1.	<u>Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией</u>
5.1.1.	Оценка физикальных методов исследования
5.1.2.	Оценка лабораторных методов исследования
5.1.3.	Оценка инструментальных методов исследования
5.3.	Ишемическая (коронарная) болезнь сердца (ИБС - КБС)
5.3.1.	Общие вопросы
5.3.2.	Классификация ИБС по ВОЗ
5.3.3.	Клинические формы стенокардии
5.3.3.1.	Стенокардия, определение понятия, клиника
5.3.3.2.	Стенокардия напряжения, клиника, классификация
5.3.3.2.1.	Впервые возникшая стенокардия и варианты ее течения

5.3.3.3.	Спонтанная (вариантная) стенокардия Принцметала
5.3.3.4.	Нестабильные стенокардии
5.3.3.5.	Безболевая (бессимптомная) ишемия миокарда
5.3.3.6.	Понятие «острый коронарный синдром», его варианты
5.3.6.	Внезапная смерть при ИБС
5.3.7.	Современные методы диагностики ИБС
5.3.8.	Особенности лечения различных вариантов ИБС
5.3.9.	Профилактика
5.3.10.	Реабилитация больных ИБС
5.3.11.	Диспансеризация
5.3.12.	Медико-социальная экспертиза
5.4.	Инфаркт миокарда
5.4.1.	Определение понятия «инфаркт миокарда»
5.4.2.	Этиология и патогенез
5.4.3.	Клиника и диагностика инфаркта миокарда
5.4.3.1.	Варианты критического течения
5.4.3.2.	Изменения ЭКГ
5.4.4.	Лечение «неосложненного» инфаркта миокарда
5.4.4.1.	Общие принципы лечения
5.4.4.1.1.	Купирование ангинозного приступа и его эквивалентов
5.4.5.	Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда
5.4.5.1.	Нарушение ритма и проводимости
5.4.6.	Профилактика инфаркта миокарда и реабилитация больных инфарктом миокарда
5.4.6.1.	Первичная профилактика
5.4.6.2.	Вторичная профилактика
5.4.6.3.	Реабилитация больных инфарктом миокарда
5.4.6.3.3.	Поликлинический этап реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.
5.4.6.3.3.1	Принципы диспансеризации больных, перенесших инфаркт миокарда
5.4.7.	Медико-социальная экспертиза больных перенесших инфаркт миокарда
5.5.	<u>Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии</u>
5.5.1.	Определение понятия и эпидемиология
5.5.2.	Этиология и патогенез гипертонической болезни. Факторы риска
5.5.3.	Классификация гипертонической болезни
5.5.4.	Клиническая картина различных форм и стадий гипертонической болезни
5.5.5.	Осложнения гипертонической болезни
5.5.6.	Гипертонические кризы
5.5.7.	Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте
5.5.8.	Диагностическое значение различных методов исследования при гипертонической болезни
5.5.9.	Профилактика гипертонической болезни
5.5.10.	Медикаментозное лечение гипертонической болезни и кризов
5.5.12.	Принципы выбора средств для рациональной комбинированной медикаментозной терапии
5.5.13.	Вторичная профилактика гипертонической болезни
5.5.14.	Симптоматические гипертензии

5.5.15.	Реабилитация
5.5.16.	Медико-социальная экспертиза больных
5.6.	<u>Синдром вегетативной дисфункции (НЦА)</u>
5.6.1.	Этиология, патогенез
5.6.2.	Клиника
5.6.3.	Вегетативные кризы
5.6.4.	Диагностика
5.6.5.	Лечение
5.6.6.	Профилактика
5.7.	<u>Болезни миокарда</u>
5.7.1.	Классификация заболеваний миокарда
5.7.2.	Миокардиты
5.7.2.2.	Неревматические болезни миокарда
5.7.3.	Дистрофия миокарда (вторичные КМП)
5.7.4.	Кардиомиопатии
5.7.4.1.	Дилатационная кардиомиопатия
5.7.4.2.	Гипертрофическая кардиомиопатия
5.7.4.3.	Рестриктивная кардиомиопатия
5.7.6.	Реабилитация
5.11.	<u>Нарушения ритма сердца и проводимости</u>
5.11.1.	Этиология и патогенез нарушений ритма
5.11.1.2.	«Идиопатические» нарушения ритма
5.11.3.	Диагностика нарушений ритма сердца и проводимости
5.11.4.	Эктопические комплексы и ритмы
5.11.5.	Тахикардии и тахиаритмии
5.11.6.	Брадиаритмии и нарушения проводимости
5.11.6.4.	Атриовентрикулярные блокады (определение, этиология, электрогенез)
5.11.7.	Лечение больных с нарушениями ритма
5.11.7.1.	Фармакотерапия аритмий (этиотропное лечение, антиаритмические препараты)
5.11.7.4.	Показания к хирургическому лечению аритмий
5.11.9.	Медико-социальная экспертиза
5.12.	<u>Сердечная недостаточность</u>
5.12.1.	Этиология
5.12.2.	Патогенез сердечной недостаточности и ее формы
5.12.3.	Клиническая диагностика, инструментальные методы
5.12.4.	Классификации сердечной недостаточности
5.12.5.	Клинические варианты сердечной недостаточности
5.12.6.	Острая левожелудочковая недостаточность
5.12.7.	Острая правожелудочковая недостаточность
5.12.8.	Клиника и диагностика хронической сердечной недостаточности
5.12.9.	Лечение хронической сердечной недостаточности
5.12.10	Профилактика
5.12.11	Реабилитация
5.12.12	Медико-социальная экспертиза

МОДУЛЬ 5. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Код	Наименование тем и элементов
6.3.	<u>Ревматизм</u>
6.3.1.	Этиология ревматизма
6.3.2.	Патогенез ревматизма
6.3.3.	Патоморфология ревматизма
6.3.4.	Современная классификация и номенклатура ревматизма
6.3.5.	Клинические формы ревматизма
6.3.6.	Лабораторная и инструментально-графическая диагностика активного ревматизма
6.3.7.	Клиника ревматического кардита
6.3.8.	Внекардиальные поражения
6.3.9.	Диагностические критерии ревматизма
6.3.11.	Система этапного лечения ревматизма
6.3.11.3.	Этапы лечения больных ревматизмом
6.3.11.4.	Реабилитация
6.3.11.5.	Диспансеризация больных и инвалидов
6.3.12.	Профилактика ревматизма
6.5.	<u>Заболевания суставов</u>
6.5.1.	Классификация болезней суставов
6.5.1.1.	Воспалительные заболевания суставов (артриты)
6.5.1.2.	Невоспалительные заболевания суставов (артрозы)
6.5.3.	Ревматоидный артрит (РА)
6.5.3.2.	Классификация
6.5.3.5.	Принципы и методы этапной терапии РА
6.5.3.6.	Диспансеризация больных РА
6.5.8.	Остеоартрозы
6.5.8.5.	Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения

МОДУЛЬ 6. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Код	Наименование тем и элементов
7.3.	<u>Болезни желудка</u>
7.3.2.	Гастриты
7.3.2.1.	Этиология и патогенез острых и хронических гастритов, роль H.Pylory
7.3.2.2.	Классификация гастритов
7.3.2.3.	Клиника гастритов
7.3.3.	Возрастные особенности течения гастритов
7.3.4.	Диагноз и дифференциальный диагноз
7.3.5.	Лечение гастритов
7.3.6.	Реабилитация
7.3.7.	Диспансеризация
7.3.12.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
7.3.12.2.	Классификация язвенной болезни
7.3.12.3.	Клиника язвенной болезни
7.3.12.4.	Язвенная болезнь желудка

7.3.12.5.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
7.3.12.10.	Возрастные особенности течения язвенной болезни
7.3.12.11.	Диагноз и дифференциальный диагноз
7.3.14.	Осложнения язвенной болезни
7.3.15.	Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
7.3.15.1.	Показания к стационарному лечению
7.3.16.	Профилактика язвенной болезни
7.3.17.	Реабилитация
7.3.18.	Диспансеризация больных язвенной болезнью
7.3.19.	Медико-социальная экспертиза
7.3.21.	Рак желудка
7.3.21.2.	Ранняя симптоматика
7.3.21.3.	Дифференциальный диагноз
7.5.	<u>Болезни печени и желчных путей</u>
7.5.1.	Классификация
7.5.2.	Хронические диффузные заболевания печени
7.5.4.	Хронический гепатит
7.5.4.1.	Классификация
7.5.4.2.	Вирусные гепатиты
7.5.4.3.	Аутоиммунные гепатиты
7.5.4.4.	Лекарственные гепатиты
7.5.4.5.	Алкогольные гепатиты
7.5.4.6.4.	Лечение гепатитов
7.5.4.7.	Профилактика
7.5.4.8.	Диспансеризация
7.5.4.9.	Медико-социальная экспертиза

МОДУЛЬ 7. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Код	Наименование тем и элементов
8.1.	<u>Методы обследования больных с болезнями почек</u>
8.1.1.	Оценка анамнестических данных
8.1.3.	Физикальное обследование больного
8.1.4.	Оценка инструментальных и аппаратных методов исследования
8.2.	<u>Гломерулонефриты (ОГН и ХГН)</u>
8.2.1.	Этиология острого и хронического гломерулонефритов
8.2.2.	Патогенез
8.2.3.	Механизмы прогрессирования гломерулонефритов
8.2.4.	Классификация ОГН и ХГН
8.2.5.	Патоморфология
8.2.6.	Гистологические типы ОГН, ХГН
8.2.7.	Основные клинические симптомы ОГН, ХГН
8.2.8.	Клинические формы и варианты течения ОГН, ХГН
8.2.9.	Осложнения ОГН, ХГН
8.2.10.	Особенности течения ОГН и ХГН у подростков
8.2.11.	Дифференциальная диагностика ОГН, ХГН
8.2.12.	Лечение острого и хронического гломерулонефритов
8.2.13.	Патогенетическое лечение

8.2.15.	Особенности лечения в зависимости от периода болезни
8.2.17.	Особенности лечения ХГН
8.2.17.1.	Лечение ХГН в период обострения
8.2.17.2.	Лечение ХГН в период ремиссии
8.2.18.	Особенности лечения в условиях поликлиники
8.2.19.	Показания к стационарному лечению
8.2.20.	Санаторно-курортное лечение
8.2.21.	Профилактика гломерулонефритов
8.2.22.	Диспансерное наблюдение
8.2.23.	Медико-социальная экспертиза
8.3.	<u>Пиелонефриты</u>
8.3.1.	Этиология и факторы риска острого и хронического пиелонефритов
8.3.2.	Патогенез острого и хронического пиелонефритов
8.3.3.	Морфологические формы острого и хронического пиелонефритов
8.3.4.	Классификация хронических пиелонефритов
8.3.5.	Клиника и варианты течения хронических пиелонефритов
8.3.6.	Клиника хронического пиелонефрита в фазе:
8.3.6.1.	Ремиссии
8.3.6.2.	Обострения
8.3.7.	Особенности течения:
8.3.7.1.	у женщин в период беременности
8.3.7.2.	в пожилом и старческом возрасте
8.3.8.	Дифференциальная диагностика пиелонефритов
8.3.9.	Лечение острых и хронических пиелонефритов
8.3.9.1.	Антибактериальные препараты и их комбинации
8.3.9.2.	Симптоматическое лечение
8.3.9.3.	Особенности лечения в зависимости от периода болезни
8.3.9.4.	Обострения хронических пиелонефритов
8.3.9.5.	Противорецидивное лечение
8.3.9.6.	Лечение хронических пиелонефритов при наличии беременности
8.3.9.7.	Лечение хронических пиелонефритов в пожилом и старческом возрасте
8.3.9.8.	Лечение хронических пиелонефритов в условиях поликлиники
8.3.9.9.	Показания к стационарному лечению
8.3.10.	Профилактика пиелонефрита
8.3.11.	Диспансерное наблюдение
8.3.12.	Санаторно-курортное лечение
8.3.13.	Медико-социальная экспертиза

МОДУЛЬ 8. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Код	Наименование тем и элементов
10.1.	<u>Сахарный диабет</u>
10.1.1.	Углеводный обмен в организме
10.1.2.	Инсулиновая недостаточность панкреатическая и внепанкреатическая
10.1.3.	Патогенез сахарного диабета
10.1.4.	Классификация сахарного диабета
10.1.5.	Клинические формы и стадии сахарного диабета

10.1.6.	Лабораторная диагностика
10.1.7.	Понятие о компенсированном и декомпенсированном сахарном диабете
10.1.7.1.	Поражение органов и система при сахарном диабете
10.1.7.2.	Сахарный диабет и беременность
10.1.7.3.	Комы при сахарном диабете: кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактоцидемическая (диагностика и лечение)
10.1.7.4.	Диагноз
10.1.8.	Лечение
10.1.8.1.	Диетотерапия
10.1.9.	Первичная профилактика сахарного диабета
10.1.10.	Прогноз
10.1.11.	Реабилитация
10.1.12.	Диспансеризация
10.1.13.	Медико-социальная экспертиза
10.3.	<u>Ожирение</u>
10.3.1.	Этиология
10.3.2.	Патогенез
10.3.3.	Классификация
10.3.4.	Дифференциальная диагностика различных форм ожирения
10.3.5.	Клиника
10.3.6.	Особенности ожирения в подростковом возрасте
10.3.7.	Лечение
10.3.8.	Прогноз
10.3.9.	Реабилитация
10.3.10.	Медико-социальная экспертиза
10.5.	<u>Климактерий и связанные с ним болезни</u>
10.5.1.	Дистрофия миокарда
10.5.1.1.	Патогенез
10.5.1.2.	Клиника
10.5.1.3.	Значение лабораторных и функциональных методов исследования
10.5.1.4.	Дифференциальная диагностика
10.5.1.5.	Лечение
10.5.1.6.	Прогноз
10.5.1.7.	Реабилитация
10.5.1.11.	Метаболический синдром

МОДУЛЬ 9. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Код	Наименование тем и элементов
12.1.	<u>Организация службы реанимации и интенсивной терапии в лечебно-профилактических учреждениях и общие вопросы реаниматологии</u>
12.1.1.	Определение терминов «реанимация» и «интенсивная терапия»
12.1.1.1.	Терминальные состояния. Определение понятий «терминальное состояние» и «внезапная смерть»
12.1.3.	Показания к проведению реанимации и условия отказа от нее

12.1.4.	Методы реанимации
12.1.4.1.	Прямой и непрямой массаж сердца
12.1.4.2.	Дефибрилляция
12.1.6.	Медицинские, юридические и социальные аспекты вопроса о прекращении мероприятий по оживлению организма
12.2.	<u>Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии, эндокринологии, анафилактическом шоке, острых отравлениях.</u>
12.2.4.	Алгоритмы неотложной интенсивной терапии

МОДУЛЬ 10. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВ

Код	Наименование тем и элементов
14.1.	Общие вопросы клинической фармакологии
14.1.1.	Формулярная система как основа для рационального применения лекарственных средств
14.1.9.	Российские стандарты медикаментозного лечения при различных нозологиях
14.1.10.	Приказ № 122 МЗ и социального развития РФ о льготном обеспечении лекарственными средствами
14.3.	Лекарственные средства, применяемые при сердечно-сосудистых заболеваниях
14.3.9.	Тактика назначения средств, применяемых при сердечно-сосудистых заболеваниях с учетом существующих стандартов и льгот
14.4.	Лекарственные средства, применяемые при ревматических и аутоиммунных заболеваниях
14.4.5.	Тактика назначения средств, применяемых при ревматических и аутоиммунных заболеваниях с учетом существующих стандартов и льгот
14.5.	Лекарственные средства, применяемые при бронхообструктивных заболеваниях
14.5.8.	Тактика назначения средств, применяемых при бронхообструктивных заболеваниях с учетом существующих стандартов и льгот
14.6.	Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях органов пищеварения
14.6.6.	Тактика назначения средств, применяемых при заболеваниях органов пищеварения с учетом существующих стандартов и льгот
14.7.	Клиническая фармакология и тактика применения антибактериальных средств в клинике внутренних болезней
14.7.9.	Тактика назначения антибактериальных средств, применяемых в клинике внутренних болезней с учетом существующих стандартов и льгот

14.8.	Глюкокортикоиды в клинике внутренних болезней
14.8.8.	Тактика назначения глюкокортикоидов, применяемых в клинике внутренних болезней с учетом существующих стандартов и льгот
14.9.	Клиническая фармакология и тактика применения психотропных лекарственных средств в клинике внутренних болезней
14.10.	Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при анемиях
14.10.3.	Тактика назначения лекарственных средств, применяемых при анемиях, с учетом существующих стандартов и льгот
14.11.	Клиническая фармакология и тактика применения оральных гипогликемических средств
14.11.5.	Тактика назначения оральных гипогликемических средств с учетом существующих стандартов и льгот
14.12.	Иммуномодуляторы в клинике внутренних болезней
14.12.7.	Тактика назначения иммуномодуляторов, применяемых в клинике внутренних болезней, с учетом существующих стандартов и льгот

МОДУЛЬ 11. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНОЙ ПАТОЛОГИИ

Код	Наименование тем и элементов
15.2.19.	ВИЧ-инфекция и ВИЧ - ассоциированные заболевания
15.2.19.1.	Этиология ВИЧ-инфекции
15.2.19.2.	Патогенез ВИЧ-инфекции
15.2.19.3.	Раннее выявление и эпидемиология ВИЧ-инфекции
15.3.	<u>Туберкулез органов дыхания</u>
15.3.1.	Классификация туберкулеза органов дыхания
15.3.2.	Клиника туберкулеза органов дыхания
15.3.2.1.	Первичный туберкулез (первичный туберкулезный комплекс; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов)
15.3.2.2.	Вторичный туберкулез (очаговый, инфильтративный, диссеминированный, туберкулема, деструктивные формы и др.)
15.3.2.3.	Дифференциальная диагностика туберкулеза с неспецифическими заболеваниями органов дыхания, пневмониями, раком легких, лимфогранулематозом, лимфолейкозом, саркоидозом
15.3.4.	Основные методы борьбы с туберкулезом
15.3.4.1.	Принципы и организация своевременного выявления туберкулеза органов дыхания
15.3.4.3.	Роль терапевта в своевременном выявлении туберкулеза

Учебный план

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛОВ	Всего	Лекции	Практич. занятия	форма контр
1	2	3	4	5	6
1.	Профессиональная подготовка Федеральный компонент	250	100	150	
1.1	Клиническая подготовка врача общей практики (семейного врача)	220	88	132	1,2,3,5
	Национально-региональный (вузовский) компонент				
1.2.	Подготовка врача общей практики (семейного врача) по фундаментальной медицине	20	8	12	1,2,3,4 5
1.3.	Общественное здоровье и здравоохранение	10	4	6	1,5,6
2.	Элективы	32	10	22	1, 2, 3
	Экзамены	6			
	Итого:	288			

Формы аттестации и контроля

1. Опрос.
2. Практические занятия с разбором больных
3. Совместное обсуждение на семинарах.
4. Начальное, текущее и итоговое тестирование.
5. Сдача сертификационного экзамена по программе “Врач общей практики”
6. Прохождение аттестационной комиссии при МЗ РБ на квалификационную категорию.

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

Учебно-тематический план.

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛОВ	Всего	Лекции	Практич. занятия
1	2	3	4	5
1.	Профессиональная подготовка Федеральный компонент	250	100	150
1.1	Клиническая подготовка врача общей практики (семейного врача)	220	88	132
1.1.1.	Методы лабораторной диагностики в работе врача общей практики (семейного врача)	4		4
1.1.2.	Функциональные, эндоскопические, электрофизио-логические и лучевые методы диагностики в работе врача общей практики (семейного врача)	6	2	4
1.1.3.	Медицинская психология в общей врачебной практике	6	2	4

1.1.4.	Медицинская профилактика в профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача)	6	2	4
1.1.5.	Общие принципы и методы лечения распространённых заболеваний в общей врачебной практике	6	2	4
1.1.6.	Внутренние болезни в общей врачебной практике	24	12	12
1.1.7.	Гериатрия в общей врачебной практике	6	2	4
1.1.8.	Хирургические болезни. Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике	18	6	12
1.1.9.	Акушерство и гинекология в общей врачебной практике	18	6	12
1.1.10.	Педиатрия в общей врачебной практике	24	12	12
1.1.11.	Инфекционные болезни в общей врачебной практике	12	6	6
1.1.12.	Фтизиатрия в общей врачебной практике	6	2	4
1.1.13.	Неврология в общей врачебной практике	12	6	6
1.1.14.	Психиатрия в общей врачебной практике	12	6	6
1.1.15.	Профессиональные болезни в общей врачебной практике	6	2	4
1.1.16.	Болезни уха, горла, носа в общей врачебной практике	12	4	8
1.1.17.	Офтальмология в общей врачебной практике	12	4	8
1.1.18.	Дерматовенерология в общей врачебной практике	12	4	8
1.1.19.	Онкология в общей врачебной практике	12	6	6
1.1.20.	Стоматология в общей врачебной практике	6	2	4
	Национально-региональный (вузовский) компонент			
1.2.	Подготовка врача общей практики (семейного врача) по фундаментальной медицине	20	8	12
1.2.1.	Патологическая анатомия	4	2	2
1.2.2.	Патофизиология	4	2	2
1.2.3.	Общая патология	4	2	2
1.2.4.	Фармакология	4	2	2
1.2.5.	Методы медицинской кибернетики в работе врача общей практики (семейного врача)	4		4
1.3.	Общественное здоровье и здравоохранение	10	4	6
1.3.1.	Общественное здоровье и страховая медицина	4	2	2
1.3.2.	Юридические основы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача)	4	2	2
1.3.3.	Организация службы медицины катастроф и гражданской обороны	2		2

2.	Элективы	32	10	22
			110	172
	Экзамены	6		
	Итого:	288		

ЗАКОНАДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности № 040122 «Терапия» (от 26.01.2001 г.).
- Конституция Российской Федерации (12 декабря 1993 года).
Глава 2. Статья 41. Права и свободы человека и гражданина.
- Федеральный закон от 22 июля 1993 года N 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»
- «Кодекс Республики Башкортостан об охране здоровья граждан» (от 5 ноября 1993 года № ВС-21/21)
- Федеральный закон от 22 августа 1996 года N 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»
- Федеральный закон № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ МЗ и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. №541н «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 г.Москва «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
- Постановление правительства РБ от 24 декабря 2010 г. N 509 «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Республике Башкортостан бесплатной медицинской помощи на 2011 год»
- Федеральный закон о высшем и послевузовском профессиональном образовании (Федеральный закон от 22.08.1996 N 125-ФЗ (ред. от 27.07.2010) «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» (Принят ГД ФС РФ 19.07.1996).

- Федеральный закон от 16 июня 2011 г. N 144-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об образовании» и Федеральным законом «О высшем и послевузовском профессиональном образовании».
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 года N 163-р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы».
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 8 ноября 2010 года N 1118 «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) «060101 Лечебное дело» квалификация специалист».
- Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура).
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.02.93 N 23г об утверждении «Положения о клинической ординатуре»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. N 581н «О внесении изменений в порядок совер-

шенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников»

- Федеральные стандарты и порядки оказания медицинской помощи (МЗ и СР РФ) при заболеваниях внутренних органов:
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. N 1183н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 марта 2011 г. N 233н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи». (с изменениями от 2 августа 2010 г., 15 марта 2011 г.).
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2010 г. N 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля» (с изменениями от 28 апреля 2011 г.).
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2010 г. N 1022н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «клиническая фармакология».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2011 г. №315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 июня 2010 г. N 415н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 июля 2009 г. N 389н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2009 г. N 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. N 1044н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 февраля 2010 г. N 60н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 марта 2010 г. N 201н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 апреля 2010 г. N 222н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2010 г. N 225ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2010 г. N 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи»;

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В НАЛИЧИИ
В БИБЛИОТЕКЕ БГМУ

1. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие, рек. УМО для системы послевузовск. проф. образования врачей/ под ред. С. С. Вялова, С. А. Чорбинской. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 112 с.
2. Неотложная помощь в практике семейного врача: руководство/ под ред. М. К. Михайлова. - 2-е изд., испр. и доп. - Казань: Медлитература, 2008. - 655 с.
3. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований: учебное пособие, рек. УМО для системы послевуз. проф. образования врачей/ под ред. С. С. Вялова, С. А. Чорбинской. - 2-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 171 с
4. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ С. С. Вялов [и др.] ; под ред. С. С. Вялова, С. А. Чорбинской. - 3-е изд.. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 112 с
5. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований: учебное пособие для сист. послевузовского профессионального образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ С. С. Вялов, С. А. Чорбинская, Т. А. Васина [и др.] ; под ред. С. С. Вялова, С. А. Чорбинской. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс, 2009. - 171 с.
6. Болезни органов пищеварения: руководство по гастроэнтерологии для врачей/ Л. Н. Валенкевич, О. И. Яхонтова. - СПб.: ДЕАН, 2006. - 655 с.
7. Гастроэнтерология. Национальное руководство: учебное пособие с компакт-диском, рек. УМО в качестве учебного пособия для системы послевуз. проф. образования врачей/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; ред. В. Т. Ивашкин. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 700 с.
8. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие, [рек. УМО для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. Т. Ивашкина. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 182 с.
9. Гастроэнтерология. Комплексное лечение заболеваний желудка: учебное пособие/ Р. Ш. Вахтангишвили, В. В. Кржечковская. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. - 317 с.
10. Клинические рекомендации. Кардиология: 2007: [учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей]/ Всероссийское научное общество кардиологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 623 с.
2007. - 66 с.
11. Основы ЭКГ: производственно-практическое издание : пер. с англ./ Дж. Р. Хэмптон ; пер. с англ. Ф. И. Плешкова. - М.: Мед. лит., 2007. - 222 с.
12. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство/ Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой; Всероссийское науч. о-во кардиологов, Общество специалистов по лучевой диагностике. - М.: Гэотар Медиа, 2007. - 975 с.
13. Кардиология. Национальное руководство: учебное пособие [для системы послевузовского проф. образования врачей]/ Всерос. науч. о-во кардиологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 1232 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
14. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии: Руководство для врачей/ В. С. Волков. - М.: МИА, 2010. - 333 с.

21. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца: руководство/ под ред. В. А. Сулимова. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 438 с.
15. Справочник по кардиологии: незаменимый справочник для практикующих врачей/ П. Рамракха, Дж. Хилл ; пер. с англ. под ред. А. Л. Сыркина. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 585 с.
16. Клинические рекомендации. Пульмонология: научное издание/ Российское респираторное общество, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. А. Г. Чучалина. - 2-е изд., испр. и доп.. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 330 с.
17. Неотложная пульмонология: руководство/ Э. К. Зильбер. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 259 с.
18. Пульмонология. Национальное руководство.: руководство/ Российское респираторное общество, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. А. Г. Чучалина. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 960 с.
19. Руководство по гематологии: [с 1 по 3 т., с приложениями]/ под ред. А. И. Воробьева. - 4-е изд. - М.: Ньюдиамед, 2007. - 1275 с.
20. Ревматология. Национальное руководство: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Ассоциация медицинских обществ по качеству, Ассоциация ревматологов России; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 720 с.
21. Ревматология : учебное пособие для врачей в вопросах и ответах/ В. К. Казимирко, В. Н. Коваленко. - Донецк: ИД Заславский, 2009. - 618 с.
22. Клинические рекомендации. Ревматология: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Ассоциация ревматологов России; под ред. Е. Л. Насонова. - 2-е изд., испр. и доп.. - М.: Гэотар Медиа, 2010. - 738 с.
23. Нефрология. Национальное руководство: руководство/ Научное общество нефрологов России, Ассоциация медицинских обществ по качеству; гл. ред. Н. А. Мухин, отв. ред. В. В. Фомин. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 900 с.
24. Руководство по нефрологии: руководство/ ред. Роберт. В. Шрайер ; пер. с англ. под ред Н. А. Мухина. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 547 с.
25. Нефрология. Ревматология.: учебное пособие/ Н. Бун, Н. Колледж, Б. Уокер ; пер. с англ. под ред. Н. А. Мухина. - М.: РИД ЭЛСИВЕР, 2010. - 240 с.
26. Клинические рекомендации. Эндокринология: 2007: [учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей]/ Г. Р. Галстян [и др.] ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко; Российская Ассоциация эндокринологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству. - М.: Гэотар Медиа, 2007. - 288 с.
27. Неотложная эндокринология: руководство для врачей/ В. В. Потемкин, Е. Г. Старостина. - М.: МИА, 2008. - 392 с.
28. Неотложная эндокринология: учебное пособие, [рек. УМО для системы послевузовского образования врачей]/ А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева, И. А. Трошина, Е. В. Бирюкова. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 126 с.
29. Эндокринология. Национальное руководство: учебное пособие [для системы послевузовского проф. образования врачей, рек. УМО]/ Российская Ассоциация эндокринологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: Гэотар Медиа, 2008. - 1064 с.
30. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ : compendium: научное издание/ С. Д. Арапова [и др.] ; под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: Литтерра, 2008. - 582 с.

Вопросы для подготовки к экзаменам
для курсантов цикла общего усовершенствования по специальности
«Общая врачебная практика (семейная медицина)» 040110 (288 ч)

1. Роль врача общей практики (семейного врача) в системе первичной медицинской помощи
2. Методы обследования в работе врача общей практики
3. Диспансеризация - как важный раздел профилактической работы
4. Респираторные заболевания верхних дыхательных путей, организация терапии в условиях поликлиники, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
5. Заболевания желудка, терапия в условиях поликлиники, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
6. Заболевания кишечника, диагностика и терапия в условиях поликлиники, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
7. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей, терапия в амбулаторных условиях, вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности
8. Заболевания желчного пузыря, терапия в условиях поликлиники, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
9. Гипертоническая болезнь, организация терапии в условиях поликлиники, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
10. Бронхит хронический. Этиология, патогенез, классификация, диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Клиника обструктивного и необструктивного бронхита. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
11. Эмфизема легких. Патогенез, классификация, клиника, осложнения, лечение, профилактика, МСЭ.
12. Пневмония. Этиология, патогенез, классификация. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
13. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез, морфология. Классификация.

Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

14. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ

15. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.

16. Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургическое методы), профилактика первичная и вторичная.

17. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ (медико-социальная экспертиза).

18. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы), диагностика, дифференциальная диагностика, изменения ЭКГ, активность кардиоспецифических ферментов. Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда: эхокардиография, радионуклидные методы, коронарография. Осложнения инфаркта миокарда. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.

19. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения. Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.

20. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

21. Недостаточность кровообращения (сердечная недостаточность). Этиология, патогенез, классификация. Диагностика: клиническая, инструментальная (рентгено-логическое исследование, ЭХО-КГ). Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения недостаточности кровообращения. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.

22. Ревматизм. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.
23. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
24. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
25. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.
26. Подагра. Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.
27. Гастриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника острого и различных форм хронических гастритов. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
28. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Симптоматические язвы. Диагноз, дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Этапное лечение обострений язвенной болезни. Принципы лечения больных в амбулаторных условиях. Профилактика язвенной болезни, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
29. Хронический энтерит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, лечение, профилактика. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
30. Колиты хронические. Клиника в зависимости от локализации процесса, диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, МСЭ.
31. Хронический гепатит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ

32. Циррозы печени. Классификация. Этиология и патогенез, морфология, клиника, течение, осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
33. Холецистит хронический (некаменный). Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение, особенности ведения больных в амбулаторных условиях, показания к хирургическому лечению. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
34. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения и лечение (консервативное, хирургическое, санаторно-курортное), профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
35. Гломерулонефриты (острые и хронические). Этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, осложнения острого и хронического гломерулонефритов. Дифференциальная диагностика. Лечение острого и хронического гломерулонефритов и их осложнений. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
36. Пиелонефриты. Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
37. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, диспансеризация, МСЭ.
38. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
39. Поражение почек при сахарном диабете. Патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
40. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
41. Хроническая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика, МСЭ.
42. Гемобластозы. Классификация. Острые и хронические лейкозы. Принципы диагностики и лечения.

43. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. В-12 - фолиеводефицитные анемии. Гемолитические анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
44. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клинические формы, степени тяжести. Клиническая и лабораторная диагностика. Ангипатия при сахарном диабете. Комы при сахарном диабете. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
45. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
46. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
47. Климактерий и связанные с ним болезни. Вегетативно-дисгормональная миокардиодистрофия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение медикаментозных и функциональных проб. Лечение, профилактика, МСЭ.
48. Острая сердечная недостаточность. Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности. Основные принципы интенсивной терапии.
49. Острый холецистит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
50. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия
51. Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.
52. Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.
53. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.

54. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
55. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, особенности клиники. Диагностика клиническая, лабораторная. Интенсивная терапия.
56. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия и реанимация
57. Гипогликемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
58. Гиперосмолярная кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
59. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии.
60. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Инструкция: выберите 1 или несколько правильных ответов

1. Самыми частыми первичными возбудителями острого бронхита являются
 - а) бактерии
 - б) микоплазмы
 - в) вирусы
2. Острым бронхитом с затяжным течением считается заболевание продолжительностью
 - а) более 2 недель
 - б) более 1 месяца
 - в) более 2 месяцев
3. Ведущей первоначальной жалобой больных с острым бронхитом является
 - а) кашель с мокротой
 - б) сухой кашель
 - в) боли в грудной клетке
4. Одышка наиболее характерна
 - а) для проксимального острого бронхита
 - б) для дистального острого бронхита
 - в) для острого бронхиолита
5. Ведущим клиническим признаком бронхиолита является
 - а) кашель
 - б) боли в грудной клетке
 - в) одышка
6. При аускультации легких у больных с острым бронхитом чаще всего встречается
 - а) шум трения плевры
 - б) влажные хрипы
 - в) сухие хрипы
 - г) крепитация
7. Ведущими аускультативными симптомами острого бронхиолита являются
 - а) мелкопузырчатые влажные хрипы
 - б) крупнопузырчатые влажные хрипы
 - в) шум трения плевры
 - г) ослабленное везикулярное дыхание
 - д) крепитация
 - е) жесткое дыхание
8. Синдром бронхиальной обструкции характерен
 - а) для дистального острого бронхита
 - б) для проксимального острого бронхита
 - в) для острого бронхиолита
9. Показаниями к назначению антибактериальной терапии у больных с острым бронхитом являются
 - а) появление гнойной мокроты
 - б) присоединение бронхопневмонии
 - в) обострение хронических очагов инфекции
 - г) ослабленное состояние больных
 - д) наличие тяжелой хронической сопутствующей патологии
10. В группу хронических неспецифических заболеваний легких входят
 - а) посттуберкулезный пневмосклероз
 - б) хронический обструктивный бронхит

- в) хронический необструктивный бронхит
 - г) бронхиальная астма
 - д) фиброзирующий альвеолит
 - е) первичная эмфизема легких
 - ж) хроническая пневмония
 - з) хронический абсцесс легкого
11. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля
- а) не менее 6 месяцев в году в течение 2-х лет подряд
 - б) более 4 месяцев в данном году
 - в) не менее 3 месяцев в году в течение 2-х лет подряд
 - г) не менее 2 месяцев в году в течение 3-х лет подряд
12. К триаде симптомов, наиболее характерных для хронического бронхита, относятся
- а) цианоз
 - б) выделение мокроты
 - в) кашель
 - г) легочная гипертензия
 - д) боли в грудной клетке
 - е) одышка
 - ж) субфебрилитет
13. В отношении острого и хронического бронхита справедливо
- а) хронический бронхит всегда является следствием перенесенного острого бронхита
 - б) хронический бронхит никогда не является исходом острого бронхита (всегда – «первично хронический»)
 - в) переход острого бронхита в хронический наблюдается часто
 - г) переход острого бронхита в хронический возможен изредка
14. В норме за сутки выделяется слизистого секрета бронхов
- а) до 10 мл
 - б) 30-50 мл
 - в) примерно 100 мл
 - г) примерно 200 мл
 - д) около 1 л
15. Кашель более выражен
- а) при дистальном бронхите
 - б) при проксимальном бронхите
16. Повышенное артериальное давление на руках и пониженное на ногах характерно
- а) для болезни Такаясу
 - б) для коарктации аорты
 - в) для синдрома Кона
 - г) для болезни Иценко-Кушинга
17. Быстро прогрессирующее повышение артериального давления до высокого уровня (диастолического АД выше 120 мм рт. ст.), наличие признаков поражения почек, отек соска зрительного нерва, энцефалопатия наиболее характерны
- а) для синдрома Иценко-Кушинга
 - б) для артериальной гипертензии при хроническом пиелонефрите
 - в) для артериальной гипертензии при нефроптозе
 - г) для артериальной гипертензии при снижении эластичности аорты
 - д) для злокачественной гипертензии
18. Причиной паренхиматозных почечных артериальных гипертензий могут являться
- а) хронический гломерулонефрит
 - б) хронический пиелонефрит

- в) поликистоз почек
 - г) острый гломерулонефрит
 - д) инфаркт почки
19. Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной гипертензии является
- а) внутривенная пиелография
 - б) определение ренина плазмы крови
 - в) изотопная ренография
 - г) почечная ангиография
20. Увеличение систолического артериального давления является характерным
- а) при аортальной недостаточности
 - б) при аортальном стенозе
 - в) при комбинированном аортальном пороке
 - г) при митральной недостаточности
 - д) при открытом артериальном протоке
21. К вариантам течения артериальной гипертензии при феохромоцитоме относятся
- а) кризовое течение на фоне нормального артериального давления или умеренной артериальной гипертензии
 - б) стойкое повышение артериального давления без кризов
 - в) кризовое течение на фоне постоянно повышенного артериального давления
22. Кризовое течение артериальной гипертензии часто наблюдается
- а) при врожденном адреногенитальном синдроме
 - б) при синдроме Иценко-Кушинга
 - в) при первичном гиперальдостеронизме
 - г) при гипертиреозе
 - д) при феохромоцитоме
23. Вероятность симптоматической гипертензии высока
- а) если она обнаружена в возрасте моложе 20 лет
 - б) при длительном приеме контрацептивов внутрь
 - в) при указании на поликистоз почек у одного из родителей
 - г) если она обнаружена в возрасте старше 40 лет
24. Гипертоническая болезнь чаще всего дебютирует в возрасте от 30 до 50 лет
- а) правильно
 - б) неправильно
25. Разность артериального давления на правой и левой руке свыше 20 мм рт. ст. характерна
- а) для болезни Такаясу
 - б) для коарктации аорты
 - в) для злокачественной формы гипертонической болезни
 - г) для артериальной гипертензии при стенозе почечной артерии
26. Решающее значение для диагностики поликистоза почек имеет
- а) пальпация увеличенной почки
 - б) указание на отягощенную наследственность по поликистозу
 - в) изотопная ренография
 - г) ультразвуковое исследование почек
27. При лечении хронического гастрита типа В показаны
- а) антациды
 - б) М-холинолитики
 - в) заместительная терапия соляной кислотой, ферментами
 - г) антибактериальная терапия
 - д) диетическое питание
28. При лечении хронического атрофического пангастрита показаны

- а) H₂-гистаминоблокаторы
- б) рациональная диета - легко перевариваемые и усваиваемые продукты
- в) заместительная терапия соляной кислотой, ферментами
- г) антибактериальные препараты
- д) ромашковый чай

29. Диагноз функционального расстройства толстой кишки ставится методом исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данное утверждение

- а) правильно
- б) неправильно

30. Факторами, предрасполагающими к функциональным расстройствам толстой кишки, считаются

- а) гиподинамия
- б) дефицит в рационе пищевых волокон
- в) употребление с пищей продуктов, богатых клетчаткой
- г) кишечные инфекции
- д) психоэмоциональные нарушения

31. При синдроме раздраженной кишки лечение поносов включает в себя

- а) кисло-молочные продукты, достаточное количество клетчатки
- б) психотерапию
- в) лоперамид (имодиум) или кодеин
- г) карбонат кальция
- д) М-холинолитики

32. Лечение хронических атонических запоров функциональной природы включает в себя

- а) щадящую диету (кисели, макароны, манная каша)
- б) диету, богатую клетчаткой, отруби
- в) препараты крушины, сены, ревеня или другие слабительные средства
- г) психотерапию
- д) физиотерапию, лечебную физкультуру

33. Для язвенной болезни 12-ти перстной кишки характерными симптомами являются

- а) локальные "голодные" боли в эпигастрии после еды
- б) ранние разлитые боли в эпигастрии
- в) сезонный характер болей
- г) боли купируются после еды и приема антацидов
- д) головные боли

34. Наиболее выраженным антисекреторным эффектом в терапевтических дозах обладает

- а) метацин
- б) циметидин
- в) хлорозил
- г) гастроцепин
- д) атропин

35. Назначать антациды больному язвенной болезнью 12-ти перстной кишки целесообразно

- а) через 1 час после еды
- б) за 1 час до еды и на ночь
- в) во время еды
- г) индивидуально, накануне предполагаемого появления болей и на ночь

36. К препаратам, покрывающим защитным слоем язвенный дефект при язвенной болезни, относятся

- а) сукральфат (вентер)
 - б) метацин
 - в) де-нол
 - г) гастрोцепин
 - д) циметидин
- отверстия диафрагмы

37. Санирующим эффектом в отношении *Helicobacter Pylori* обладают

- а) де-нол
- б) трихопол
- в) сукральфат (вентер)
- г) оксациллин
- д) фуразолидон

38. К факторам возникновения иммунного гломерулонефрита относятся

- а) переохлаждение
- б) травма
- в) яды насекомых
- г) вакцинации
- д) стрептококковая инфекция

39. Развитие острого гломерулонефрита возможно после

- а) ангины
- б) малярии
- в) стрептококкового импетиго
- г) вирусного гепатита
- д) ветряной оспы

40. Для острого постстрептококкового гломерулонефрита характерны

- а) гематурия
- б) артериальная гипертензия
- в) кожный зуд
- г) олигурия
- д) отеки

е) протеинурия

41. При остром гломерулонефрите могут наблюдаться

- а) сердечная астма
- б) острая почечная недостаточность
- в) эклампсия
- г) гипокалиемия
- д) уменьшение размеров почек
- е) хроническая почечная недостаточность

42. Обязательными компонентами лечения острого гломерулонефрита являются

- а) цитостатики
- б) нестероидные противовоспалительные средства
- в) постельный режим
- г) диета
- д) диуретики

43. Течение острого постстрептококкового гломерулонефрита у взрослых характеризуется

- а) спонтанным выздоровлением в 50% случаев
- б) летальным исходом в 50% случаев
- в) переходом в хронический гломерулонефрит в 50% случаев

44. Все перечисленное относительно поражения почек при болезни Шенлейн - Геноха (геморрагическом васкулите) является верным, за исключением
- а) основным механизмом патогенеза заболевания является отложение в почечных сосудах иммунных комплексов
 - б) заболевание чаще всего протекает по типу гломерулонефрита
 - в) заболевание встречается чаще у взрослых, чем у детей
 - г) заболевание может приводить к развитию почечной недостаточности
 - д) для уменьшения степени гематурии при болезни Шенлейн - Геноха показаны викасол и Е-аминокапроновая кислота
45. Для обострения хронического гломерулонефрита характерны
- а) повышение уровня комплемента - б) нарастание суточной протеинурии
 - в) снижение уровня комплемента
 - г) быстрое снижение функции почек
46. В схему лечения гломерулонефрита по Кинкайд - Смиту входят
- а) цитостатики
 - б) гепарин
 - в) курантил
 - г) преднизолон
 - д) индометацин
47. Для гломерулонефрита с минимальными изменениями (липoidного нефроза) справедливо
- а) заболевание может развиваться у ребенка в возрасте 3 года
 - б) заболевание имеет клинически характерную картину развивающегося нефротического синдрома
 - в) применение глюкокортикоидов не является эффективным
 - г) заболевание может давать спонтанные ремиссии
48. Для острого нефритического синдрома типично
- а) протеинурия свыше 3.5 г/л
 - б) остро развившаяся гематурия
 - в) олигурия
 - г) наличие отеков
 - д) протеинурия 1-2 г/л
 - е) наличие артериальной гипертензии
49. Причинами развития В12-дефицитной анемии могут быть
- а) беременность
 - б) атрофический гастрит
 - в) рак желудка
 - г) гастрэктомия
50. К развитию фолиево-дефицитной анемии могут приводить
- а) алкоголизм
 - б) вегетарианство
 - в) глистная инвазия
 - г) применение противосудорожных препаратов
 - д) гемолиз
 - е) синдром мальабсорбции
51. Лечение фолиевого дефицита обычно проводится препаратами для перорального применения
- а) правильно
 - б) неправильно

52. Больному с мегалобластной анемией неуточненной этиологии (при четком отсутствии данных за лейкоз или другую опухоль) следует назначить первым

- а) витамин В₁₂
- б) фолиевую кислоту
- в) витамин В₆

53. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно В₁₂-дефицитной анемии являются

- а) часто возникают на фоне атрофического гастрита
- б) параллельно с анемией прогрессируют явления фуникулярного миелоза
- в) кроветворение - мегалобластное
- г) эффективно лечение витамином В₁₂
- д) анемия гипохромная

54. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно лечения больных с В₁₂-дефицитной анемией являются

- а) витамин В₁₂ обычно вводится парентерально
- б) в процессе лечения витамином В₁₂ возможно развитие гипокалиемии
- в) пик ретикулоцитоза наблюдается к 10-12 дню начала терапии витамином В₁₂
- г) при коррекции анемии неврологическая симптоматика ликвидируется не всегда полностью

55. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно железодефицитной анемии являются

- а) железодефицитная анемия - самое частое гематологическое нарушение
- б) повышение потери железа - основная причина дефицита железа
- в) кровотечение из желудочно-кишечного тракта - ведущая причина дефицита железа у мужчин
- г) атрофический гастрит приводит к дефициту железа
- д) ювенильный хлороз встречается у девушек и юношей

56. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно лечения железодефицитной анемии являются

- а) лечение дефицита железа должно проводиться пероральными препаратами железа
- б) парентеральные препараты железа при железодефицитной анемии имеют ограниченное применение
- в) часто применяются гемотрансфузии
- г) лечение препаратами железа продолжается до нормализации уровня гемоглобина
- д) препараты железа целесообразно принимать с соляной кислотой

57. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно диеты для больного с железодефицитной анемией являются

- а) диетой нельзя ликвидировать дефицит железа
- б) лучше всасывается гемовое пищевое железо
- в) дефицит железа может развиваться при малобелковой диете
- г) фрукты - богатый источник легко усвояемого железа

58. К апластической анемии могут приводить

- а) ионизирующая радиация
- б) прием левомецетина
- в) прием цитостатиков
- г) прием бензола
- д) прием карбоната лития

59. После гастрэктомии следует предполагать

- а) железодефицитную анемию
- б) В₁₂-дефицитную анемию

в) фолиеводефицитную анемию

г) гемолитическую анемию

60. Развитие ретикулоцитоза после назначения витамина B₁₂ можно ожидать

а) на 10-12 сутки

б) на 1-2 сутки

в) на 4-5 сутки

61. Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме

а) глюкозы

б) лактозы

в) гликогена

г) сахарозы

д) глюкозаминогликанов

62. К числу основных эффектов инсулина, реализующихся в скелетных мышцах, можно отнести все перечисленное, за исключением

а) усиления утилизации глюкозы

б) усиления синтеза гликогена

в) усиления образования жирных кислот

г) усиления утилизации аминокислот

д) усиления синтеза белка

63. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо

а) определить уровень глюкозы крови натощак

б) провести глюкозотолерантный тест

в) назначить препараты сульфонилмочевины

г) ограничить употребление углеводов

д) определить уровень базального инсулина

64. У больного сахарным диабетом часто встречаются

а) кожный кандидоз

б) липоидный некробиоз

в) витилиго

г) красный плоский лишай

д) ксантелазмы

65. Диагноз гестационного сахарного диабета правилен

а) если сахарный диабет имел место только во время беременности

б) если во время беременности выявлена глюкозурия

в) если во время беременности течение длительно текущего диабета ухудшилось

г) если длительно существующий диабет был выявлен во время беременности

66. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента

а) жажды и полиурии

б) упорного фурункулеза

в) дислипидемии

г) уровня глюкозы крови натощак более 10 ммоль/л

д) ожирения

67. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают

а) аспирин

б) дексаметазон

в) каптоприл

г) тиазидовые диуретики

д) пероральные контрацептивы

68. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является

- а) глаукома
- б) катаракта
- в) пролиферирующая ретинопатия
- г) атрофия зрительных нервов
- д) автономная нейропатия

69. Относительно сахарного диабета I-го типа справедливо

- а) диабет требует постоянного лечения инсулином
- б) диабет чаще возникает в молодом возрасте
- в) течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
- г) диабет обычно возникает на фоне ожирения
- д) диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

70. При обращении больного сахарным диабетом с жалобами на анорексию, тошноту, боли в животе следует

- а) рекомендовать голодание
- б) заподозрить диабетический кетоацидоз
- в) рекомендовать прием антацидов и дальнейшее врачебное наблюдение

71. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана

- а) введением неадекватно большой дозы инсулина
- б) приемом алкоголя
- в) приемом сульфаниламидных препаратов
- г) приемом бигуанидов

72. Диабетическая автономная нейропатия проявляется следующими клиническими симптомами, за исключением

- а) артериальной гипертензии
- б) импотенции
- в) задержки мочи
- г) исчезновения предвестников гипогликемии
- д) ортостатической гипотонии

73. Наличие подкожных подагрических узлов является наиболее ранним признаком подагры

- а) правильно
- б) неправильно

74. При лечении острого приступа подагры применяются

- а) колхицин
- б) обильное щелочное питье
- в) индометацин
- г) пиразолоновые препараты (бутадон, реопирин)
- д) антибиотики

75. Для острого приступа подагрического артрита характерно

- а) воспаление сустава достигает максимума в первый день болезни
- б) покраснение кожи над суставом
- в) частое поражение I-го плюснефалангового сустава
- г) одностороннее поражение сустава
- д) симметричное двустороннее поражение суставов

76. Характерным рентгенологическим признаком хронического подагрического артрита является

- а) эпифизарный остеопороз
- б) узурация суставных поверхностей

в) краевой остеофитоз

г) округлые дефекты кости ("пробойники")

77. Типичными признаками подагры являются

а) гиперурикемия

б) тофусы

в) артрит

г) нефропатия

д) узелки Гебердена

78. При лечении подагры для уменьшения синтеза мочевой кислоты при меняют

а) аллопуринол

б) этамид

в) антуран

г) ацетилсалициловая кислота

79. Основным недостатком всех антиподагрических препаратов, повышающих экскрецию мочевой кислоты, является

а) осаждение уратов в мочевых путях с образованием камней

б) нейротоксическое действие

80. Для ревматического полиартрита не характерно

а) поражение мелких суставов кисти

б) ассоциация с урогенитальной инфекцией

в) поражение преимущественно коленных, голеностопных, локтевых, плечевых суставов

г) стойкая деформация тазобедренных суставов

81. Типичными признаками ревматической хореи являются

а) внезапное изменение психического состояния больного

б) двигательное беспокойство

в) симптом "дряблых плеч"

г) гипокалиемия

82. Терапевтическая практика при ревматической атаке включает

а) пенициллинотерапию в течение 5 дней

б) применение пенициллина в течение 10 дней с последующим переводом на бициллин-5

в) применение сульфаниламидов

г) при высокой активности и наличии полисерозитов - применение кортикостероидных препаратов

д) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

е) применение цитостатиков

83. Типичными кожными проявлениями системной красной волчанки являются

а) сосудистая "бабочка"

б) фотодерматоз

в) множественный некус

г) эритема по типу "декольте"

д) капилляриты на ладонях

84. Для начального периода острого аппендицита типично

а) появление болей в верхнем отделе живота со смещением в течение 6 часов в правую подвздошную область

б) разлитая болезненность и наличие признаков разлитого перитонита

в) наличие опоясывающих болей с многократной рвотой

г) наличие схваткообразных болей в животе в сочетании с диареей

85. Для клиники острого аппендицита характерно

а) постоянного характера локальная боль в правой подвздошной области

- б) напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области
 - в) неоднократный жидкий стул
 - г) «доскообразный» живот
86. Для лиц пожилого возраста более характерен
- а) катаральный острый аппендицит
 - б) флегмонозный острый аппендицит
 - в) гангренозный острый аппендицит
 - г) эмпиема
87. Из осложнений острого аппендицита в раннем детском возрасте не характерны
- а) перитонит
 - б) аппендикулярный инфильтрат
 - в) аппендикулярный абсцесс
88. При остром аппендиците могут отмечаться
- а) симптом Воскресенского
 - б) симптом Образцова
 - в) симптом Ровзинга
 - г) симптом Ситковского
 - д) синдром Валя
89. При подозрении на острый аппендицит на амбулаторном этапе необходимо
- а) наложение холода на правую подвздошную область
 - б) экстренная госпитализация в хирургический стационар
 - в) направление в дневной стационар поликлиники под наблюдение для окончательного установления диагноза
 - г) введение наркотических препаратов
 - д) очищение кишечника с помощью клизмы
90. Воспалительные заболевания женской половой сферы
- а) в 60 % случаев протекают в виде острого процесса
 - б) чаще вызываются моновозбудителями
 - в) не имеют патогенетических связей со стероидной контрацепцией
 - г) не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах
91. Хроническое воспаление придатков матки
- а) при наличии тубооварийных образований и протекающее с частыми обострениями является показанием к санаторно-курортному лечению
 - б) может быть причиной нарушений менструальной функции
 - в) может быть показанием для лапароскопии
 - г) может быть показанием для гидротубаций
 - д) является противопоказанием к внутриматочной контрацепции
92. Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссивный путь заражения характерен
- а) для гонореи
 - б) для трихомониаза
 - в) для туберкулеза
 - г) для хламидийной инфекции
 - д) для микоплазменной инфекции
93. Одним из характерных симптомов
- а) стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ
 - б) пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передне-верхних остей крыльев подвздошных костей

в) одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища

г) параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища

д) хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки

94. Пельвиоперитонит

а) характерен для гонореи

б) может быть следствием воспаления придатков

в) проявляется положительным симптомом Гентера

г) часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен

д) является показанием для лапаротомии

95. В настоящее время характерными особенностями гонореи у женщин является

а) рост субъективно асимптомных форм

б) редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами

в) внутриэпителиальное вегетирование возбудителя

г) возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала

96. Гонорея у женщин

а) характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения

б) характеризуется наличием обильных пенистых белей

в) может быть причиной атрезии цервикального канала

г) может быть причиной бартолинита

д) обычно осложняется развитием параметрита

97. Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых

а) при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокацией в течение 3 месяцев

б) после трех ежемесячных алиментарных провокаций

в) после трех серий ежемесячных физических провокаций

г) после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины

д) после окончания курса лечения

98. Туберкулез женской половой сферы

а) может проявляться аменореей

б) может проявляться гиперполименореей

в) может быть причиной бесплодия

г) в 30-40 % случаев носит первичный характер

д) может быть заподозрен по характерным булавовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах

99. Для острого ринита характерны следующие симптомы

а) слизистые выделения из носовых ходов

б) затруднение носового дыхания

в) значительное снижение обоняния

г) повышение температуры до 39-40°C

д) кашель

100. К основным признакам острых инфекционных (гнойных) конъюнктивитов относятся

а) гнойное отделяемое, склеивание век по утрам

б) конъюнктивальная инъекция

в) ощущение песка в глазу

г) слезотечение, светобоязнь, блефароспазм

Ответы

1. а	21 а,б,в	41. а	61. в	81. а,б,в,г
2. б	22 д	42. б	62. в	82. а
3. б	23. а,б,в,	43. а,г,д	63. а	83. а
4. б	24. а.	44. а,б,в,г,д	64. а,б,в,д	84 д,е
5. в	25. а	45. а,б,г,д,е	65. а	85 а
6. в	26. г	46. а,б,в	66. а,б,д	86 а,б
7. а,г	27. г	47. в,г	67. а,в	87 в
8. а,в	28. б,д	48. а,в	68. в	88 б,в
9. а,б,в,г,д	29. а,б,г,д	49. а,б,в,г	69.а,б,в	89 а,б,в,г
10. б,в,г,е,ж	30. в,д	50. а,б,в,г.	70. б	90 .в
11. в	31. а,б,г,д	51. а. б. в	71. а,б,в	91,б,в,г,д
12. б,в,е	32. б,в,г,д	52. а	72. в	92 .а,б,г,д
13. г	33. а	53. а	73. а,в,г	93 .а,д
14. в	34. а,б,г,д	54. а,б,г	74. а	94 .а,б
15. б	35. а,б,в,г	55. а,б,в,д	75. б	95.а,в
16. б	36. б,в,г,д	56. а,б	76. а,б,в,г	96 .г
17.д	37. а,в,г	57. а,б,в	77. а,б,в,г	97 .а
18. а,б,в,г	38. б,г,д	58. а,б,в,г	78. г	98 .а,б,в
19. г	39. а,б,в	59. б	79. а,б,в,г	99 .а,б,в
20. ад	40. а,б,г,д,е	60. в	80. г	100 .а,б

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Инструкция: выберите 1 или несколько правильных ответов

1. Влажные хрипы при хроническом бронхите
 - а) не встречаются
 - б) являются признаком бронхиальной гиперсекреции
 - в) указывают на наличие диффузного перибронхиального склероза
2. Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является
 - а) спирография
 - б) рентгенография грудной клетки
 - в) фибробронхоскопия
 - г) бронхография
3. Основными клиническими признаками бронхиальной обструкции являются
 - а) плохое откашливание мокроты
 - б) экспираторный характер одышки
 - в) признаки эмфиземы легких
 - г) двусторонние крепитирующие хрипы
 - д) «поющие» сухие хрипы
4. При исследовании функции внешнего дыхания об обструкции бронхов свидетельствуют
 - а) повышение МВЛ
 - б) снижение МВЛ
 - в) повышение жизненной емкости легких
 - г) снижение индекса Тиффно
 - д) повышение индекса Тиффно
5. Для преимущественно дистального бронхита характерны
 - а) упорный надсадный кашель
 - б) ранняя одышка
 - в) легкое отхождение мокроты
 - г) снижение ОФВ1
 - д) повышение МВЛ
 - е) сухие свистящие хрипы
6. При рентгенографии грудной клетки для хронического обструктивного бронхита характерны
 - а) локальный пневмофиброз
 - б) диффузный пневмофиброз преимущественно в нижних отделах
 - в) диффузный пневмофиброз преимущественно в верхних отделах
 - г) утолщение стенок бронхов
 - д) плевральные сращения
 - е) признаки эмфиземы легких
7. Бронхоскопия при хроническом бронхите позволяет
 - а) оценить интенсивность воспаления слизистой бронхов
 - б) выявить трахео-бронхиальную дискинезию
 - в) получить материал для цитологического исследования
 - г) выявить обструкцию периферических бронхов
 - д) получить материал для микробиологического исследования
8. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками

- а) в осеннее-зимний период
- б) если мокрота слизистая
- в) в периоды выделения гнойной мокроты

9. Обычная доза пенициллина для ингаляций при обострении хронического бронхита составляет

- а) 50 тыс ЕД
- б) 250 тыс ЕД
- в) 500 тыс ЕД
- г) 1 млн ЕД

10. Сок чеснока или лука следует применять для ингаляций при разведении с кипяченой водой в соотношении

- а) 1:2
- б) 1:1
- в) 2:1
- г) 3:1

11. Для коарктации аорты характерной чертой является зависимость клинической симптоматики от локализации места сужения аорты. При этом наблюдаются следующие ситуации

- а) артериальное давление повышено на руках и снижено на нижних конечностях
- б) асимметрия артериального давления на правой и левой руках
- в) артериальное давление повышено как на руках, так и на ногах

12. К числу начальных обязательных инструментальных исследований, выполняемых у больного при выявлении стойкой артериальной гипертензии, следует отнести

- а) ультразвуковое исследование почек
- б) радиоренографию
- в) почечную ангиографию
- г) электрокардиографию
- д) офтальмоскопию

13. При определении прогноза течения гипертонической болезни наиболее информативными критериями являются

- а) уровень диастолического артериального давления
- б) выраженность головных болей
- в) возраст
- г) наличие признаков поражения органов-мишеней

14. Для злокачественной формы гипертонической болезни характерным является наличие

- а) стойкой высокой, преимущественно диастолической (свыше 120 мм рт. ст.) артериальной гипертензии
- б) низкой активности ренина плазмы крови
- в) гиперволемии
- г) гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
- д) ангиопатии сетчатки и отека диска зрительного нерва

15. При обследовании больного с артериальной гипертензией к числу скрининговых (обязательных) лабораторных методов исследования следует отнести

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) пробу Реберга
- г) определение холестерина и β -липопротеидов

д) определение билирубина

16. К числу признаков, позволяющих отличать артериальную гипертензию при хроническом пиелонефрите от гипертонической болезни, следует отнести

а) асимметричность ренографических кривых

б) деформацию чашечно-лоханочной системы при внутривенной урографии

в) наличие бактериурии

г) повышенные значения активности ренина в плазме крови

д) отеки лица по утрам

17. Для постановки диагноза гипертонической болезни основанием является

а) наличие указаний на гипертоническую болезнь у родителей, избыточной массы тела, низкой физической активности, избыточного употребления поваренной соли

б) отсутствие в процессе обследования вторичных причин повышения артериального давления

18. К наиболее частым проявлениям гипертонической болезни относятся

а) боли в затылочной области

б) шум в голове

в) мелькание "мушек" перед глазами, ухудшение зрения

г) похудание

д) двоение в глазах

19. Среди популяции с артериальной гипертензией большинство составляют

а) больные с гипертонической болезнью (эссенциальной гипертензией)

б) больные со вторичной гипертензией

20. Наиболее частой причиной развития вторичной артериальной гипертензии является

а) заболевания почек

б) заболевания эндокринной системы

в) врожденные пороки сердца

г) коллагенозы

д) прием медикаментов

21. Для раннего пострезекционного демпинг-синдрома характерно наличие

а) тахикардии, тремора после приема пищи

б) слабости после приема пищи

в) похудания

г) болей в эпигастральной области после приема пищи

22. Проявления раннего пострезекционного демпинг-синдрома отмечаются

а) через 5-20 минут после еды

б) через 60-120 минут после еды

в) через 3-5 часов после еды

23. При демпинг-синдроме целесообразно

а) исключение сладких продуктов

б) прием только жидкой пищи

в) питание твердой и относительно трудно перевариваемой пищей

г) медикаментозная терапия, аналогичная терапии при обострении язвенной болезни

д) частое дробное питание

24. Приступы распирающей боли в правом подреберье после еды, стихающей после упорной обильной рвоты, у больного с резецированным по Бильрот-II желудком характерны

а) для синдрома "приводящей петли"

б) для пенетрации язвы культи желудка в печень

в) для холецисто-холангита

25. У пациента, 16 дней назад прооперированного по поводу прободной язвы желудка, появились фебрильная лихорадка, боли в правом боку. При физикальном исследовании легких патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании - правый купол диафрагмы подтянут кверху. В данной ситуации можно предположить

- а) пневмонию
- б) эмболию легочной артерии
- в) поддиафрагмальный абсцесс
- г) нарушение дренажной функции бронха и ателектаз

26. Дуоденит может быть причиной

- а) цирроза печени
- б) дискинезии желчевыводящих путей
- в) хронического панкреатита
- г) синдрома Жильбера

27. При лечении дуоденита используют медикаментозную терапию, аналогичную терапии

- а) при язве 12-перстной кишки
- б) при язве желудка
- в) при хроническом гастрите типа А

28. При подозрении на заболевание тонкой кишки в план обследования больного включаются

- а) фиброгастродуоденоскопия
- б) ирригоскопия или фиброколоноскопия
- в) рентгенограмма тонкой кишки
- г) копрограмма
- д) биопсия тонкой кишки

29. Диета больного хроническим энтеритом включает

- а) сыр
- б) творог
- в) нежирное мясо
- г) молоко и блюда, приготовленные на молоке
- д) вегетарианские супы

30. Адекватная терапия дисбактериоза при хроническом энтерите включает

- а) рациональную диету
- б) сульфаниламиды
- в) заместительную ферментотерапию
- г) лактобактерин, колибактерин

31. Развитие нефротического синдрома характерно

- а) для тромбоза почечных вен
- б) для амилоидоза
- в) для волчаночного нефрита
- г) для хронического пиелонефрита
- д) для диабетического гломерулосклероза

32. Для нефротического синдрома характерно

- а) артериальная гипертензия
- б) протеинурия
- в) отеки
- г) гипопроteinемия
- д) гиперлипидемия

33. Существенного эффекта от иммуносупрессивной терапии следует ожидать

- а) при гломерулонефрите с минимальными изменениями (липоидном нефрозе)

- б) при волчаночном нефрите
 - в) при амилоидозе
 - г) при диабетическом гломерулосклерозе
 - д) при очаговом (фокальном) гломерулосклерозе
34. Нефротический синдром может рассматриваться в качестве важного клинического признака активности нефропатии
- а) при хроническом гломерулонефрите
 - б) при волчаночном нефрите
 - в) при амилоидозе почек
 - г) при диабетическом гломерулосклерозе
35. При биопсии почки у больного выявлен мезангиокапиллярный гломерулонефрит. При лечении этого больного показано
- а) назначение только глюкокортикоидов
 - б) сочетание глюкокортикоидов с цитостатиками
 - в) только симптоматическая терапия
 - г) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
36. Причиной сморщенных асимметричных почек может быть
- а) хронический гломерулонефрит
 - б) хронический пиелонефрит
 - в) острый интерстициальный нефрит
 - г) острая закупорка мочевыводящих путей
37. Образованию камней в мочевых путях способствуют
- а) гипопаратиреоз
 - б) гиперурикемия
 - в) инфекция мочевыводящих путей
 - г) нарушение уродинамики
 - д) лечение антибиотиками
38. Относительно бессимптомной бактериурии справедливо
- а) чаще встречается у женщин
 - б) диагностируется при наличии более 100000 микроорганизмов в 1 мл мочи
 - в) кишечная палочка - наиболее часто высеваемый микроорганизм
 - г) во всех случаях требуется антибактериальная терапия
39. К развитию вторичного пиелонефрита предрасполагают
- а) беременность
 - б) перегиб мочеточника
 - в) прием мочегонных средств
 - г) артериальная гипертензия
 - д) мочекаменная болезнь
 - е) нефроптоз
40. Для обострения хронического пиелонефрита характерно
- а) кожный зуд
 - б) лихорадка
 - в) отеки
 - г) уменьшение количества мочи
 - д) боли в поясничной области
41. Дефицит витамина В₁₂ после гастроэктомии развивается
- а) через 6 месяцев
 - б) через 1 год
 - в) через 3-6 лет
 - г) через 10 лет

42. Лейкопения встречается
- а) при железодефицитной анемии
 - б) при В12-дефицитной анемии
 - в) при гемолитической анемии
 - г) при фолиево-дефицитной анемии
43. Причинами увеличения содержания ретикулоцитов в анализе крови могут быть
- а) кровотечение
 - б) гемолитическая анемия
 - в) удаление селезенки
 - г) апластическая анемия
44. Продолжительность жизни эритроцитов в норме составляет
- а) 15-20 дней
 - б) 30-40 дней
 - в) 120 дней
 - г) 3-4 дня
45. Апластическая анемия может развиваться при остром вирусном гепатите
- а) в остром периоде
 - б) через 2-3 месяца от начала заболевания
 - в) через 6 месяцев от начала заболевания
46. у больного после резекции желудка развивается макроцитарная анемия. Уточнить диагноз поможет
- а) определение осмотической стойкости эритроцитов
 - б) определение гемоглобина в моче
 - в) стерильная пункция
 - г) определение длительности жизни эритроцитов
47. У больного в анализах периферической крови выявляется панцитопения. Таким синдромом могут проявляться
- а) острый лейкоз
 - б) гемопозитическая дисплазия
 - г) гипопластическая анемия
 - д) железодефицитная анемия
48. На 5-й день терапии витамином В12 у больного с мегалобластной анемией в анализах крови отсутствует ретикулоцитоз. В этой ситуации целесообразно
- а) увеличить дозу витамина В12
 - б) провести гемотрансфузию
 - в) назначить фолиевую кислоту
 - г) назначить препараты железа
49. Время кровотечения может удлиняться
- а) при уремии
 - б) при портальной гипертензии
 - в) при эссенциальной тромбоцитопении
 - г) при болезни Виллебранда
50. Для выраженной тромбоцитопении характерно
- а) синячково-петехиальный тип кровоточивости
 - б) гематомный тип кровоточивости
 - в) спонтанные кровотечения
 - г) положительный симптом "щипка"
 - д) увеличение времени кровотечения
51. Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются
- а) снижение массы тела

- б) повышенная раздражительность
- в) сонливость
- г) запоры
- д) стойкая тахикардия

52. Все перечисленные утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением

- а) хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз
- б) развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови
- в) при тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода
- г) в лечении криза целесообразно использование β -адреноблокаторов
- д) в терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода

53. Характерным осложнением применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является

- а) гипокалиемия
- б) повышение уровня креатинина и мочевины в крови
- в) снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
- г) гипергликемия
- д) гипокальциемия

54. Показанием к проведению пробы с T_3 является

- а) подозрение на диффузный токсический зоб
- б) дифференциальная диагностика гипотиреоза
- в) решение вопроса об отмене лечения у больного с токсической аденомой

55. В лечении прогрессирующей инфильтративной офтальмопатии наиболее эффективным являются

- а) большие дозы преднизолона
- б) мерказолил
- в) радиоактивный йод
- г) субтотальная струмэктомия

56. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является

- а) сцинтиграфия щитовидной железы
- б) данные пальпаторного исследования
- в) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- г) компьютерная томография щитовидной железы
- д) тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

57. У 40-летней женщины выявлен узел в левой доле щитовидной железы диаметром 3 см. Из анамнеза известно, что в детстве больная получала лучевую терапию по поводу лимфаденита. При биопсии узла обнаружены атипичные клетки. Оптимальной тактикой в отношении данной больной является

- а) назначение тиреоидных гормонов
- б) оперативное вмешательство в связи с подозрением на рак щитовидной железы
- в) назначение преднизолона
- г) облучение щитовидной железы

58. Относительно первичного гипотиреоза справедливо

- а) часто бывает следствием лечения больных диффузным токсическим зобом радиоактивным йодом
- б) нередко развивается у больных с зобом Хашимото
- в) при его лечении необходимо использовать препараты неорганического йода

- г) часто сопровождается развитием анемии
 - д) требует постоянной заместительной терапии тиреоидными гормонами
59. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно
- а) проведение скинтиграфии щитовидной железы
 - б) определение уровня ТТГ
 - в) определение уровня Ca^{++} в крови
 - г) определение T_3
 - д) определение T_4
60. У подростка обнаружено увеличение щитовидной железы. Из анамнеза известно, что сходные заболевания имеют несколько членов семьи. При обследовании: тест с перхлоратом калия - положительный. Оптимальной тактикой в отношении данного больного является
- а) хирургическое лечение зоба
 - б) терапия тиреоидными гормонами
 - в) терапия мерказолилом
61. Патогенетическая терапия системной склеродермии при хроническом течении включает
- а) D-пеницилламин или колхицин
 - б) вазодилататоры
 - в) дезагреганты
 - г) цитостатики
 - д) нестероидные противовоспалительные препараты
62. Клинические проявления дерматомиозита в типичных случаях включают
- а) миалгии
 - б) разнообразные поражения кожи
 - в) мышечную слабость вплоть до развития псевдопараличей
 - г) иммуновоспалительную лабораторную симптоматику
 - д) гипертиреоидный синдром
63. Поражение легких при узелковом периартериите включает
- а) развитие синдрома бронхиальной астмы с высокой стойкой эозинофилией
 - б) формирование первичной эмфиземы легких
 - в) легочные васкулиты с кровохарканьем и тяжелой одышкой
64. Для узелкового периартериита характерно
- а) эозинопения
 - б) ускорение СОЭ
 - в) анемия с тромбоцитопенией
 - г) гипер- γ -глобулинемия
 - д) повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов
65. Препаратами выбора при лечении узелкового периартериита являются
- а) цитостатические препараты в комбинации с глюкокортикоидами
 - б) D-пеницилламин
 - в) нестероидные противовоспалительные препараты
 - г) препараты золота
66. Следующие утверждения в отношении терапии глюкокортикоидами при ревматоидном артрите являются справедливыми
- а) обладают быстрым и выраженным противовоспалительным действием
 - б) вызывают кортикозависимость

в) показаны в случаях высокой активности ревматоидного артрита, а также при наличии висцеритов

г) нежелательно их сочетание с другими базисными препаратами д) не вызывают развитие остеопороза

67. Больной перенес ревматическую атаку 3 года назад. В настоящий момент проходит профосмотр, жалоб не предъявляет. При физикальном исследовании выявляется недостаточность митрального клапана. Признаков сердечной недостаточности нет. Анализ крови: НЬ - 150 г/л, лейкоциты - $4.6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 9 мм/час, С-реактивный белок - отрицательный, титры АСЛ-О - 1 :25. На ЭКГ PQ - 0.26" (выявлялось и раньше), других отклонений нет. Очевидно, что ревматический процесс

а) активный

б) неактивный

68. Отличительными признаками реактивного артрита являются

а) тесная временная связь с какой-либо инфекцией в дебюте или при обострении (от 10 дней до 1.5 месяцев)

б) доброкачественное рецидивирующее течение

в) отсутствие эффективности от противовоспалительной терапии

г) выраженные рентгенологические изменения

д) хронизация воспалительных изменений

69. Мужчина 23 лет предъявляет жалобы на выраженные боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 37.5С, болезненное мочеиспускание, гнойные выделения из уретры. В настоящее время лечится в кожновенерическом диспансере по поводу хронической гонореи. Наиболее вероятно, что у больного

а) синдром Рейтера

б) гонококковый полиартрит

в) ревматическая атака

70. При артрозах боли в суставах носят "механический характер", то есть возникают при нагрузке на больной сустав

а) правильно

б) неправильно

71. Больному с подозрением на перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки на догоспитальном этапе нельзя выполнять

а) введение наркотических анальгетиков

б) промывание желудка

в) аспирацию желудочного содержимого через зонд

г) применение теплой грелки на живот

д) применение пузыря со льдом на живот

72. К особенностям клиники «прикрытой» перфорации язвы желудка или 12-ти перстной кишки относятся

а) быстрое стихание «кинжальной» боли в животе

б) прогрессивное ухудшение общего состояния больного

в) незначительное нарушение общего состояния больного

г) наличие «доскообразного» живота

д) наличие симптома Ратнера-Виккера (напряжение брюшной стенки в правом верхнем квадранте живота при относительно благополучном состоянии больного)

73. При подозрении на прикрытую перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки необходимо

а) экстренно госпитализировать больного в хирургический стационар

б) направить больного на консультацию в хирургический стационар

в) лечить больного амбулаторно

г) направить больного на лечение в дневной стационар поликлиники

74. Диагноз гонореи может быть поставлен

а) при положительной реакции Борде-Жангу

б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб

в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала

г) в случаях обнаружения гонококков

д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины

75. Особенностью гонореи у женщин является

а) высокая частота поражения влагалища

б) наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала

в) связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом

г) высокая частота поражения параметрия

д) двустороннее поражение маточных труб

76. Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии

а) обычно развивается в течении первой недели после заражения

б) часто осложняется пельвиоперитонеумом

в) является показанием к оперативному лечению

г) диагностируется с помощью гистеросальпингографии

д) является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3.5 г

77. Что из перечисленного характерно для брюшного тифа на первой неделе заболевания?

а) развитие высокой лихорадочной реакции в течение нескольких дней

б) распространенные миалгии

в) стойкая головная боль

г) профузная диарея

д) склонность к задержке стула

78. Что из перечисленного относительно экзантемы при брюшном тифе является верным?

а) петехиальная сыпь на боковых участках груди и живота

б) появление элементов сыпи на 4-5 дни болезни

в) розеолезно-папулезная сыпь на передней брюшной стенке

г) возникновение сыпи на 8-10 дни болезни

д) шелушение на месте исчезнувших элементов сыпи

79. Выберите наиболее характерные симптомы брюшного тифа в разгар заболевания

а) ремитирующая волнообразная лихорадка

б) брадикардия

в) водянистая диарея

г) увеличение селезенки и печени

д) розеола-папулы, исчезающие через 1-3 дня бесследно

80. Укажите типичные осложнения брюшного тифа

а) кишечное кровотечение

б) абсцесс печени

в) перфоративный перитонит

г) экссудативный перитонит

д) эндокардит

81. Укажите симптомы, позволяющие предположить развитие перитонита у больного брюшным тифом

а) усиление болей в низу живота

б) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево

в) напряжение мышц брюшной стенки

г) исчезновение печеночной тупости при перкуссии

д) наличие свободной жидкости в брюшной полости

82. Преходящие нарушения мозгового кровообращения развиваются вследствие

а) эмболии мозговых сосудов

б) тромбоза крупных сосудов при наличии хорошо развитой сети коллатерального кровообращения

в) тромбоза крупных сосудов при отсутствии хорошо развитой сети коллатерального кровообращения

г) стеноза экстрацеребральных сосудов головы или интрацеребральных сосудов и присоединения падения артериального давления

83. Общемозговые симптомы при преходящих нарушениях мозгового кровообращения характеризуются

а) ощущением слабости, недостатка воздуха, пелены перед глазами

б) головной болью, тошнотой, рвотой

в) вазомоторными реакциями

г) кратковременными расстройствами сознания

84. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в системе внутренней сонной артерии

а) наиболее часто наблюдается онемение, покалывание на ограниченных участках лица или конечностей

б) возможны нарушения чувствительности по гемитипу

в) двигательные расстройства чаще ограничены рукой или ногой

г) двигательные и чувствительные расстройства чаще сочетаются с нарушениями речи по типу дизартрии или афазии

85. Для лечения поллиноза используют

а) антигистаминные препараты

б) гормональные препараты

в) препараты, блокирующие выброс гистамина тучными клетками (интал)

г) антибиотики

д) сульфаниламидные препараты

86. Эозинофилия крови характерна

а) для аллергических ринитов

б) для острых гнойных гайморитов

87. Больному поллинозом показано проведение курса специфической гипосенсибилизации пыльцевыми аллергенами

а) за 1-3 месяца до начала цветения растений

б) во время цветения растений

в) сразу же после окончания периода цветения растений

88. Консультация офтальмолога у больных с синдромом Сьегрена является необходимой, так как

а) необходим осмотр глазного дна для выявления специфических изменений

б) при данной патологии поражается слезная железа, что требует специального офтальмологического обследования и лечения

89. Все перечисленные свойства присущи нормальной конъюнктиве глазного яблока, за исключением

а) прозрачности

б) сухости

в) увлажненности

г) подвижности при смещении

90. К характерным признакам бактериального конъюнктивита относятся

- а) слизисто-гнойное отделяемое
 - б) серозное отделяемое
 - в) наличие фолликулов и отека переходной складки
91. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является
- а) допамин
 - б) дигоксин
 - в) адреналин
 - г) норадреналин
 - д) мезатон
92. Характерными клиническими признаками инфекционно-токсического шока являются
- а) падение артериального давления
 - б) брадикардия
 - в) олигурия
 - г) полиурия
93. Какой из перечисленных видов терапии на догоспитальном этапе наиболее целесообразен при первых признаках геморрагического шока?
- а) сердечные гликозиды
 - б) адреналин
 - в) реополиглюкин
 - г) 4-5% раствор бикарбоната натрия
 - д) глюкокортикоиды
94. При развитии обморочного состояния в душном непроветриваемом помещении у женщины среднего возраста необходимо
- а) применять средства, оказывающие рефлекторное воздействие - холодная вода, нашатырный спирт и т.д.
 - б) усадить больную на стул
 - в) придать больной горизонтальное положение с приподнятыми ногами
 - г) измерить пульс, частоту дыхания и при возможности измерить артериальное давление
95. Внезапное развитие обморочного состояния у молодого мужчины, сопровождающегося гиперемией лица, нарушением дыхания, судорожным синдромом, позволяет в первую очередь предположить наличие у больного
- а) эпилепсии
 - б) гипогликемии на фоне сахарного диабета
 - в) тромбоэмболии легочной артерии
 - г) синдрома слабости синусового узла
96. Обморочные состояния у лиц пожилого возраста могут быть следствием
- а) повышенной чувствительности каротидного синуса
 - б) нарушения функции синусового узла
 - в) ортостатических вазовагальных нарушений
97. Наличие в момент внезапно развившегося обморока цианоза, одышки, бледности кожных покровов, набухших шейных вен позволяет заподозрить у больного в первую очередь
- а) патологию сердца
 - б) первичную недостаточность вегетативной нервной системы
 - в) заболевание головного мозга
98. Положительный инотропный эффект допамина при острой циркуляторной недостаточности определяется
- а) воздействием на β_1 -адренорецепторы
 - б) уменьшением концентрации циклического аденозинмонофосфата в миокарде

- в) подавлением активности фосфодиэстеразы
99. К факторам, способствующим развитию диабетического кетоацидоза, относятся
- а) инфекция
 - б) нарушение режима питания
 - в) эмоциональные нагрузки
 - г) прекращение введения инсулина
100. Развернутая клиника диабетического кетоацидоза может развиваться
- а) практически молниеносно
 - б) за 30-60 мин
 - в) в течение 24-48 ч

Ответы

1.б	21. б.в	41. в	61. б.г.д	81 .а,б,в,г,д
2.в	22. а.в.г	42. б.г	62. а.б.г.д	82 .а,б,г
3.а,б,в,д	23. а б	43. а.б	63. а.в.г	83 3.а,б,в,г
4.б,г	24. а.б.в.г.д	44. в	64. в	84 .а,б,в,г
5.б,г,е	25. а.б.в	45. б	65. а.б.в.д	85 .а
6.б,г,е	26. а	46. в	66. а.б.в.г	86.а
7.а,б,в,д	27. а.в.д	47. а.б.в.г	67. а.в	87 .а,б,в
8.в	28. а	48. в	68. б.в.г.д	88 .б
9.б	29. в	49. а.б.в.г	69. а	89 .б
10.а	30. б.в	50. а.в.г.д	70. а.б.в	90 .а,в
11. а.б	31. б.г	51. а.б.д	71 а	91. а
12. а,б.г.д	32. а.б	52. в	72 а, б, г	92. а.в
13. а.г	33. а	53. в	73 а, в, д	93. в
14. а,г.д	34. а.б.г	54. а	74 .г	94. а.в.г
15. а,б.в	35. б.в.г.д	55. а	75. б,в,д	95. а
16. а,б.в	36. а.б.в.д	56. д	76 .б	96. а.б.в
17. б	37. б.в.г.д	57. б	77.а,в,д	97. а
18. а,б.в	38. а.б	58. а.б.г.д	78 .в,г	98. а
19. а,	39. а.б	59. б	79 .а,б,г,д	99. а.б.г
20. а	40. б	60. б	80 .а,в	1000. в

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ИТОГОВОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Инструкция: выберите 1 или несколько правильных ответов

1. Оптимальная температура аэрозоля, способствующая лучшему его всасыванию, составляет
 - а) 36-38°C
 - б) 30-32°C
 - в) 40-44°C
 - г) 22-24°C
2. Масляные ингаляции противопоказаны
 - а) при атрофическом ларингите
 - б) при атрофическом бронхите
 - в) при работе с мучной пылью
 - г) при работе с асбестовой пылью
3. Бромгексин обладает
 - а) противовоспалительным действием
 - б) способностью улучшать мукоцилиарный клиренс
 - в) бронхолитическим действием
 - г) способностью усиливать продукцию сурфактанта
 - д) способностью разжижать мокроту
4. Дозировка настоя травы термопсиса составляет
 - а) 1.0:200.0
 - б) 0.6:200.0
 - в) 6.0:200.0
 - г) 15.0:200.0
5. Оптимальная частота прием отхаркивающей микстуры
 - а) 2 раза в день – утром и вечером
 - б) 3 раза в день
 - в) 6 раз в день
6. Протеолитические ферменты для разжижения мокроты у больных хроническим бронхитом можно вводить
 - а) перорально
 - б) внутримышечно
 - в) внутривенно
 - г) ингаляционно
 - д) эндобронхиально
 - е) интраплеврально
7. Из перечисленных отхаркивающих средств могут вводиться внутривенно
 - а) ликорин
 - б) терпингидрат
 - в) йодистый натрий
 - г) N-ацетилцистеин
8. Из перечисленных отхаркивающих средств чаще дает побочные явления в виде насморка и кожных высыпаний
 - а) трава багульника
 - б) корень ипекуаны
 - в) йодид калия
 - г) бромгексин

9. Из растительных отхаркивающих средств свойства дыхательного аналептика имеет
- а) алтей
 - б) чабрец
 - в) подорожник
 - г) термопсис
 - д) ипекуана
10. Среди перечисленных противокашлевых средств препаратами без наркотических свойств являются
- а) кодеин
 - б) дионин
 - в) глаувент
 - г) тусупрекс
 - д) либексин
11. Распространенность гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) в России составляет
- а) 12-15%
 - б) 5-11%
 - в) 16-25%
12. Больная 34 лет жалуется на приступы мучительных головных болей, которые сопровождаются чувством страха, потливостью, ощущением покалывания в пальцах рук и ног, сердцебиением, болями в области сердца. Артериальное давление в момент приступа - 200/115 мм рт. СТ. При попытке встать с постели возникают обмороки. Наиболее вероятно, что у больной
- а) злокачественная форма гипертонической болезни
 - б) феохромоцитома
 - в) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу
 - г) опухоль юкстгломерулярного аппарата
13. У больного 18 лет с хорошо развитой верхней половиной туловища при прохождении призывной комиссии в военкомате обнаружена высокая артериальная гипертензия. При осмотре обнаружено непропорциональное развитие верхних и нижних конечностей, усиленная пульсация сосудов шеи, ослабление пульсации на нижних конечностях, аускультативно определяется систолический шум в межлопаточной области, на ЭКГ - признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка. Из перечисленных причин наиболее вероятно привела к развитию артериальной гипертензии
- а) синдром Такаясу
 - б) болезнь Иценко-Кушинга
 - в) коарктация аорты
 - г) открытый артериальный проток
14. Больной 62 лет, перенесший инфаркт миокарда, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. При осмотре пульс - 86 в минуту, артериальное давление - 200/100 мм РТ. СТ., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Для коррекции артериальной гипертензии больному целесообразно назначить
- а) анаприлин
 - б) финоптин
 - в) коринфар
 - г) гипотиазид
15. У больного 45 лет с давней умеренной артериальной гипертензией в течение последнего года произошла стабилизация артериального давления на высоком уровне (выше 200/110 мм РТ. СТ.). Сопутствующей патологией является облитерирующий ате-

росклероз сосудов нижних конечностей. Клинических признаков поражения почек не обнаруживается. Наиболее вероятно, что к нарастанию тяжести артериальной гипертензии привело

- а) уменьшение эластичности аорты и магистральных артерий вследствие длительно существующего повышения артериального давления
- б) формирование атеросклеротического стеноза почечной артерии
- в) присоединение нефроптоза
- г) тромбоз почечной артерии
- д) панартериит с поражением дуги аорты

16. Больной 45 лет с длительно стабильной высокой артериальной гипертензией обратился с жалобами на головную боль, сильную слабость, периодически возникающие отеки лица по утрам. При осмотре: пульс - 80 в минуту, артериальное давление - 210/120 мм РТ. СТ. На ЭКГ - выраженные признаки гипертрофии левого желудочка, гипокалиемия. В анализе крови: калий - 2.7 ммоль/л, натрий - 146 ММОЛЬ/Л. В анализе мочи: гипозиостенурия, мочевого осадок не изменен, реакция мочи - щелочная. По данным радиоренографии - симметричное умеренное нарушение секреторной функции почек. Клинических признаков поражения почек не обнаруживается. Наиболее вероятно, что у больного

- а) феохромоцитомы
- б) синдром Кона
- в) хронический пиелонефрит
- г) хронический гломерулонефрит
- д) синдром Иценко-Кушинга

17. У больной 26 лет после двух родов наблюдается появление лабильной артериальной гипертензии. Ухудшение самочувствия провоцируется длительной ходьбой и пребыванием в вертикальном положении. После непродолжительного отдыха в горизонтальном положении артериальное давление может нормализовываться. При планировании диагностических мероприятий в первую очередь следует думать, что у больной

- а) хронический пиелонефрит
- б) нефроптоз
- в) феохромоцитомы
- г) гипертоническая болезнь

18. В возникновении артериальной гипотонии играют роль

- а) снижение ударного выброса
- б) уменьшение периферического сосудистого сопротивления
- в) гиповолемия

19. К основным рефлекторным механизмам, направленным на нормализацию давления при артериальной гипотонии, относятся

- а) снижение стимуляции вазопрессоров
- б) рефлекторная стимуляция симпатических влияний и снижение парасимпатических - сужение мускулатуры артериол и венул
- в) урежение ритма
- г) учащение ритма
- д) увеличение выброса АДГ, ДКТГ, альдостерона
- е) снижение выброса ренина

20. Нарушения кардиогемодинамики, вызывающие острую гипотонию, могут возникнуть

- а) при аортальном стенозе
- б) при тромбозе почечных вен
- в) при тромбозмболии легочной артерии

г) при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

д) при миксоте левого предсердия

21. Симптоматическими средствами для лечения поносов у больных хроническим энтеритом являются

а) карбонат кальция

б) висмут

в) имодиум

г) регулакс

22. Для поноса тонкокишечного типа характерно

а) каловые массы значительны по объему

б) наличие ложных позывов (тенезмов)

в) частота стула - 2-4 раза в день

г) наличие слизи, крови в испражнениях

д) отсутствие слизи, крови в испражнениях

23. Наиболее типичными клиническими признаками синдрома мальабсорбции являются

а) понос тонкокишечного типа

б) флатуленция и метеоризм

в) исхудание больного

г) гипоальбуминемия

д) боли в эпигастриальной области

24. К возможным причинам мальдигестии относятся

а) нарушение экзокринной функции поджелудочной железы

б) непоступление желчи в начальный отдел тонкой кишки

в) резекция одной трети тонкой кишки

г) выраженная желудочная гиперсекреция (синдром Золлингер - Эллисона)

25. Мальдигестия может быть обусловлена

а) дефицитом энзимов поджелудочной железы

б) дефицитом желчных кислот

в) дефицитом соляной кислоты

г) гиперсекрецией соляной кислоты (синдромом Золлингер - Эллисона)

26. Для неспецифического язвенного колита в фазе обострения характерно

а) запоры

б) поносы

в) стул с примесью крови и слизи

г) схваткообразные боли в животе

д) ложные позывы (тенезмы)

27. Для подтверждения диагноза неспецифического язвенного колита применяется

а) ректороманоскопия

б) фиброколоноскопия с биопсией слизистой

в) копрограмма

г) ирригоскопия

28. В клиническом анализе крови у больного неспецифическим язвенным колитом характерны

а) гипохромная анемия

б) гиперхромная макроцитарная анемия

в) лейкоцитоз

г) лейкопения

д) сдвиг лейкоцитарной формулы влево

29. При неспецифическом язвенном колите прямая и сигмовидная кишка поражаются

а) до 95% случаев

б) до 50% случаев

в) до 25% случаев

30. К осложнениям неспецифического язвенного колита относятся

а) сепсис

б) токсическая дилатация толстой кишки

в) перфорация толстой кишки

г) межкишечные свищи

д) стоматит, парадонтоз

31. Для подтверждения диагноза хронического пиелонефрита необходимо осуществить

а) анализ мочи

б) посев мочи

в) внутривенную урографию

г) ретроградную пиелографию д) биопсию почки

32. Для пиелонефрита характерно

а) снижение плотности мочи

б) лейкоцитурия

в) бактериурия

г) протеинурия свыше 1 г/л

д) цилиндрурия

33. При внутривенной урографии для хронического пиелонефрита наиболее характерно

а) симметричность поражения

б) деформация чашечно-лоханочного "дерева"

в) спазм шеек чашечек

г) увеличение размеров почек

34. Для больного хроническим пиелонефритом полезно

а) ограничение поваренной соли

б) ограничение жидкости

в) чередование курсов уросептиков

г) ограничение белка в диете

д) применение уросептических трав в течение года

35. Для острого пиелонефрита справедливо

а) симптомы развиваются в течение нескольких дней или недель

б) начало заболевания характеризуется высокой лихорадкой с ознобами, тошнотой, рвотой

в) при любой клинике заболевания и любом способе забора мочи диагностическое значение для выявления инфекции мочевыводящих путей имеют 100 000 бактерий на 1 мл мочи

г) острый пиелонефрит может осложниться папиллярным некрозом

36. Лейкоцитурия часто встречается

а) при амилоидозе почек

б) при туберкулезе почек

в) при интерстициальном нефрите с папиллярным некрозом

г) при хроническом пиелонефрите

д) при цистите

37. Высокое содержание лейкоцитарных цилиндров в моче наиболее характерно

а) для некроза канальцев

б) для острого пиелонефрита

в) для нефритического синдрома

г) для нефротического синдрома

д) для "шоковой" почки

38. При обзорной рентгенографии у больного выявлено уменьшение размеров одной из почек. Это может свидетельствовать в пользу

- а) хронического пиелонефрита
- б) хронического гломерулонефрита
- в) врожденной аномалии почки
- г) инфаркта почки
- д) острого гломерулонефрита

39. Первичный амилоидоз может сочетаться

- а) с миеломной болезнью
- б) с макроглобулинемией Вальденстрема
- в) с моноклональной гаммапатией
- г) с плазмацитомой, ограниченной отдельным органом
- д) может быть не связан с другими заболеваниями

40. Амилоидоз почек может встречаться

- а) при анкилозирующем спондилите
- б) при ревматизме
- в) при ревматоидном артрите
- г) при болезни Крона
- д) при туберкулезе
- е) при остеомиелите
- ж) при ожогах

41. Тромбоцитопенией могут сопровождаться

- а) эритремия
- б) цирроз печени
- в) острый лейкоз
- г) хронический лимфолейкоз
- д) фолиево-дефицитная анемия
- е) гемопозитическая дисплазия

42. Для гемофилии А типично

- а) преимущественная заболеваемость среди женщин
- б) наличие гемартрозов
- в) упорные поздние кровотечения при хирургических вмешательствах, травмах
- г) увеличение времени свертывания крови
- д) гематомный тип кровоточивости

43. При гематомном типе кровоточивости в первую очередь следует думать

- а) о гемофилии
- б) о болезни Рандю - Ослера
- в) о тромбоцитопатии
- г) о тромбоцитопении

44. Лейкопения может наблюдаться

- а) при апластической анемии
- б) при В12-дефицитной анемии
- в) при циррозе печени
- г) при фолиево-дефицитной анемии
- д) при остром лейкозе
- е) при лейкемоидной реакции

45. Для хронического лимфолейкоза характерны

- а) гипо-г-глобулинемия
- б) гемолитическая анемия
- в) тромбоцитопения

г) повышенная чувствительность к укусам насекомых

д) рецидивирующие инфекции

46. К наиболее характерным признакам хронического миелолейкоза в хронической фазе (развернутая стадия) относятся

а) лейкоцитоз

б) увеличение селезенки

в) боли в костях

г) лихорадка

47. В анализе крови у пациента выявляется лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9/\text{л}$, резкий сдвиг влево до метамиелоцитов. Возможными причинами подобных изменений могут быть

а) хронический миелолейкоз

б) хронический лимфолейкоз

в) системная красная волчанка

г) пневмония

д) миеломная болезнь

48. У больного с хроническим лимфолейкозом при контрольной рентгенографии органов грудной клетки выявлен диссеминированный процесс с преимущественной локализацией в верхних отделах. В первую очередь следует думать

а) о туберкулезе

б) о карциноматозе

в) о специфической инфильтрации

49. У больного выявлено: анемия и тромбоцитопения, нормобласты в периферической крови, сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов. Подобная картина встречается

а) при гипопластической анемии

б) при карциноматозе костного мозга

в) при миелофиброзе

г) при хроническом миелолейкозе

д) при хроническом лимфолейкозе

50. Для больного с истинной полицитемией типично предъявление жалоб

а) на головные боли

б) на кожный зуд

в) на боли в горле

г) на боли в кончиках пальцев рук

51. 30-летняя женщина обнаружена в коматозном состоянии с выраженной гипотонией. Из анамнеза известно, что 2 года назад больная получала курс лучевой терапии по поводу пролактиномы. До последнего времени получала тироксин в возрастающей дозе по поводу гипотиреоза. В этой ситуации в первую очередь необходимо

а) ввести гидрокортизон

б) ввести норадреналин

в) ввести тиреотропный гормон

52. Характерными клиническими признаками гиперпаратиреоза являются

а) фиброзно-кистозный остеоит

б) гиперкальциурия

в) кальцификация базальных ганглиев

г) гипофосфатемия

д) нефролитиаз

53. Тремя первоочередными мероприятиями при подозрении на синдром Иценко- Кушинга являются

а) глюкозотолерантный тест

б) определение уровня кортизола в крови

- в) исследование суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС
 - г) компьютерная томография надпочечников
 - д) тест с дексаметазоном
54. Для гипопитуитаризма характерны все перечисленные признаки, за исключением
- а) надпочечниковой недостаточности
 - б) гиперпигментации
 - в) избыточного оволосения
 - г) гипотиреоза
55. Диагностическими критериями болезни Иценко - Кушинга являются
- а) низкий уровень АКТГ
 - б) снижение экскреции 17-ОКС в пробе с 2 мг дексаметазона
 - в) отсутствие циркадного ритма кортизола
 - г) отсутствие снижения экскреции 17-ОКС в пробе с 2 и 8 мг дексаметазона
 - д) высокий уровень АКТГ
56. Для синдрома Иценко - Кушинга характерно
- а) остеопороз
 - б) прогрессирующее похудание
 - в) артериальная гипертензия
 - г) мышечная слабость и атрофия мышц
 - д) гипергликемия
57. В лечении болезни Иценко - Кушинга как правило используются
- а) аминоглутетимид
 - б) преднизолон
 - в) бромокриптин
 - г) ципрогептадин
 - д) ДОКСА
58. Относительно секреции альдостерона справедливо
- а) контролируется, главным образом, гипофизом
 - б) стимулируется низким потреблением натрия
 - в) снижается при стенозе почечной артерии
 - г) повышается при назначении каптоприла
59. Для первичного гиперальдостеронизма характерно
- а) гипонатриемия
 - б) метаболический ацидоз
 - в) повышение артериального давления
 - г) гипокалиемия
 - д) гиперкалиемия
60. Двумя первоочередными исследованиями при подозрении на болезнь Аддисона являются
- а) проба с леводопой
 - б) инсулинотолерантный тест
 - в) тест с АКТГ
 - г) тест с тиролиберином
61. При наличии реактивного синовита на фоне остеоартроза наблюдаются "стартовые боли", то есть боли, возникающие при первых шагах больного, которые затем быстро исчезают
- а) правильно
 - б) неправильно
62. Характерными признаками остеоартроза являются
- а) утренняя скованность

- б) стартовые боли
- в) "механический" характер болевого синдрома
- г) хруст в суставах
- д) блокада сустава

63. К характерным рентгенологическим признакам остеоартроза относятся

- а) сужение суставной щели
- б) остеофитоз
- в) деформация суставных поверхностей
- г) субхондральный остеопороз

64. При обострении деформирующего остеоартроза при меняется

- а) разгрузка конечности - иммобилизация гипсовой лонгетой, манжетное вытяжение на шинах, ходьба с помощью костылей
- б) лечебная физкультура и массаж
- в) противовоспалительные и анальгезирующие препараты
- г) антибактериальная терапия
- д) скелетное вытяжение

65. Характерными признаками первичного остеоартроза являются

- а) боли в суставах при нагрузке
- б) периодическое "заклинивание" сустава (симптом "блокады сустава")
- в) уменьшение болей в суставах в покое
- г) развитие деформаций суставов
- д) наличие тофусов

66. Относительно первичного остеоартроза справедливо

- а) заболевание начинается медленно, часто без видимой причины
- б) преимущественно поражаются суставы ног и дистальные межфаланговые суставы
- в) заболевание приводит к стойкой деформации суставов
- г) преимущественно поражается I-й плюснефаланговый сустав

67. Относительно болезни Бехтерева справедливо

- а) болеют в основном мужчины
- б) заболевание чаще начинается в возрасте 15-30 лет
- в) преимущественно болеют пожилые женщины
- г) в первую очередь поражается крестцово-подвздошное сочленение

68. Болевой синдром в пояснично-крестцовой области при болезни Бехтерева характеризуется

- а) "кризовым" течением от нескольких дней до нескольких месяцев
- б) усилением во второй половине ночи
- в) может ассоциироваться с болями в суставах
- г) может ассоциироваться с поражением глаз
- д) обязательно сопровождается выраженным иммунно-воспалительным синдромом

69. Заподозрить болезнь Бехтерева у молодого мужчины можно при наличии

- а) болей воспалительного типа в суставах или L пояснице
- б) симметричного моноолигоартрита суставов ног
- в) ощущений скованности в пояснице
- г) рентгенологической картины сакроилеита
- д) гнездной алопеции

70. При болезни Бехтерева нередко отмечаются висцеральные проявления. Среди них наиболее характерны

- а) поражения глаз
- б) аортрит и недостаточность аортальных клапанов
- в) гломерулонефрит
- г) амилоидоз почек

д) уретрит

71. Симптом Курвуазье характерен

а) для холедохолитиаза

б) для рака печени

в) для опухоли головки поджелудочной железы

г) для острого холецистита

д) для цирроза печени

72. При подозрении на острый холецистит наиболее информативным исследованием является

а) пероральная холецистография

б) внутривенная холецистография

в) ультразвуковое исследование желчных путей и желчного пузыря

г) изотопное сканирование печени

д) обзорная рентгенограмма брюшной полости

73. При выявлении острого холецистита показано

а) амбулаторное лечение

б) лечение в дневном стационаре поликлиники

в) госпитализация в терапевтический стационар

г) экстренная госпитализация в хирургический стационар

д) направление на плановое хирургическое лечение

74. На догоспитальном этапе в лечении больного с острым холециститом нельзя применять

а) холод на область правого подреберья

б) грелку на область правого подреберья

в) наркотические анальгетики

г) спазмолитики

д) желчегонные-холекинетики

75. Все из перечисленного характерно для острого панкреатита, за исключением

а) опоясывающих болей в верхней половине живота

б) многократной рвоты

в) многократного жидкого стула

г) положительного симптома Мейо-Робсона (болезненности при пальпации в левом costo-vertebrальном углу)

д) повышение амилазы в крови и в моче

76. Для диагностики острого панкреатита двумя наиболее информативными методами исследования являются

а) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

б) определение амилазы крови и мочи

в) фиброгастродуоденоскопия

г) ангиография

77. Основными направлениями патогенетического лечения острого панкреатита являются

а) инактивация панкреатических ферментов в крови

б) дезинтоксикационная терапия

в) декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

г) активация секреторной деятельности поджелудочной железы

д) спазмолитическая терапия

78. Для лечения острого панкреатита могут применяться все перечисленные препараты, за исключением

а) контрикала

- б) атропина
- в) 5-фторурацила
- г) морфина
- д) промедола

79. При остром панкреатите необходимо

- а) экстренно направить больного в хирургический стационар
- б) направить больного в дневной стационар поликлиники
- в) лечить больного амбулаторно
- г) направить больного в терапевтический стационар

80. При остром панкреатите на догоспитальном этапе целесообразно

- а) применение пузыря со льдом на эпигастральную область
- б) аспирация содержимого желудка назогастральным зондом
- в) введение спазмолитиков
- г) применение диетотерапии (голода)
- д) наложение грелки на эпигастральную область

81. Туберкулез женской половой сферы

- а) может проявляться аменореей
- б) может проявляться гиперполименореей
- в) может быть причиной бесплодия
- г) в 30-40 % случаев носит первичный характер
- д) может быть заподозрен по характерным булавовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах

82. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться

- а) из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером
- б) из заднего свода влагалища
- в) не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии
- г) на 2-3-й день месячных
- д) у всех беременных женщин

83. Диагноз гонореи может быть поставлен

- а) при положительной реакции Борде-Жангу
- б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб
- в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала
- г) в случаях обнаружения гонококков
- д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины

84. Особенностью гонореи у женщин является

- а) высокая частота поражения влагалища
- б) наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала
- в) связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом
- г) высокая частота поражения параметрия
- д) двустороннее поражение маточных труб

85. Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии

- а) обычно развивается в течении первой недели после заражения
- б) часто осложняется пельвиоперитонеумом
- в) является показанием к оперативному лечению
- г) диагностируется с помощью гистеросальпингографии
- д) является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3.5 г

86. Какие из перечисленных эпидемиологических признаков характерны для брюшного тифа?

- а) аэрогенный механизм заражения

- б) фекально-оральный механизм заражения
- в) контактно-бытовой путь передачи возбудителя
- г) зимнее-весенняя сезонность заболеваемости
- д) летнее-осенняя сезонность заболеваемости

87. Какие антибиотики целесообразно использовать для лечения брюшного тифа?

- а) пенициллин
- б) ампициллин
- в) левомецетин
- г) эритромицин
- д) тетрациклин

88. Укажите наиболее информативный метод лабораторной диагностики брюшного тифа на первой неделе заболевания

- а) посев крови на желчный бульон
- б) посев испражнений
- в) посев мочи
- г) посев желчи
- д) РНГА с сальмонеллезным антигеном S. Typhi

89. Что из перечисленного характерно для брюшного тифа на первой неделе заболевания?

- а) развитие высокой лихорадочной реакции в течение нескольких дней
- б) распространенные миалгии
- в) стойкая головная боль
- г) профузная диарея
- д) склонность к задержке стула

90. Что из перечисленного относительно экзантемы при брюшном тифе является верным?

- а) петехиальная сыпь на боковых участках груди и живота
- б) появление элементов сыпи на 4-5 дни болезни
- в) розеолезно-папулезная сыпь на передней брюшной стенке
- г) возникновение сыпи на 8-10 дни болезни
- д) шелушение на месте исчезнувших элементов сыпи

91. Развитию тромботического ишемического инсульта способствуют

- а) патологические изменения сосудистой стенки
- б) увеличение вязкости крови
- в) диapedез форменных элементов крови
- г) замедление мозгового кровотока
- д) снижение артериального давления

92. В отношении тромботического ишемического инсульта справедливо

- а) ему часто предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения
- б) часто развивается в ночное время суток
- в) характерно нарастание симптомов в течение нескольких часов
- г) характерно молниеносное развитие

93. При ишемическом инсульте

- а) наиболее часто заболевают люди моложе 40-летнего возраста
- б) наиболее часто заболевают люди старше 40-летнего возраста
- в) очаговые симптомы чаще преобладают над общемозговыми
- г) общемозговые симптомы чаще преобладают над очаговыми

94. Экстракраниальная закупорка внутренней сонной артерии

- а) может не сопровождаться развитием инфаркта мозга
- б) при полноценном виллизиевом круге протекает благоприятно

- в) при достаточном коллатеральном кровообращении всегда протекает неблагоприятно
- г) в начальном периоде преимущественно проявляется преходящими нарушениями мозгового кровообращения

95. Преходящие нарушения мозгового кровообращения в начальном периоде экстрацеребральной закупорки внутренней сонной артерии проявляются

- а) кратковременной слабостью в гетеролатеральных конечностях и онемением в них
- б) грубой стволковой симптоматикой
- в) афатическими расстройствами
- г) снижением зрения на один глаз

96. Лабораторные признаки диабетического кетоацидоза включают

- а) анемию.
- б) гипергликемию
- в) ацетонурию
- г) снижение рН

97. У больного сахарным диабетом гипогликемическая кома может развиваться вследствие

- а) приема алкоголя
- б) чрезмерной физической нагрузки
- в) приема гипотиазида

98. Печеночная кома у больного циррозом может быть спровоцирована

- а) интеркуррентной инфекцией
- б) приемом больших доз диуретиков .
- в) кровотечением
- г) хирургическим вмешательством

99. Для печеночной комы характерны

- а) выраженная гепатомегалия
- б) геморрагический синдром
- в) "печеночный" запах изо рта
- г) желтуха
- д) психоневрологические симптомы, включая крупный тремор

100. Что из перечисленного может провоцировать развитие печеночной комы? у больного циррозом печени

- а) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- б) обильный диурез
- в) упорная рвота
- г) употребление большого количества белка с пищей
- д) присоединение острого вирусного гепатита В

Ответы

1.а	21. а	41. б.в.г.д.е	61. б	81 .а,б,в
2.в,г	22. а.б.в.г.д	42. б.в.г.д	62. а.б	82 .г,д
3.б,г,д	23. а.б.в.д	43. а	63. б	83 .г
4.б	24. а.в.г	44. а.б.в.г.д	64. а	84. б,в,д
5.в	25. а.б.в	45. а.б.в.г.д	65. а	85 .б
6.б,г,д,е	26. а.в.д	46. а.б.в	66. б.в.г.д	86 .б,в,д
7.в,г	27. а.б.в.г	47. а.г	67. а.б.в	87 .б,в,д
8.в	28. а.б.г	48. а	68. а.б.в	88 .а
9.г	29. а.б.г	49. б.в	69. а.б.в.	89 .а,в,д
10.в,г,д	30. б.в.г.д	50. а.б.г	70. а.б.в	90 .в,г
11. а	31. б	51. а	71 в,г,д	91 .а,б,г,д
12. б	32. б.в.г	52. а.б.г.д	72 в,г	92 .а,б,в
13.в	33. а.б.в	53. а.в.д	73 .б,в,д	93 б,в
14. б	34. а.б.д.е	54. б	74. .в	94 .а,б,г
15. б	35. б.д	55. в.д	75. .а,б	95 .а,в,г
16. б	36. а.б.в	56. а.в.г.д	76 .а,б,в,д	96. б.в.г
17. б	37. а.б.в	57. а.в.г	77 .г	97. а.б
18. а.б.г.д	38. б.в.	58. б	78.а	98. а.б.в.г
19. а.в.г.д	39. в.д.	59. в.г	79 .а,б,в,г	99. б.в.г.д
20. а.б.в.г	40. б.г.	60. б.в	80.в	100. а.б.в.г.д