

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ» (ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ)**

**Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки
врачей**

Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по ПДО,
д.м.н. профессор,


Е.Г.Кондр
« 14 » сентября 20 20 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

Специальность: «Терапия»

**Цикл: «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой
системы»**

Специальность 31.08.49 «Терапия»
31.08.36 «Кардиология»
31.08.53 «Эндокринология»
31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
31.08.31 «Гериатрия»

(срок обучения - 36 академических часов)

НОВОСИБИРСК

2020

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации непрерывного образования врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы» разработана сотрудниками кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Рабочую программу разработали:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Поспелова Т.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Логвиненко Н.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Никольская И.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Клочкова Е.В.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

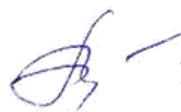
Рецензенты:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Шпагина Любовь Анатольевна	Зав. кафедрой	доктор мед. наук профессор	Госпитальной терапии и медицинской реабилитации (педиатрического факультета)
Колпакова Татьяна Анатольевна	Профессор	доктор мед. наук профессор	Фтизиатрии ФПК и ППВ

Рабочая программа рассмотрена и утверждена на заседании кафедры терапии ФПК и ППВ

Протокол заседания № 1 от «31» августа 2020 года

Зав. кафедрой терапии, гематологии
и трансфузиологии ФПК и ППВ
д.м.н. профессор



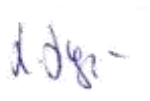
Поспелова Т.И.

Рабочая программа рассмотрена и утверждена на заседании

Координационно-методического совета по последипломному образованию

Протокол заседания № 109 от «08» сентября 2020 года

Секретарь КМС по ПДО,
д.м.н., профессор



Руюткина Л.А.

СОДЕРЖАНИЕ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Терапия» «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы»

№ п/п	Наименование документа
	Титульный лист
I.	Актуальность и основание разработки программы
II.	Общие положения
III.	Планируемые результаты обучения
3.1.	Требования к начальной подготовке, необходимые для успешного освоения программы
3.2.	Характеристика профессиональных компетенций врача-пульмонолога, врача-терапевта, врача общей практики, подлежащих усовершенствованию
IV.	Формы итоговой аттестации
V.	Учебный план
VI.	Учебно-тематический план
VII.	Рабочие программы учебных модулей
VIII.	Организационно-педагогические условия
8.1.	Примерная тематика лекционных занятий
8.2.	Примерная тематика семинарских занятий
8.3.	Примерная тематика практических занятий
8.4	Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности
IX.	Оценочные материалы
9.1.	Примерная тематика контрольных вопросов
9.2.	Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача-пульмонолога, врача-терапевта, врача общей практики, врача гериатра; врача фтизиатра
9.2.1	Ситуационные клинические задачи
9.2.1	Примеры тестовых заданий
X.	Организационно-педагогические условия литература
10.1.	Клинические рекомендации
10.2.	Основная литература
10.3	Дополнительная литература
10.4	Интернет- ресурсы
10.5	Периодические издания

I. Актуальность и основание разработки программы

Терапия как специальность остается наиболее массовой и востребованной в практическом здравоохранении, поэтому потребность в подготовке специалиста-терапевта на современном уровне, в том числе специалиста-терапевта, работающего в амбулаторно-поликлинических учреждениях является актуальной.

За последние десятилетия произошли кардинальные изменения в структуре заболеваемости взрослого населения. Во многих публикациях используется термин “глобальный патоморфоз”, поскольку меняется не только структура заболеваемости, но и клинические проявления болезней. Мир охватила эпидемия хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и, в первую очередь, ССЗ (Estel C, Conti CR., 2016; Клинические рекомендации "Коморбидная патология в клинической практике", 2017). Это привело к тому, что профилактика и контроль ССЗ, а также и других ХНИЗ в настоящее время признаны Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций “одним из основных вызовов развития в XXI веке”. В общей структуре смертности населения Российской Федерации (РФ) ССЗ составляют 56%, среди которых около 85% связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВС). По оценкам экспертов в 2012г от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти от ХНИЗ в мире. По данным американских исследователей, распространенность ИБС к 2030 г увеличится на 9,3%, гипертонии на 9,9%, ИБС на 16,6%, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и инсульта на 25%. Из 16 миллионов случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет 82% случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, а ССЗ являются причиной смерти в 37%. Поскольку Россия относится к странам со средним доходом, основные тенденции применимы и к нам (Fuster V, Kelly BB, Vedanthan R, 2011).

Важность рассмотрения проблемы сердечнососудистой коморбидности у пациентов с эндокринными заболеваниями, в том числе СД обусловлена нарастанием пандемии СД. Численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза и к концу 2015г достигла 415 млн человек. К 2040г СД будет страдать 642 млн человек. В РФ по данным федерального регистра СД на окончание 2016г состояло на диспансерном учете 4,35 млн человек (3,0%

населения), из них: 92% (4 млн) — СД 2 типа. Реальная численность пациентов с СД в РФ составляет не менее 8-9 млн человек (около 6% населения). Опасными последствиями глобальной эпидемии СД являются его системные сосудистые осложнения — нефропатия, ретинопатия, поражение сосудов сердца, головного мозга, периферических сосудов нижних конечностей. Именно эти осложнения являются основной причиной инвалидизации и смертности больных СД (Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al., 2015).

Актуальность разработки дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Терапия» «Поражение сердечно-сосудистой системы и заболевания эндокринных органов», обусловлена необходимостью углубления и совершенствования врачами-терапевтами участковыми, кардиологами, эндокринологами, врачами общей практики, врачами гериатрами теоретических знаний и профессиональных практических навыков, направленных на диагностику, дифференциальную диагностику, предотвращение развития осложнений, профилактику возникновения и лечение сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринологической патологии на уровне отечественных и мировых стандартов.

II. Общие положения

1. Цель и задачи дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Терапия» «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы».

Цель - совершенствование, углубление профессиональных знаний, умений, навыков и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации врача-терапевта, врача кардиолога, врача эндокринолога, врача общей практики, врача гериатра; приобретении новых знаний и (или) получении новой компетенции в рамках имеющейся

квалификации^{1,2,3} по современным подходам к диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний эндокринных органов.

Задачи:

1. Формирование знаний по организации и правовым вопросам оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и эндокринологическими заболеваниями в условиях реформирования здравоохранения.
2. Совершенствование и углубление общих и специальных профессиональных знаний по вопросам диагностики, дифференциальной диагностики и лечения наиболее часто встречающихся в практике терапевта сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний.
3. Знакомство с современными методами диагностики и лечения сердечно-сосудистых и эндокринологических заболеваний, используемыми в работе врача терапевта, врача кардиолога, врача эндокринолога, врача общей практики, врача гериатра.

2. Категории обучающихся – врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи эндокринологи, врачи общей практики, врачи гериатры.

3. Актуальность программы и сфера применения слушателями полученных компетенций (профессиональных компетенций)

¹ Пункт 4 статьи 76 Федерального закона от 29 декабря 2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878, ст. 2930; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 4, ст. 562; № 6, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78) (далее – Федеральный закон № 273-ФЗ).

² Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июня 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2013 г., регистрационный № 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. № 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный № 31014) (далее – приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 499).

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247)

Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реформирование и модернизация здравоохранения Российской Федерации требуют внедрения новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»⁴, Приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 140н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-кардиолог"⁵, Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 132н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-эндокринолог”⁶, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» и Проекта Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач)" от 16 января 2019 г.^{7,8}, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 июня 2019 г. № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр»⁹ развитие профессиональной компетенции и квалификации определяют необходимость специальной подготовки, обеспечивающей применение методов диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринологической патологии и их сочетания с использованием современных достижений медико-биологических наук, данных доказательной медицины.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «[Врач-лечебник \(врач-терапевт участковый\)](#)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 06 апреля 2017 г., регистрационный № 46293).

⁵ [Приказ Минтруда России от 14.03.2018 N 140н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-кардиолог" \(Зарегистрировано в Минюсте России 26.04.2018 N 50906\)](#)

⁶ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 132н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-эндокринолог”» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 апреля 2018 г.)

⁷ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»

⁸ Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 16 января 2019 "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач)" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 июня 2019 г. № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «[Врач-гериатр](#)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 июля 2019 г., регистрационный № 55209).

4. Трудоемкость освоения – 36 академических часов (6 дней).

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- формы итоговой аттестации;
- учебный план;
- рабочие программы учебных модулей;
- организационно-педагогические условия;
- оценочные материалы и иные компоненты².

Для формирования профессиональных навыков, необходимых для оказания специализированной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и эндокринологическими заболеваниями, в программе отводятся часы на решение клинических ситуационных задач, клинические разборы пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема – на элементы, каждый элемент – на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором – код темы (например, 1.1), далее – код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее – УМК).

Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки, по усмотрению заведующего кафедрой «Терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ» могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами

Программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

Планируемые результаты обучения направлены на совершенствование профессиональных компетенций врача-терапевта, врача-кардиолога, врача эндокринолога, врача общей практики и врача гериатра, их профессиональных знаний, умений, навыков. В планируемых результатах отражается преемственность с клиническими рекомендациями и квалификационной характеристикой должности врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача общей практики и врача гериатра^{4,5,6,7,8,9}.

Формы итоговой аттестации по Программе осуществляются посредством тестирования и выявления теоретической и практической подготовки врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача общей практики и врача гериатра.

Организационно-педагогические условия реализации Программы включают:

а) учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности;

б) учебно-методическую литературу;

в) материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;

- клинические базы в медицинских организациях, научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации;

г) кадровое обеспечение реализации Программы соответствует требованиям штатного расписания кафедры «Терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ».

III. Планируемые результаты обучения

Характеристика компетенций, подлежащих совершенствованию

Универсальные компетенции (далее – УК):

- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-1);

- способность и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (УК-2);

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, ведению дискуссии, находить и принимать ответственные решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача общей практики, врача гериатра. (УК-3);

- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (УК-4).

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования при наиболее часто встречающейся в практике терапевта патологии сердечно-сосудистой и эндокринной систем (ПК-1);

- способность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем в разных возрастных группах, использовать знания анатомо-физиологических основ, применяемых методик клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики сердечно-сосудистой и эндокринной патологии (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний и их сочетаний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при патологии эндокринных органов и сердечно-сосудистой системы, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

(МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний при сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваниях (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК-4);

- способностью и готовностью назначать больным с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять и давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии (ПК-6);

в профилактической деятельности:

- способностью проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и эндокринных органов (ПК-7).

По окончании обучения врач-терапевт, врач-кардиолог, врач эндокринолог, врач общей практики, врач гериатр должен знать:

- законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения¹⁰;
- профессиональный стандарт и профессиональные компетенции врача-специалиста терапевта⁴, кардиолога⁵, эндокринолога⁶, врача общей практики^{7,8}, врача гериатра⁹.
- правила врачебной этики;

- клинические и современные функциональные, лабораторные, радиологические и другие методы исследования;
- основы гистологического и цитологического исследования; основы иммунологических исследований при заболеваниях эндокринных органов и сердечно-сосудистой системы;
- факторы риска; причины возникновения заболеваний эндокринных органов и сердечно-сосудистой системы, механизмы их развития, клинические проявления;
- Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
- клинику, диагностику и лечение заболеваний эндокринных органов и сердечно-сосудистой системы;
- особенности течения заболеваний эндокринных органов и сердечно-сосудистой системы, их лечение в зависимости от возраста больного, этиологического фактора, реактивности организма, сопутствующей патологии;
- основы клинической фармакологии и основы фармакотерапии в клинике внутренних болезней и при болезнях сердечно-сосудистой системы и эндокринных органов; алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с патологией сердечно-сосудистой системы и эндокринных органов;
- современные методики медико-статистического анализа; нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные клинические рекомендации, приказы, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации).

По окончании обучения врач-терапевт, врач-кардиолог, врач эндокринолог, врач общей практики, врач гериатр должен уметь:

- получать исчерпывающую информацию о заболевании с соблюдением правил врачебной этики, принятых в обществе моральных и правовых норм, конфиденциальности полученной информации и сохранения врачебной тайны;
- применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболеваний эндокринных органов и сердечно-

сосудистой системы, особенно в случаях; требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;

- формулировать диагноз; составлять план обследования больного с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования; определять показания для госпитализации;

- интерпретировать результаты исследований: лабораторных, рентгенологических, функциональных и других методов обследования; проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного с патологией сердечно-сосудистой системы, эндокринных органов и их сочетания;

- оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую срочную помощь;

- назначать лечение при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, эндокринных органов и их сочетания с учетом национальных и международных стандартов и рекомендаций; оценивать эффективность назначаемой терапии;

- определять вопросы трудоспособности больного, показания к переводу на другую работу;

- определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

- проводить диспансеризацию и реабилитацию пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и эндокринных органов;

- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.

По окончании обучения врач-терапевт, врач-кардиолог, врач эндокринолог, врач общей практики, врач гериатр должен владеть навыками:

- способностью логического и аргументированного анализа и интерпретации получаемой информации;

- сбора и анализа жалоб, анамнеза; объективного обследования и анализа состояния больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

- оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при острых и неотложных состояниях;
- проведения основных лечебных мероприятий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, эндокринных органов и их сочетания;
- написания медицинской документации.

IV. Формы итоговой аттестации

Итоговая аттестация проводится в форме тестирования, решения клинических ситуационных задач и собеседования по предложенным в программе контрольным вопросам и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов^{5,6,7,8,9}.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом Программы.

Обучающиеся, успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о прохождении обучения¹⁰ – Удостоверение¹¹, подтверждающее изучение дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом Программы.

¹⁰ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3459, ст. 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23 ст. 2930; № 30, ст. 4106, ст. 4244, ст. 4247, ст. 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, ст. 6928; 2015, № 1, ст. 72, ст. 85; № 10, ст. 1403, ст. 1425; № 14, ст. 2018; № 27, ст. 3951; № 29, ст. 4339, ст. 4356, ст. 4359, ст. 4397; № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 9, ст. 28); постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 февраля 2003 г. № 8 «О введении в действие СанПиН 2.6.1.1192-03» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2003 г., регистрационный № 4282).

¹¹ Подпункт 1 пункта 10 статьи 60 Федерального закона № 273-ФЗ, пункт 19 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации № 499

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНЗДРАВА РОССИИ» (ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ)**

Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ПДО,
д.м.н. профессор,

Е.Г.Кондюрина

« 14 » сентября 20 20 г.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Специальность: «Терапия»

Цикл: «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы»

Специальность 31.08.49 «Терапия»
31.08.36 «Кардиология»
31.08.53 «Эндокринология»
31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
31.08.31 «Гериатрия»

Цель – общее усовершенствование

Категория слушателей – врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи-эндокринологи, врачи общей врачебной практики, гериатры.

Срок обучения – 36 часа

Режим занятий – 6 академических часов в день

Форма обучения – очная, с отрывом от работы

Новосибирск, 2020

Учебный план рабочей программы разработали:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Поспелова Т.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Логвиненко Н.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Никольская И.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Клочкова Е.В.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

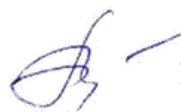
Рецензенты:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Шпагина Любовь Анатольевна	Зав. кафедрой	доктор мед. наук профессор	Госпитальной терапии и медицинской реабилитации (педиатрического факультета)
Колпакова Татьяна Анатольевна	Профессор	доктор мед. наук профессор	Фтизиатрии ФПК и ППВ

Учебный план рабочей программы рассмотрен и утвержден на заседании кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

Протокол заседания № 1 от «31» августа 2020 года

Зав. кафедрой терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
д.м.н. профессор



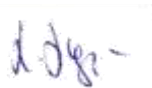
Поспелова Т.И.

Учебный план рабочей программы рассмотрен и утвержден на заседании Координационно-методического совета по последипломному образованию

Координационно-методического совета по последипломному образованию

Протокол заседания № 109 от «08» сентября 2020 года

Секретарь КМС по ПДО,
д.м.н., профессор



Руйткина Л.А.

V. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Повышения квалификации по специальности

«Терапия» «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы»

Цель - овладение теоретическими знаниями, профессиональными умениями и навыками, необходимыми для самостоятельной работы.

Категория обучаемых - врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи-эндокринологи, врачи общей практики, врачи-гериатры.

Продолжительность цикла – 36 часа, 1 неделя.

Форма обучения – очная, с отрывом от работы

Режим занятий – 6 академических часов в день

№№	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	Лекции	Семинары и практич занятия	Форма контроля
1.	Заболевания сердечно-сосудистой системы и сахарный диабет	17	6	11	Промежуточный контроль (зачет)
2.	Заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания щитовидной железы (ЩЖ)	8	4	4	Промежуточный контроль (зачет)
3.	Гипоталамическая регуляция эндокринных желез	6	2	4	Промежуточный контроль (зачет)
4.	Водно-солевой обмен (ВСО)	3	1	2	Промежуточный контроль (зачет)
5.	Итоговая аттестация	2			
	Итого	36	13	21	

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНЗДРАВА РОССИИ» (ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ)**

Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ПДО,
д.м.н. профессор,



Е.Г.Кондюрина

« 14 » сентября 20 20 г.

УЧЕБНО - ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

Специальность: «Терапия»

Цикл: «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы»

Специальность 31.08.49 «Терапия»
31.08.36 «Кардиология»
31.08.53 «Эндокринология»
31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
31.08.31 «Гериатрия»

Цель – общее усовершенствование

Категория слушателей – врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи-эндокринологи, врачи общей врачебной практики, гериатры.

Срок обучения – 36 часа

Режим занятий – 6 академических часов в день

Форма обучения – очная, с отрывом от работы

Новосибирск, 2020

Учебно-тематический план рабочей программы разработали:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Поспелова Т.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Логвиненко Н.И.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Никольская И.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Клочкова Е.В.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ


Рецензенты:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Шпагина Любовь Анатольевна	Зав. кафедрой	доктор мед. наук профессор	Госпитальной терапии и медицинской реабилитации (педиатрического факультета)
Колпакова Татьяна Анатольевна	Профессор	доктор мед. наук профессор	Фтизиатрии ФПК и ППВ

Учебный план рабочей программы рассмотрен и утвержден на заседании кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ

Протокол заседания № 1 от «31» августа 2020 года

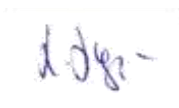
Зав. кафедрой терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
д.м.н. профессор



Поспелова Т.И.

Учебный план рабочей программы рассмотрен и утвержден на заседании Координационно-методического совета по последипломному образованию
Координационно-методического совета по последипломному образованию
Протокол заседания № 109 от «08» сентября 2020 года

Секретарь КМС по ПДО,
д.м.н., профессор



Руйткина Л.А.

VI. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей по специальности «Терапия» «Заболевания эндокринных органов и поражение сердечно-сосудистой системы»

Программа построена на основе достижения обучающимися учебных целей. Под целью обучения понимается углубление уже имеющихся знаний и компетенций и приобретение к концу освоения программы новых знаний, умений и навыков по организации и осуществлению профессиональной деятельности по терапии.

Форма обучения: очная.

Программа состоит из 4 модулей, 16 тем и итоговое тестирование.

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма Контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁶	
Рабочая программа учебного модуля «Сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы»						
1	Сахарный диабет	17	6	1	10	Промежуточный контроль (зачет)
1.1	Сахарный диабет (СД) – сердечно – сосудистое заболевание (ССЗ)	1	1			
1.2	Классификация, диагностика, эпидемиология СД	2	1	-	1	
1.3	Основные компоненты терапии СД 2 типа	4	1	-	3	
1.4	Сосудистые осложнения СД: осложнения со стороны крупных сосудов (инфаркт миокарда, инсульт) и микрососудистые осложнения (нефропатия, нейропатия и ретинопатия)	5	2	-	3	
1.5	Метаболический синдром и ССЗ. Особенности атеросклероза у больных метаболическим синдромом и СД	2	-	-	2	
1.6	Острые осложнения при СД	3	1	1	1	
Рабочая программа учебного модуля «Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) и						

⁶ ПЗ – практические занятия, СЗ – семинарские занятия, ЛЗ – лабораторные занятия.

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма Контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁶	
ССЗ»						
2	Заболевания щитовидной железы	8	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
2.1	Роль тиреоидных гормонов в регуляции работы организма. Йододефицитные заболевания	2	1	-	1	
2.1.1	Классификация и диагностика заболеваний ЩЖ	1		-	1	
2.1.2	Функциональные нарушения работы щитовидной железы. Синдром «микседематозного» сердца. Тиреотоксическое сердце	2	1	-	1	
2.1.3	Узловой зоб. Осбенности тиреоидной автономии. Йодиндуцированный тиреотоксикоз	1	1	-		
2.2	Обмен калция. Остеопороз.	2	1	-	1	
Рабочая программа учебного модуля «Гипоталамическая регуляция эндокринных желез »						
3	Гипоталамическая регуляция эндокринных желез	6	2	1	3	Промежуточный контроль (зачет)
3.1	Надпочечники морфо – функциональное строение. Жизненная необходимость кортикостероидов (КС). Ренин - ангиотензиновая система.	1	1	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.2	Классификация гиперкортицизма, диагностика. Определение уровня поражения ГГНС	2	1	-	1	Текущий контроль (тестирование)
3.3	Надпочечниковая недостаточность (НН) или гипокортицизм. Классификация хронической НН (ХНН). Лабораторная диагностика	1	-	-	1	Текущий контроль (тестирование)
3.4	Аддисонический криз (ОНН). Алгоритм лечения ОНН и декомпенсации ХНН	2	-	1	1	

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма Контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁶	
Рабочая программа учебного модуля «Водно-солевой обмен (ВСО)»						
4	Водно-солевой обмен	3	1	-	2	Промежуточный контроль (зачет)
4.1	Нейро – гуморальная регуляция ВСО. Механизмы возникновения отеков.	2	1	-	1	Текущий контроль (тестирование)
4.2	Клинические аспекты нарушения ВСО. Гиперальдостеронизм. Несахарный диабет	1	-	-	1	Текущий контроль (тестирование)
Итоговая аттестация		2	–	–	-	Экзамен
Всего		36	13	2	19	

VII. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля «Сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы»»

Сахарный диабет

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Сахарный диабет – сердечно – сосудистое заболевание.
1.2	Классификация, диагностика, эпидемиология СД
1.3	Основные компоненты терапии СД 2 типа
1.4	Сосудистые осложнения СД.: осложнения со стороны крупных сосудов (инфаркт миокарда, инсульт) и микрососудистые осложнения (нефропатия, нейропатия и ретинопатия)
1.5	Метаболический синдром и ССЗ. Особенности атеросклероза у больных метаболическим синдромом и СД
1.6	Острые осложнения при СД

Рабочая программа учебного модуля «Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) и ССЗ»

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2	Заболевания щитовидной железы

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2	Заболевания щитовидной железы
2.1	Роль тиреодных гормонов в регуляции работы организма. Йододефицитные заболевания
2.2	Классификация и диагностика заболеваний ЩЖ
2.3	Функциональные нарушения работы щитовидной железы. Синдром «микседематозного» сердца. Тиреотоксическое сердце.
2.4	Обмен кальция. Остеопороз
2.5	Узловой зоб. Особенности тиреоидной автономии. Йодиндуцированный тиреотоксикоз

Рабочая программа учебного модуля «Гипоталамическая регуляция эндокринных желез»

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3	Гипоталамическая регуляция эндокринных желез
3.1	Надпочечники морфо – функциональное строение. Жизненная необходимость кортикостероидов (КС). Ренин - ангиотензиновая система.
3.2	Классификация гиперкортицизма, диагностика. Определение уровня поражения ГГНС
3.3	Надпочечниковая недостаточность (НН) или гипокортицизм. Классификация хронической НН (ХНН). Лабораторная диагностика
3.4	Аддисонический криз (ОНН). Алгоритм лечения ОНН и декомпенсации ХНН

Рабочая программа учебного модуля «Водно-солевой обмен (ВСО)»

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
4.1	Водно-солевой обмен
4.2	Нейро – гуморальная регуляция ВСО. Механизмы возникновения отеков.
4.3	Клинические аспекты нарушения ВСО. Гиперальдостеронизм. Несахарный диабет.

Симуляционный курс

Предусматривает проведение занятий по оказанию помощи при неотложных состояниях в терапии:

- диабетическая кома;
- кардиогенный шок;
- аддисонический криз

в соответствии с международными и отечественными клиническими рекомендациями; обучению навыкам сердечно-легочной реанимации, в том числе оказания первой врачебной помощи (проведение искусственного дыхания; проведение непрямого массажа сердца).

Освоение навыков проведения сердечно-легочной реанимации осуществляется на базе Межрегионального симуляционно-аттестационного центра ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России с использованием инновационных технологий в обучении - интерактивного тренажера:

- виртуального робота-пациента - симулятор пациента ECS;
- виртуального робота-симулятора UltraSim UST-100.

VIII. Организационно-педагогические условия

8.1.Примерная тематика лекционных занятий

№ п/п	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1.	Сахарный диабет – сердечно – сосудистое заболевание.	1.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
2.	Классификация, диагностика, эпидемиология СД	1.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
3	Основные компоненты терапии СД 2 типа	1.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2;

№ п/п	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
			ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
4.	Сосудистые осложнения СД.: осложнения со стороны крупных сосудов (инфаркт миокарда, инсульт) и микрососудистые осложнения (нефропатия, нейропатия и ретинопатия)	1.4	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
5.	Острые осложнения при СД	1.6	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
6.	Роль тиреоидных гормонов в регуляции работы организма. Йододефицитные заболевания	2.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
7.	Функциональные нарушения работы щитовидной железы. Синдром «микседематозного» сердца. Тиреотоксическое сердце.	2.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
8.	Узловой зоб. Особенности тиреоид-ной автономии. Йодиндуцированный тиреотоксикоз	2.5	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
9.	Надпочечники морфо – функциональное строение. Жизненная необходимость кортикостероидов (КС). Ренин - ангиотензиновая система.	3.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
10.	Классификация гиперкортицизма,	3.2	УК-2; УК-3;

№ п/п	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
	диагностика. Определение уровня поражения ГГНС		УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
11.	Нейро – гуморальная регуляция ВСО. Механизмы возникновения отеков.	4.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7

8.2. Примерная тематика семинарских занятий

№ п/п	Тема семинарского занятия	Содержание семинарского занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание семинарского занятия)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1.	Классификация, диагностика, эпидемиология СД	1.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
2.	Основные компоненты терапии СД 2 типа	1.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
3	Сосудистые осложнения СД.: осложнения со стороны крупных сосудов (инфаркт миокарда, инсульт) и микрососудистые осложнения (нефропатия, нейропатия и ретинопатия)	1.4	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
4.	Метаболический синдром и ССЗ. Особенности атеросклероза у больных метаболическим синдромом и СД	1.5	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
5.	Классификация и диагностика	2.2	УК-2; УК-3; УК-4

№ п/п	Тема семинарского занятия	Содержание семинарского занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание семинарского занятия)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
	заболеваний ЩЖ		ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
6.	Классификация гиперкортицизма, диагностика. Определение уровня поражения ГГНС	3.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
7.	Надпочечниковая недостаточность (НН) или гипокортицизм. Классификация хронической НН (ХНН). Лабораторная диагностика	3.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
8.	Нейро – гуморальная регуляция ВСО. Механизмы возникновения отеков.	4.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7

8.3. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности:

8.3.1. Пункт 4 статьи 76 Федерального закона от 29 декабря 2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878, ст. 2930; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 4, ст. 562; № 6, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст.78) (далее – Федеральный закон № 273-ФЗ).

8.3.2. Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июня 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2013 г., регистрационный № 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. № 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный № 31014) (далее – приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 499).

8.3.3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого

квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247)

8.3.4. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3459, ст. 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23 ст. 2930; № 30, ст. 4106, ст. 4244, ст. 4247, ст. 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, ст. 6928; 2015, № 1, ст. 72, ст. 85; № 10, ст. 1403, ст. 1425; № 14, ст. 2018; № 27, ст. 3951; № 29, ст. 4339, ст. 4356, ст. 4359, ст. 4397; № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 9, ст. 28); постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 февраля 2003 г. № 8 «О введении в действие СанПиН 2.6.1.1192-03» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2003 г., регистрационный № 4282).

8.3.5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта [«Врач-лечебник \(врач-терапевт участковый\)»](#)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 06 апреля 2017 г., регистрационный № 46293).

8.3.6. [Приказ Минтруда России от 14.03.2018 N 140н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-кардиолог" \(Зарегистрировано в Минюсте России 26.04.2018 N 50906\)](#)

8.3.7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 132н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-эндокринолог”» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 апреля 2018 г.)

8.3.8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 июня 2019 г. № 413н «Об утверждении профессионального стандарта [«Врач-гериатр»](#)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 июля 2019 г., регистрационный № 55209).

8.3.9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»

8.3.10. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 16 января 2019 "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач)" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018).

8.3.11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в

сфере здравоохранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247).

8.3.12. Подпункт 1 пункта 10 статьи 60 Федерального закона № 273-ФЗ, пункт 19 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации № 499.

8.3.13. [Приказом Минздрава России N 334н](#) от 02.06.2016 «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (с изменениями на 26.04.2018)

8.3.14. [Приказ МЗ РФ № 926](#) от 21.11.2017 «Об утверждении концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического в Российской Федерации на период до 2021 года»

8.3.15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2017 г. N 1043н "Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов"

8.3.16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2017 г. N 1043н "Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов"

8.3.17. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2018 № 898н "О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденных [Приказом № 1043н](#) Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2017".

8.3.18. [Приказ Минздрава России от 26.04.2018 N 192н "О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. N 334н" \(Зарегистрировано в Минюсте России\)](#). Зарегистрировано в Минюсте России 23 мая 2018 г. N 51153.

8.3.19. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 N 34н "О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. N 334н" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.02.2020 N 57543)

IX. Оценочные материалы

9.1. Примерная тематика контрольных вопросов

1. Поражение почек при сахарном диабете. Этиология, патогенез, методы лабораторной диагностики. Подходы к терапии. Показания к переходу на заместительную почечную терапию.
2. Варианты инсулинотерапии при 2 типе сахарного диабета
3. Особенности поражения сердца при дисфункции щитовидной железы
4. Принципы лечения диабетической кетоацидотической комы
5. Современные представления о патогенезе сахарного диабета 2 типа
6. Синдром гипотиреоза: диагностика и особенности заместительной терапии тиреоидными гормонами в зависимости от возраста
7. Современный взгляд на показания к хирургическому лечению при узловом коллоидном зобе
8. Представление об инсулинорезистентности возможности коррекции
9. Синдром диабетической стопы как осложнение СД: патогенетические особенности нейропатической и ишемической формы, принципы лечения
10. Особенности гипотензивной терапии при диабетической нефропатии
11. ИБС. Стенокардия напряжения, диагностика. Современные методы лечения
12. Острый коронарный синдром Основные методы диагностики
Тромболитическая терапия ОИМ
13. Осложнения ОИМ. Современные методы диагностики и лечения
14. Современные принципы лечения больных ХСН,

9.2. Примеры заданий, выявляющих практическую

подготовку врача терапевта, пульмонолога, гастроэнтеролога, врача общей практики, гериатра

9.2.1. Ситуационные клинические задачи

Задача 1

Мужчина 45 лет (рост 175 см, масса тела 106 кг) с сахарным диабетом 2 типа обратился в клинику с жалобами на периодические приступы сильных болей в

верхней части живота и сыпь, состоящую из желтых папуломатозных элементов, окруженных эритематозным ободком, на туловище и разгибательной поверхности рук и ног. Уровень глюкозы в крови, исследованный натощак, был равен 18 ммоль/л; уровень HbA_{1c} – 11,1%. Сыворотка пациента была хилезная, уровень холестерина составил 30 ммоль/л, триглицеридов – 7,6 ммоль/л.

Ваш диагноз. Наиболее вероятная причина сыпи и абдоминальных болей у этого пациента.

Ответ:

Диагноз: Тяжелая смешанная гиперлипидемия (V класс по Фредериксону). Эруптивная ксантома.

При этой форме ГЛП наблюдается резкое повышение хиломикронов и ЛПОНП

Наиболее вероятная причина абдоминальных болей - Острый панкреатит, причиной которого считается внутрипанкреатическая активация панкреатической липазы.

Задача 2

Мужчина 56 лет, болен сахарным диабетом 2 типа в течение 21 года. Адекватный гликемический контроль достигается диабетон МВ в сочетании с однократным введением в вечернее время инсулина средней продолжительности действия. Глюкоза плазмы натощак поддерживается в пределах 6,6 ммоль/л, после приема пищи не превышает 8,9 ммоль/л, HbA_{1c} в пределах 7%. АД в среднем 150/90 мм рт.ст. Анализ мочи – нормоальбинурия. Функциональное состояние почек в пределах нормы. У брата пациента недавно впервые выявлены признаки диабетической ретинопатии.

1. Какие еще исследования следует провести данному пациенту и каковы показания для этих исследований?
2. Какие дополнительные методы лечения должны быть назначены данному пациенту и почему?

Ответ:

1. Мониторирование ЭКГ – выявление возможной безболевогой ишемии миокарда, исследование глазного дна (отягощенный семейный анамнез), скрининг микроальбуминурии, т.к. у 50% больных СД типа 2, особенно на фоне повышенных цифр АД, что имеет место у данного пациента.
2. Целесообразно назначить ингибитор АПФ и довести цифры АД до целевых значений ($\leq 120 - 130 / 80 - 85$ мм рт.ст.).

Задача 3

Женщина 60 лет (рост 160 см, масса тела 55 кг), страдающая сахарным диабетом 1 типа с 25 лет, была госпитализирована в клинику с острым передним инфарктом миокарда. В анамнезе у нее не было указаний на наличие стенокардии. Диабет у пациентки был хорошо компенсирован на фоне интенсивной инсулинотерапии (HbA_{1c} - 6,6%). Липидный профиль, полученный 2 недели раньше показал: общий холестерин – 5,5 ммоль/л, триглицериды – 1,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,1 ммоль/л.

1. Должна ли больная получать липидснижающую терапию? Если да, то какую терапию Вы рекомендуете?
2. Какое лечение диабета должна получать пациентка в остром постинфарктном периоде?

Ответ:

1. Да. В настоящее время пациентка переходит в категорию «вторичной профилактики», что связано с произошедшим инфарктом миокарда. Терапия статинами способна снизить риск общей и коронарной смерти у этой пациентки (симвастатин или правастатин).
2. Лечение диабета в начале этого периода включает внутривенное введение растворимого инсулина и сопутствующее введение глюкозы. На этой стадии пероральный прием пищи, как правило, затруднен, а абсорбция инсулина может быть непредсказуемой и зависеть от периферической перфузии. Обычный для

пациента режим инсулинотерапии, как правило, может быть возобновлен через 24 – 48 часов.

Задача 4

Женщина 25 лет (рост 153см, масса тела 60 кг), страдающая сахарным диабетом 1 типа с 19 лет, имеет следующие показатели липидного обмена: общий холестерин – 7,2 ммоль/л, триглицериды – 2,1 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,0 ммоль/л. Был назначен симвастатин в дозе 20 мг однократно на ночь. Через 6 недель у нее развилась распространенная миалгия, а уровень креатинфосфокиназы повысился до 700 ед/л.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы могли вызвать это состояние?

Ответ:

1. Вторичный миозит на фоне приема симвастатина.
2. Необходимо исключить гипотиреоз, который часто встречается у молодых женщин с сахарным диабетом 1 типа, а гипотиреоз предрасполагает к развитию миозита вслед за назначением статинов.

Задача 5

Мужчина 70 лет (рост 180 см, масса тела 98 кг), страдающий сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. В настоящее время получает Диабетон МВ 90 мг/сутки и метформин 500 мг 3 раза в день. Уровень гликемии при самоконтроле колеблется от 7 до 12 ммоль/л перед едой, а уровень HbA_{1c} оказался 8,9%. У пациента нет клинических признаков ИБС или периферической ангиопатии. Липидный профиль имеет следующие показатели: общий холестерин – 5,2 ммоль/л, триглицериды – 2,6ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,0 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 3,4 ммоль/л.

Должен ли этот пациент получать лечение и если да, то какое?

Ответ:

В настоящее время липидснижающая терапия пациенту не показана. Необходимы диетические коррективы, оптимализация углеводного обмена.

Задача 6

Женщина 56 лет с диабетом 2 типа с плохим контролем гликемии: HbA_{1c} 11,9% на фоне приема глибенкламида 15 мг/сутки. Дополнительно назначен метформин 500 мг 3 раза в сутки. Через 1,5 месяца HbA_{1c} снизился до 9%. Однако у больной обнаружилась диарея (усиливается ночью) без крови и слизи в кале. При обследовании выявлена ретинопатия, протеинурии нет, отсутствуют голеностопные рефлексy с потерей чувствительности на кончиках пальцев. АД 158/78 мм рт. ст. в положении лежа и 152/72 мм рт.ст. – в положении стоя. Абдоминальных симптомов нет, ректальное обследование в норме.

Необходимо:

- А. Назначить культуральное исследование кала.
- Б. Назначить бариевую клизму.
- В. Провести тесты на автономию.
- Г. Взять кал на скрытую кровь.
- Д. Изменить лечение.

Ответ: Д

Необходимо поменять лечение. Метформин – самая частая причина диареи в диабетической клинике. 10% больных страдают от этого осложнения. Вероятность развития диареи ниже, если начинать с малых доз, а затем менять дозы в зависимости от клинических проявлений.

Задача 7

Больная Д., 58 лет СД 2 тип в течение 8-ми лет. HbA_{1c} – 9,7%, имеется синдром диабетической стопы с отсутствием болевой чувствительности по TSS,

наличие остеоартропатии (стопа Шарко), наличие язвенного дефекта в области пятки правой стопы, стадия 2 по Wagner, общий холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 12,6 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 0,8 ммоль/л. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС.

Назовите форму синдрома диабетической стопы.

А. Нейропатическая.

Б. Нейро - ишемическая.

В. Ишемическая.

Ответ: Б

Наличие у больной стопы Шарко указывает на диабетическую нейропатию, которая привела к остеоартропатии. Отсутствие болевой чувствительности указывает на необратимые изменения нервных стволов.

Задача 8

Больная Д., 44 лет СД 2 тип в течение 8-ми лет. HbA_{1c} – 10,7%, общий холестерин – 4,8 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,2 ммоль/л., кардиологические жалобы отсутствуют, имеется постоянная тахикардия с ЧСС - 110 в минуту не купируется приемом бета – блокаторов, имеется синдром диабетической стопы с выраженными болевыми ощущениями (по TSS – 15), на стопе имеется чередование участков повышенной и пониженной чувствительности, наличие остеоартропатии (стопа Шарко), наличие язвенного дефекта на подошве в области свода правой стопы, стадия 2 по Wagner,

Назовите форму синдрома диабетической стопы.

А. Нейропатическая.

Б. Нейро - ишемическая.

В. Ишемическая.

Ответ: А

Наличие у больной стопы Шарко указывает на диабетическую нейропатию, которая привела к остеоартропатии. Выраженный болевой синдром свидетельствует о сохраненной чувствительности, наличие фиксированного сердечного ритма (постоянная тахикардия) позволяет думать о кардиальной нейропатии (вегетативная форма диабетической нейропатии), отсутствие ДЛП и кардиологических жалоб косвенно указывают на отсутствие атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей.

Задача 9

Женщина 53 лет. В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль\л. В остальном - без особенностей.

Наиболее вероятный диагноз, план обследования для уточнения диагноза, тактика лечения.

Ответ:

Гипотиреоз. Гиперлипидемия 11Б тип.

План обследования: Исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ. УЗИ щитовидной железы.

При подтверждении диагноза - адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Задача 10

Женщина 30 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.).Применение гипотензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания.

ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В эпигастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

АНАЛИЗ МОЧИ: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.

Для окончательной верификации диагноза следует выполнить

Ответ:

Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертензия (злокачественное течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертензии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.

Брюшная аортография, из неинвазивных методов информативными могут быть МР-томография и дуплексное сканирование почечных артерий. Исследование активности ренина плазмы.

Задача 11

Мужчина 55 лет. При сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтuriю. Несмотря на массивную гипотензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 2 табл. ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.). На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации. По данным ЭхоКГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тзс = 1,8 см). В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 вп/зр.. При УЗИ почек выявлено раширение

ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?

Тактика лечения.

Ответ:

Первичный гиперальдостеронизм. Аденома правого надпочечника. Хронический пиелонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия. Гипертоническое сердце: выраженная симметричная гипертрофия левого желудочка. Предсердная и желудочковая экстрасистолия. Состояние после ОНМК.

МР или КТ томографию почек и надпочечников, определение концентрации альдостерона крови и активность ренина плазмы.

Изменения на ЭКГ обусловлены выраженной ГЛЖ, как проявление гипертонического сердца.

При подтверждении диагноза альдостеромы - хирургическое лечение. В случае гиперплазии (двустороннее увеличение надпочечников) - медикаментозное лечение с добавлением к используемым препаратам антагонистов альдостерона.

Задача 12

Женщина 29 лет. Считает себя больной в течение 5 лет, когда вскоре после родов стала прогрессивно прибавлять в весе на фоне повышенного аппетита (за 5 лет прибавила около 15 кг). Одновременно впервые в жизни стали регистрироваться повышенные цифры АД (до 180/100), появилась повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Последний год артериальная гипертензия приобрела кризовый характер: внезапные подъемы АД сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, внутренней дрожью,

чувством страха и полиурией. Кризы купируются самостоятельно, возникают с частотой до 4-6 раз в месяц.

Объективно: Повышенного питания (при росте 162 см весит 95 кг). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже живота белые широкие стрии. ЧСС = 70 уд/мин., АД = 170/100 мм рт ст.. По органам - без особенностей.

Предполагаемый диагноз. Тактика.

Ответ:

Гипоталамический синдром. Артериальная гипертония(кризовое течение). Ожирение III ст.

Мероприятия, направленные на снижение веса (низкокалорийная диета, физическая активность). Применение общепринятых гипотензивных средств (ингибиторы АПФ в сочетании бета-блокаторами и диуретиками), седативные средства. Для профилактики кризов пирроксан или дифенин.

Задача 13

Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.

Приступы возникали с частотой до 1-2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. В последствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140-160/100 мм рт ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета II типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия II ст.

Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.

Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Тактика лечения.

Ответ:

Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертензия. Сахарный диабет II тип.

Исследование катехоламинов и ВМК в суточной и кризовой моче. МР или КТ-томография надпочечников и парааортальной области.

При обнаружении - опухоли хирургическое удаление ее. При невозможности оперативного лечения - применение неселективных альфа-адреноблокаторов (фентоламин, реджитин).

Задача 14

Больная, 55 лет, доставлена в стационар бригадой СМП с жалобами на головные боли, тошноту, «пелену» перед глазами, учащенное мочеиспускание. Из анамнеза: с 45 лет отмечено повышение АД до 170/100 мм рт ст. В 50 лет прекратились месячные, появилась жажда, булимия, прибавка в весе около 10-12 кг, участились вышеописанные состояния. Наследственность отягощена: мать умерла в 63 года от инсульта. В молодости больная лечилась от тиреотоксикоза, дважды была нефропатия беременных.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Раздражительна, плаксива. Рост 160 см, вес 93 кг, ИМТ 35 кг/м². Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. АД пр. 180/130 мм рт ст, АД лев 170/120 мм рт ст., пульс 95 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над аортой.

Данные лабораторного обследования:

Общий анализ крови и мочи без патологии.

БХ анализ крови: холестерин - 5,3; ТГ - 4,3; К - 4,5; Na - 136; СРБ – отр; фибриноген - 3,6; общий белок - 76.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 1000, эритроциты - отр.

Невролог: гипертоническая энцефалопатия.

ФЛГ: легочная ткань обычной воздушности, тени корней структурные, сердце б/о.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие. Артерии узкие, вены расширены, полнокровные, извитые.

Гинеколог: менопауза 7 лет. Климакс.

Предварительный диагноз.

Ответ:

Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск 4. Неосложненный гипертонический криз. Метаболический синдром. Дислипидемия IV тип.

Задача 15

У больного А., 20 лет, с детства отмечается повышенное АД, уровень которого в настоящее время составляет 180-200/110-120 мм рт. ст. Влияние психоэмоциональных факторов отсутствует. Колебаний АД практически нет. Головной боли нет. Нормализовать АД с помощью антигипертензивных препаратов не удастся. Слева и справа от пупка выслушивается систолический шум. Общий анализ мочи без патологии.

Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данного больного.

Каков механизм формирования артериальной гипертензии?

Какое исследование следует выполнить для подтверждения или опровержения диагноза?

Какой результат данного исследования подтвердит ваше предположение?

Ответ:

Вторичная (симптоматическая) вазоренальная артериальная гипертензия (ВРАГ). Вероятная причина – врожденная аномалия (сужение) почечных артерий.

Обоснование: существование артериальной гипертензии с детства, отсутствие влияния психоэмоциональных факторов, отсутствие эффекта от антигипертензивных препаратов, отсутствие изменений в моче (нет заболевания почечной паренхимы, следовательно, это не ренопривная артериальная гипертензия), систолический шум с обеих сторон от пупка (в области отхождения

почечных артерий). Механизм повышения АД при ВРАГ связан с активацией РААС вследствие уменьшения перфузионного давления и объема протекающей крови (через возбуждение волюморецепторов клеток юстагломерулярного аппарата). Отдельные компоненты РААС (ангиотензин II, альдостерон, АДГ) обладают прессорным эффектом. Необходимо визуализировать почечные сосуды методом УЗИ, например. Обнаружение сужения обеих почечных артерий подтвердит диагноз ВРАГ.

Задача 16

Женщина 46 лет, раздражительная, амбициозная, руководитель низшего звена, часто конфликтует с персоналом. Последние 2-3 года после волнений, конфликтов стала отмечать повышение АД до 150-160/90-95 мм рт. ст. продолжительностью 1-3 дня. Доставлена по неотложной помощи в приемное отделение стационара с жалобами на головную боль, тревожность, дрожь во всем теле, колющую боль в области сердца, сердцебиение, перебои. АД 170/105 мм. рт. ст. После введения транквилизатора и β -блокатора АД нормализовалось и самочувствие улучшилось.

Назовите предположительную форму артериальной гипертензии.

Каков механизм формирования артериальной гипертензии?

Объясните патогенез симптомов при поступлении пациентки в стационар.

Ответ:

Первичная (эссенциальная) артериальная гипертензия, или гипертоническая болезнь, являющаяся самостоятельной нозологической единицей. В пользу данного диагноза свидетельствуют: возраст возникновения заболевания, четкая связь повышения АД с воздействием психоэмоциональных факторов, особенности личности пациентки, признаки активации симпатoadреналовой системы, эффект от применения транквилизатора и β -блокатора. Механизм формирования артериальной гипертензии при гипертонической болезни связан с активацией сосудистой РААС и САС на фоне имеющегося наследственного дефекта механизмов регуляции АД (эндотелиальная дисфункция). Повышение АД при

наличии такого дефекта носит стойкий и ситуационно неоправданный характер. Формируется ремоделирование сосудов, вследствие чего меняется реактивность стенки сосуда – повышается чувствительность к действию сосудосуживающих импульсов. Патогенез симптомов: головная боль объясняется остро развившимся повышением АД, а тревожность, дрожь во всем теле, колющая боль в области сердца, сердцебиение, перебои – эффекты катехоламинов (из-за активации САС).

Задача 17

У больной 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудшилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе.

Объективно: кожа и слизистые оболочки цианотичны, границы сердца равномерно расширены. Пульс 100 в мин., АД 120/60 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, 24 в мин.. Венозное давление 200 мм вод.ст. В легких выслушиваются влажные хрипы. Печень увеличена, болезненна при пальпации, стопы и голени отечны. Содержание в крови эритроцитов - $5,5 \times 10^{12}/л$. При рентгенологическом исследовании выявлено усиление сосудистого рисунка легких.

1. Какие симптомы право- или левожелудочковой недостаточности имеются у больной? Какое заболевание является основным, какое - осложнением?
2. О чем свидетельствует появление у больной хрипов и изменения дыхания?
3. Какая одышка характерна для данной больной?
4. Почему у больной возник цианоз кожных и слизистых покровов?
5. Каких видов гипоксия возникла у больной?
6. Каков возможный механизм эритроцитоза?

Ответ:

1. Основное заболевание - ревматизм, осложнение - стеноз митрального отверстия.
2. В легких возникают застойные явления.

3. Сердечная. В большей степени должен быть затруднен выдох.
4. Вследствие снижения оксигемоглобина крови и венозной гиперемии.
5. Циркуляторная и дыхательная гипоксии.
6. В ответ на гипоксию выделяются эритропоэтины.

Задача18

Больной 22 лет поступил в клинику с жалобами на упорные головные боли, периодически появляющиеся онемение пальцев рук и ухудшение зрения. Считает себя больным около 12 лет. Живет в хороших условиях, соль употребляет умеренно, не курит. При объективном обследовании обнаружено расширение границ сердца влево, акцент II тона на аорте. Пульс - 100 в мин., АД 190/100 мм рт.ст.. На ФКГ определяется систолический шум над пупком. На ангиограмме выявлено сужение почечных артерий, при офтальмоскопии - мелкое кровоизлияние на глазном дне. В анализе мочи - небольшая протеинурия и гематурия.

1. По поводу какой патологии поступил больной в клинику?
2. Что является причиной данного заболевания?
3. С чем связано расширение границ сердца?
4. С чем связано ухудшение зрения и онемение пальцев?
5. Принцип лечения.

Ответ:

1. Артериальная гипертензия.
2. Сужение почечных сосудов.
3. Гипертрофия левого желудочка сердца.
4. С нарушением микроциркуляции.
5. Оперативное вмешательство на сосудах почек.

Задача 19

Больной 50 лет, начальник участка, в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью с периодическими кризами. Много курит, любит острую и соленую пищу, во время очередного криза появились резкие боли за грудиной, отдающие в левую руку и не проходящие после приема нитроглицерина, слабость, холодный пот.

При осмотре больного: сознание спутанное, кожные покровы и слизистые бледные. Конечности холодные и влажные. Пульс 120 в мин., нитевидный, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца глухие. На ЭКГ отрицательный зубец Т. Рост больного 175 см, вес 95 кг.

1. Какой диагноз поставили больному в клинике?
2. Что является основным заболеванием, что осложнением?
3. Какие факторы способствовали заболеванию?

Ответы:

1. Инфаркт миокарда.
2. Основное - гипертоническая болезнь, осложнение - инфаркт, кардиогенный шок.
3. Курение, избыточное потребление соли, психоэмоциональные стрессы, астения.

Задача 20

После длительного курса противовоспалительной терапии у пациента развился следующий синдромокомплекс: увеличение массы тела, «лунообразное» лицо, гипергликемия, отёки, артериальная гипертензия, аритмия. Препарат был отменен, однако вскоре после отмены состояние больного внезапно ухудшилось: развилась артериальная гипотензия, возникло ослабление сердечной деятельности. Препарат какой группы мог получать пациент? Какова причина развившегося состояния? Какие меры неотложной помощи необходимо предпринять?

Ответ:

Пациент получал глюкокортикоидную терапию, о чём свидетельствует развившийся синдром Иценго-Кушинга.

Причиной внезапного ухудшения явился синдром «отмены», проявившийся острой надпочечниковой недостаточностью.

В плане неотложных мероприятий – введение глюкокортикоидных гормонов.

Задача 21

У больной Р., 42 лет, отмечаются упорные головные боли, общая слабость, мышечная слабость, ощущение ползания мурашек, полиурия, никтурия. Относительная плотность мочи 1001-1002. АД 230/120 мм рт. ст. В крови снижено содержание калия. При ультразвуковом исследовании обнаружена опухоль правого надпочечника.

Назовите форму артериальной гипертензии.

Какой гормон продуцирует опухоль?

Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Ответ:

Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия.

Обоснование: имеется основное заболевание – опухоль надпочечника, а артериальная гипертензия – один из симптомов этого заболевания. Опухоль продуцирует альдостерон. Избыток альдостерона повышает АД по 2 механизмам.

Почечный механизм: избыток альдостерона обеспечивает реабсорбцию избытка ионов натрия, следовательно, повышение осмотического давления крови, возбуждение осморецепторов сосудов и, следовательно, секрецию гипофизом АДГ, эффектом которого является реабсорбция воды. Усиленная реабсорбция воды ведет к увеличению ОЦК и МОС – факторов, непосредственно формирующих АД.

Внепочечный механизм: гиперпродукция альдостерона ведет к усилению транспорта ионов натрия через мембраны клеток, в том числе гладкомышечных клеток стенок сосудов. Это, в свою очередь, ведет к набуханию клеток, уменьшению просвета сосудов, повышению их тонуса и чувствительности к вазоконстрикторам (катехоламинам, вазопрессину, ангиотензину II и др.). Гипокалиемия и связанные с ней симптомы (мышечная слабость, парестезии)

позволяют исключить вероятность продуцирования опухолью глюкокортикоидов или катехоламинов.

Задача 22

Больная П., 32 лет, страдает внезапно начинающимися и внезапно заканчивающимися приступами сильной головной боли с резким повышением АД (до 280-300 мм рт.ст.), потливостью, беспокойством, чувством страха, учащенным сердцебиением, тошнотой, рвотой, болью в животе. Во время приступа лицо красное, тремор, кисти и стопы холодные, ЧСС 100-140 в минуту. Дополнительным исследованием обнаружена опухоль правого надпочечника.

Назовите форму артериальной гипертензии.

Какой гормон продуцирует опухоль?

Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Ответ:

Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Обоснование: имеется основное заболевание – опухоль надпочечника, а артериальная гипертензия – один из симптомов этого заболевания. Опухоль продуцирует катехоламины, поскольку практически все клинические проявления объясняются эффектами этих гормонов. Механизмы повышения АД при гиперкатехоламинемии: 1) повышение под действием катехоламинов тонуса сосудов и работы сердца, следовательно, повышение ОПСС и сердечного выброса; 2) активация РААС. Активация РААС происходит 2 путями: вследствие сужения под действием катехоламинов приносящих артериол, а значит, снижения перфузионного давления в почках (через активацию волюморецепторов) и вследствие возбуждения почечных β -адренорецепторов. Отдельные компоненты РААС обладают прессорными эффектами.

9.2.2. Примеры тестовых заданий

Инструкция: выберите один правильный ответ:

1. К факторам риска развития гипертонической болезни относятся:

- А. систолическое АД >140 mm Hg
- Б. уровень холестерина $>6,5$ ммоль/л
- В. отягощенная по гипертензии наследственность
- Г. повышенная масса тела
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

2. Факторами, определяющими уровень АД, являются:

- А. минутный объем сердца
- Б. общее периферическое сосудистое сопротивление
- В. активность САС и РААС
- Г. все вышеперечисленное

Ответ: Г

3. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальной гипертензии:

- А. норморениновую
- Б. гиперрениновую
- В. гипорениновую
- Г. все перечисленные

Ответ: Г

4. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:

- А. замедление предсердно-желудочковой проводимости
- Б. блокада ветвей пучка Гиса
- В. увеличение амплитуды зубца "U"
- Г. гипертрофия левого желудочка
- Д. все перечисленное

Ответ: Г

5. У больных с гипертонической болезнью при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:

- А. желудочковой пароксизмальной тахикардии
- Б. разрыва миокарда
- В. тромбоэмболии
- Г. внезапной смерти

Ответ: Г

6. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:

- А. гипертонической болезни
- Б. симптоматических гипертензиях
- В. одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях

Ответ: Б

7. Лечение бета-адреноблокаторами при артериальной гипертензии показано:

- А. больным пожилого возраста без сопутствующей ИБС
- Б. при сопутствующем сахарном диабете
- В. при сопутствующей ИБС, независимо от возраста
- Г. все перечисленное
- Д. ничего из перечисленного

Ответ: В

8. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:

- А. высокое артериальное давление (более 220/130 мм рт ст)
- Б. тяжелое поражение глазного дна
- В. нарушение функции почек
- Г. гипертоническая энцефалопатия
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

9. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:

- А. коарктация аорты
- Б. заболевания почек

- В. черепно-мозговая травма
- Г. аденома предстательной железы

Ответ: Б

10. Оптимальным методом лечения вазоренальных гипертензий является:

- А. терапия гипотензивными средствами
- Б. нефрэктомия
- В. реконструктивные операции на почечных артериях

Ответ: В

11. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

- А. гиперпродукцией кортикостероидов
- Б. увеличением образования альдостерона
- В. увеличением образования катехоламинов
- Г. гиперпродукцией ренина
- Д. всего перечисленного

Ответ: В

12. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- А. гипергликемия
- Б. гипогликемия
- В. лейкопения
- Г. лимфоцитоз
- Д. ничего из перечисленного

Ответ: А

13. Причиной системной артериальной гипертензии при неспецифическом аортоартериите чаще всего является:

- А. поражение почечных артерий
- Б. воспалительные заболевания почек
- В. повышение образования катехоламинов
- Г. гиперпродукция кортикостероидов
- Д. все перечисленное

Ответ: А

14. У больных с коарктацией аорты может наблюдаться как осложнение:

- А. застойная сердечная недостаточность
- Б. инсульт
- В. бактериальный эндокардит
- Г. расслаивание аорты
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

15. Для недостаточности клапанов аорты характерно:

- А. снижение систолического АД
- Б. повышение систолического АД
- В. уменьшение пульсового давления
- Г. нормальное систолическое и диастолическое АД

Ответ: Б

16. Для артериальной гипертонии при тиреотоксикозе характерно:

- А. повышение диастолического АД
- Б. снижение диастолического АД
- В. повышение систолического АД
- Г. увеличение пульсового АД

Ответ: Г

17. Максимальный гипотензивный эффект при плановом применении бета-адреноблокаторов наступает через:

- А. 6-8 часов
- Б. 2-3 дня
- В. 5-8 дней
- Г. 2-3 недели

Ответ: Г

18. Максимальный гипотензивный эффект при плановом применении бета-адреноблокаторов наступает через:

- А. 2-3 дня
- Б. 5-8 дней
- В. 2-3 недели

Ответ: В

19. Одной из причин рефрактерной артериальной гипертензии пожилых является

- А. возрастные изменения аорты и ее ветвей
- Б. склероз церебральных артерий
- В. атеросклероз периферических сосудов
- Г. возрастная дисфункция эндотелия
- Д. возрастные изменения почек

Ответ: Д

20. Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для:

- А. первичного гиперальдостеронизма
- Б. феохромоцитомы
- В. реноваскулярной гипертензии
- Г. коарктации аорты

Ответ: Б

21. В патогенезе сахарного диабета 2 типа имеет значение

- А. аутоиммунная деструкция β -клеток
- Б. инсулинорезистентность, дисфункция β -клеток
- В. абсолютный дефицит инсулина
- Г. вирусная инфекция

Ответ: Б

22. В патогенезе сахарного диабета 2 типа имеет значение

- А. аутоиммунная деструкция β -клеток
- Б. инсулинорезистентность, дисфункция β -клеток
- В. абсолютный дефицит инсулина
- Г. вирусная инфекция

Ответ: Б

23. По современным представлениям основным фактором риска прогрессирования диабетической нефропатии являются:

- А. активность основного заболевания
- Б. протеинурия
- В. системная артериальная гипертензия
- Г. прогрессирующая почечная анемия
- Д. все перечисленные механизмы

Ответ: Г

24. Причиной диабетической гангрены может быть:

- А. протеинурия
- Б. гипогликемия
- В. грибковое поражение
- Г. гипергликемия
- Д. инфицированная мозоль

Ответ: Д

25. Уровень гликированного гемоглобина оценивает

- А. эффективность терапии за последние 2-3 месяца
- Б. гликемию натощак
- В. наличие скрытых форм диабета

Ответ: А

26. Гипогликемии способствуют

- А. развитию гепатитов
- Б. грибковое поражение кожи
- В. развитию инфаркта миокарда
- Г. развитию инсулинорезистентности

Ответ: В

27. Абсолютным противопоказанием для назначения сульфаниламидов у больных СД 2 типа является

- А. кетоацидоз
- Б. сахарный диабет 2 типа со стабильным течением
- В. латентный пиелонефрит
- Г. диабетическая нефропатия I стадии
- Д. стабильная стенокардия

Ответ: А

28. Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:

- А. возникновение распространенных инфарктов
- Б. сердечная недостаточность
- В. частые тромбоэмболические осложнения
- Г. нетипичный болевой синдром
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

29. Для гипогликемической комы характерно:

- А. высокий уровень сахара крови
- Б. быстрое развитие комы
- В. запах ацетона
- Г. шумное дыхание
- Д. сухость кожных покровов

Ответ: Б

30. При кетоацидотической коме отмечается:

- А. гликемия менее и равная 5,0 ммол/л
- Б. отсутствие кетоацидоза
- В. сохраненное сознание
- Г. нет признаков обезвоживания
- Д. шумное дыхание

Ответ: Д

31. Синдром хронической передозировки инсулина при 2 типе СД проявляется:

- А. лабильным течением диабета
- Б. потливостью
- В. частыми гипогликемиями
- Г. прибавкой в весе
- Д. всем перечисленным

Ответ: Д

32. Для легкой формы диффузно-токсического зоба не характерно:

- А. повышение нервной возбудимости
- Б. похудание на 10-15% от исходной массы тела
- В. постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин.
- Г. постоянная тахикардия более 100 ударов в 1 мин.
- Д. некоторое снижение трудоспособности

Ответ: Г

33. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:

- А. пальпаторное исследование
- Б. ультразвуковое исследование щитовидной железы
- В. компьютерная томография щитовидной железы
- Г. тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

Ответ: Г

34. После тотальной струмэктомии по поводу рака щитовидной железы проводится:

- А. заместительная терапия тиреоидными гормонами
- Б. супрессивная терапия тиреоидными гормонами
- В. прерывистое назначение тиреоидных гормонов

Ответ: Б

35. Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее:

- А. препараты йода
- Б. глюкокортикоиды
- В. β -блокаторы
- Г. витамины
- Д. анаболики

Ответ: А

36. Для манифестной формы гипотиреоза характерно:

- А. повышение ТТГ, нормальный уровень Т4
- Б. повышение ТТГ, сниженный уровень Т4
- В. снижение ТТГ, повышенный уровень Т4

Г. снижение ТТГ, нормальный уровень Т4

Ответ: Б

37. Достаточное поступление йода в организм составляет:

А. 20-40 мкг/сут

Б. 40-60 мкг/сут

В. 60-80 мкг/сут

Г. 80-100 мкг/сут

Д. 100-200 мкг/сут

Ответ: Д

38. Достаточное поступление йода в организм составляет:

А. 20-40 мкг/сут

Б. 40-60 мкг/сут

В. 60-80 мкг/сут

Г. 80-100 мкг/сут

Д. 100-200 мкг/сут

Ответ: Д

39. Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются

А. большие размеры зоба с сдавлением органов шеи

Б. наличие узлов

В. метаплазия тиреоидного эпителия

Г. все перечисленное

Ответ: Г

40. Пожилому больному с декомпенсированным гипотирозом следует назначить

А. в санатории бальнеологическое лечение

Б. лечение малыми дозами L-тироксина

В. лечение большими дозами L-тироксина под прикрытием ГК

Г. мочегонные препараты

Д. отказаться от лечения гипотироза

Ответ: Б

41. В патогенезе развития первичного остеопороза решающее значение имеет

- А. прекращение овариальной функции в менопаузе
- Б. снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
- В. снижение овариальной функции в течение жизни
- Г. нарушение функции гомеостаза кальция
- Д. генетическая предрасположенность и исходная плотность кости

Ответ: Д

42. Цифры нормальных значений углеводного обмена натощак по плазме:

- А. 6,2 ммоль/л;
- Б. 3,0 ммоль/л;
- В. 6,4 ммоль/л;
- Г. 2,7 ммоль/л;
- Д. 6,0 ммоль/л

Ответ: Д

43. Тест толерантности к глюкозе проводится, если уровень глюкозы по плазме:

- А. Натощак -5,8 ммоль/л, после еды – 7,2 ммоль/л;
- Б. Натощак -5,9 ммоль/л, после еды – 7,2 ммоль/л;
- В. Натощак -6,0 ммоль/л, после еды – 8,6 ммоль/л;
- Г. Натощак -5,6 ммоль/л, после еды – 7,6 ммоль/л;
- Д. Натощак -6,5 ммоль/л, после еды – 11,4 ммоль/л.

Ответ: В

44. Показатель долговременной компенсации сахарного диабета:

- А. Гликемия натощак;
- Б. Гликемический профиль;
- В. HbA_{1c};
- Г. Глюкоза через час после еды;
- Д. Глюкоза через два часа после еды.

Ответ: В

45. Ранний признак кардиальной нейропатии:

- А. Стенокардия напряжения;

- Б. Стенокардия покоя;
- В. Впервые возникшая стенокардия;
- Г. Фиксированная тахикардия;
- Д. Острый коронарный синдром.

Ответ: Г

46. Признаки нейропатической стопы:

- А. Ключовидная деформация пальцев стопы;
- Б. Наличие акральных некрозов;
- В. ДЛП;
- Г. Стопа Шарко;
- Д. Язвенный дефект.

Ответ: Г

47. Признаки ишемической стопы:

- А. Ключовидная деформация пальцев стопы;
- Б. ЛПИ $> 1,0$;
- В. ДЛП, ИБС или ПИКС;
- Г. Стопа Шарко;
- Д. Язвенный дефект.

Ответ: В

48. Показания к лазерфотокоагуляции при диабетической ретинопатии :

- А. Фоновая ретинопатия;
- Б. Миопическое глазное дно + фоновая ретинопатия;
- В. ДЛП;
- Г. Фоновая ретинопатия с макулопатией;
- Д. Язвенный дефект на стопе.

Ответ: Г

49. Показания к диализу при диабетической нефропатии:

- А. ХПН;
- Б. Протеинурия;
- В. ХПН, СКФ -15 мл/мин;
- Г. ХПН, СКФ <15 мл/мин;

Д. Диабетическая нефропатия, стадия МАУ.

Ответ: В

50. Показания к ампутации при нейропатической форме СДС:

- А. Язвенный дефект больших разметов, ст.3 ;
- Б. Язвенный дефект больших разметов, ст.4;
- В. Язвенный дефект больших разметов с распространенной гангреной;
- Г. Флегмона стопы;
- Д. Язвенный дефект больших разметов с остеомиелитом.

Ответ: В

51. Показания к ампутации при ишемической форме СДС:

- А. Акральный некроз;
- Б. Акральный некроз + ЛПН $< 0,8$;
- В. Акральный некроз + ДЛП;
- Г. Распространенная гангрена;
- Д. Язвенный дефект на стопе.

Ответ: Г

52. Показания к стационарному лечению при СД 2 типа:

- А. Подбор дозы;
- Б. Декомпенсация при уровне $HbA_{1C} > 10\%$;
- В. ДЛП;
- Г. Язвенный дефект на стопе;
- Д. Ухудшение течения ИБС.

Ответ: Д

53. Степень тяжести сахарного диабета определяется:

- А. Уровнем гликемии;
- Б. Наличием и выраженностью микро- и макрососудистых осложнений;
- В. Степенью выраженности гликемии;
- Г. Выраженностью клинических проявлений;
- Д. Суточной дозой инсулина > 40 ед.

Ответ: Б

54. ДЛП при СД характеризуется:

- А. Гипертриглицеридемией, гипоальфахолестеринемией, умеренной гипертриглицеридемией;
- Б. Выраженной гиперхолестеринемией, нормальным ХС ЛВП, умеренной гипертриглицеридемией;
- В. Умеренной гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией;
- Г. Выраженной гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией, нормоальфахолестеринемией;
- Д. Умеренной гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией, нормоальфахолестеринемией.

Ответ: А

55. Особенностью течения атеросклероза при СД является:

- А. Медленно прогрессирующая ИБС;
- Б. Стабильная ИБС;
- В. Наличие нестабильной бляшки и опасность тромбоэмболии;
- Г. Отсутствие нарушений сердечного ритма;
- Д. ИБС с выраженным болевым синдромом.

Ответ: В

56. Фоновая ретинопатия без макулопении характеризуется:

- А. Наличием диплопии;
- Б. Наличием «пелены » перед глазами;
- В. Отсутствием жалоб со стороны зрения;
- Г. Отсутствием четкости изображения;
- Д. Наличие двойного контура изображения.

Ответ: В

57. Ранним признаком диабетической нефропатии является:

- А. Микроальбуминурия;
- Б. Отеки на лице;
- В. Изменение мочевого осадка;
- Г. Лейкоцитурия;
- Д. Постоянная протеинурия.

Ответ: А

58. Наиболее нефротоксичными антибиотиками являются группы

- А. пенициллины
- Б. аминогликозиды
- В. макролиды
- Г. левомицетин

Ответ: Б

59. При физикальном осмотре пациентов с уремией не выявляются

- А. гипертензия
- Б. гипотензия
- В. бледность кожи и слизистых
- Г. периферическая нейропатия
- Д. шум трения перикарда

Ответ: Б

60. Доказано нефропротективное действие следующих групп препаратов

- А. НСПВП
- Б. антиагреганты
- В. антагонисты кальция
- Г. ингибиторы АПФ

Ответ: Г

61. Самым частым клиническим вариантом гломерулонефрита является

- А. нефротический
- Б. латентный
- В. гипертонический
- Г. гематурический

Ответ: Б

62. Наиболее частые причины реноваскулярной гипертензии

- А. фиброзно-мышечная дисплазия почечных артерий
- Б. атеросклероз почечных артерий
- В. врожденный стеноз почечных артерий
- Г. васкулит

Ответ: Б

63. Для лечения подагрической нефропатии используется

- А. бенамид
- Б. аллопуринол
- В. курантил
- Г. тиазидные мочегонные

Ответ: Б

64. Изостенурия – это состояние, при котором

- А. плотность мочи равна плотности плазмы
- Б. плотность мочи ниже 1018
- В. плотность мочи 1015

Ответ: А

65. Для нефротического синдрома характерно:

- А. артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия
- Б. артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
- В. отеки, протеинурия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия

Ответ: В

66. Наиболее точно отражают степень хронической почечной недостаточности следующие показатели:

- А. мочевины
- Б. остаточный азот
- В. креатинин крови
- Г. калий сыворотки

Ответ: В

67. Наиболее ранними клиническими признаками хронической почечной недостаточности являются:

- А. повышение артериального давления
- Б. полиурия, полидипсия
- В. гиперкалиемия

Ответ: Б

68. Лейкоцитурией называется увеличение числа лейкоцитов в моче:

- А. более 5-6 в поле зрения или свыше 2000 в мл
- Б. 3-4 в поле зрения или 1000 в мл
- В. 1-2 в поле зрения или 1000 в мл

Ответ: А

69. Максимальная суточная протеинурия в норме составляет:

- А. 50 мг
- Б. 100 мг
- В. 150 мг
- Г. 300 мг
- Д. 500 мг

Ответ: А

70. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

- А. артериальная гипертензия
- Б. гиперкалиемия
- В. повышение уровня креатинина в крови
- Г. олигурия
- Д. протеинурия

Ответ: В

71. Наиболее типичные изменения в общем анализе мочи у пациентов с диабетической нефропатией:

- А. протеинурия, альбуминурия
- Б. микрогематурия
- В. цилиндрурия

Ответ: А

72. В норме относительная плотность мочи колеблется в пределах:

- А. 1010-1030
- Б. 1008-1010
- В. 1010-1015

Ответ: А

73. Нормальные значения скорости клубочковой фильтрации для пациентов молодого и среднего возраста:

- А. 70 мм/мин
- Б. >80мм/мин
- В. >90 мм/мин
- Г. все перечисленное

Ответ: В

74. В пожилом возрасте нередко первым клиническим признаком хронического пиелонефрита является:

- А. высокий лейкоцитоз
- Б. появление белка в моче
- В. рефрактерная артериальная гипертония

Ответ: В

75. Выраженная лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- А. пиелонефрите
- Б. гломерулонефрите
- В. нефролитиазе
- Г. поликистозе

Ответ: А

76. Не относится к главным факторам прогрессирования хронической болезни почек

- А. протеинурия
- Б. артериальная гипертония
- В. анемия
- Г. нарушения углеводного и липидного обмена

Ответ: В

77. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А. хронического нефрита;
- Б. пиелонефрита;
- В. сахарного диабета;
- Г. несахарного диабета;

Д. сморщенной почки.

Ответ: В

78. Острому нефритическому синдрому соответствуют:

- А. отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
- Б. артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
- В. артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
- Г. протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия
- Д. артериальная гипертензия, азотемия, анемия

Ответ: В

79. У 40-летнего больного через 2-3 недели после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, протеинурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

- А. острый гломерулонефрит
- Б. острый пиелонефрит
- В. апостематозный нефрит
- Г. амилоидоз почек

Ответ: А

80. Укажите механизм, который лежит в основе патогенеза острого гломерулонефрита:

- А. иммунокомплексный
- Б. антительный (антитела к базальной мембране клубочков)
- В. токсическое повреждение почек
- Г. дистрофические изменения
- Д. ишемический

Ответ: А

81. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- А. острого гломерулонефрита
- Б. пиелонефрита
- В. почечно-каменной болезни
- Г. цистита

Ответ: А

82. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- А. фуросемиду
- Б. вершпиرونу
- В. индапамиду
- Г. гипотиазиду.

Ответ: А

83. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- А. дерматомиозита
- Б. системной красной волчанки
- В. системной склеродермии
- Г. узелкового артериита

Ответ: Б

84. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39°C, на коже передней брюшной стенки и бедрах появилась эритема. Наиболее вероятная причина:

- А. бактериальный перитонит
- Б. нефротический криз;
- В. почечная колика
- Г. апостематозный пиелонефрит

Ответ: Б

85. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

- А. полусинтетические пенициллины
- Б. тетрациклин
- В. бисептол
- Г. фурагин
- Д. фторхинолоны

Ответ: А

86. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- А. нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации

- Б. гематурия и гиперазотемия
- В. микроальбуминурия и клубочковая гиперфльтрация
- Г. протеинурия и гематурия
- Д. протеинурия и артериальная гипертензия

Ответ: В

87. .Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства (гемодиализа), является:

- А. повышение содержания мочевины в крови
- Б. гиперфосфатемия
- В. гиперкалиемия
- Г. гиперурикемия

Ответ: В

88. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- А. кожный зуд
- Б. эритроцитоз
- В. полиурия, полидипсия
- Г. тошнота, рвота
- Д. мышечные судороги

Ответ: Б

89. Стадию хронической болезни почек определяют по уровню:

- А. мочевины
- Б. остаточного азота
- В. креатинина
- Г. калия
- Д. мочевой кислоты

Ответ: В

90. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- А. анурия
- Б. высокая гипертензия

- В. повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л
- Г. повышение уровня креатинина сыворотки до 200 мкмоль/л

Ответ: В

91. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

- А. чашечно-лоханочная система
- Б. почечные канальцы
- В. нефрон

Ответ: Б

92. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

- А. радиоизотопная ренография
- Б. ультразвуковое сканирование почек
- В. ангиография
- Г. экскреторная урография
- Д. компьютерная томография

Ответ: В

93. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- А. гематурия
- Б. протеинурия более 3,5 г/сутки
- В. артериальная гипертензия
- Г. лейкоцитурия

Ответ: Б

94. Чаще всего острый гломерулонефрит развивается как осложнение инфекции, вызванной:

- А. альфа-гемолитическим стрептококком группы В
- Б. стафилококком группы А
- В. бета-гемолитическим стрептококком группы А
- Г. риккетсиями
- Д. уросепсисом, вызванным кишечной палочкой

Ответ: В

95. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- А. 10% почечной паренхимы
- Б. 20% почечной паренхимы
- В. 50% почечной паренхимы
- Г. 75% почечной паренхимы
- Д. 90% почечной паренхимы

Ответ: Г

96. Хроническая болезнь почек – это:

- А. воспалительное заболевание почек, характеризующееся появлением отеков, протеинурией, АГ, снижением функции почек
- Б. наличие повреждения почек или снижения функции почек в течение трех месяцев или более, независимо от диагноза
- В. неспецифический воспалительный процесс почечной паренхимы с вовлечением чашечно-лоханочной системы

Ответ: Б

97. Лидирующая причина (нозология) развития хронической болезни почек:

- А. артериальная гипертензия
- Б. гломерулонефрит
- В. пиелонефрит
- Г. диабет
- Д. мочекаменная болезнь

Ответ: В

98. Единственно верными для исключения или подтверждения хронической болезни почек, в том числе её субклинического течения являются:

- А. общий анализ мочи и уровень креатинина крови
- Б. тест на МАУ и уровень креатинина крови
- В. тест на МАУ и СКФ
- Г. тест на МАУ и протеинурию
- Д. общий анализ мочи и СКФ

Ответ: В

99. Микроальбуминурия – это суточная экскреция альбумина с мочой:

- А. 10-50 мг/сутки

Б. более 300 мг/сутки

В. 30-300 мг/сутки

Ответ: В

100. Протеинурия – это суточная экскреция белка с мочой:

А. 10-50 мг/сутки

Б. более 300 мг/сутки

В. 30-300 мг/сутки

Ответ: Б

Х. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

ЛИТЕРАТУРА

10.1. Клинические рекомендации

N	Заглавие
1.	Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых». – Москва, РКО, - 2020, – 162 с.
2.	Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у беременных». – Москва, Российская ассоциация акушеров-гинекологов Российская ассоциация кардиологов, - 2016, – 69 с.
3.	Клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы». – Москва, РКО, - 2020, – 157 с.
4.	Клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы». – Москва, РКО, - 2020, – 157 с.
5.	Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца». – Москва, РКО, - 2020, – 114 с.
6.	Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность». – Москва, РКО, - 2020, – 183 с.
7.	Клинические рекомендации «Семейная гиперхолестеринемия». – Москва, РКО, - 2018, – 65 с.
8.	Клинические рекомендации «Сахарный диабет 1 типа у взрослых». – Москва, Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов», - 2019, – 167 с.
9.	Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых». – Москва, Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов», - 2019, – 223 с.

10.2. Основная литература

N	Заглавие
1.	Внутренние болезни: учебник: в 2т. / ред.: Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
2.	Кардиология: национальное руководство [Комплект] : руководство / ред. Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с.
3.	Нефрология [Электронный ресурс] : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования. / ред. Е. М. Шилов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 696 с.
4.	Нефрология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Н.А. Мухина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства")
5.	Сторожаков, Геннадий Иванович. Поликлиническая терапия [Комплект] : учебник / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. : ил. + 1 о_эл. опт. диск (CD-ROM).
6.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. И. Астахова [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.
7.	Эндокринология [Комплект] : национальное руководство / ред. И. И. Дедов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1072 с. + 1 о_эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальный проект "Здоровье").

10.3. Дополнительная литература

N	Заглавие
8.	Артериальная гипертензия [Комплект] : руководство для врачей / ред. Р. Г. Оганов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с. + 1 о_эл. опт. диск (CD-ROM).
9.	Артериальная гипертензия у беременных. Терапевтические аспекты проблемы / ред. Э. Г. Волкова, С. П. Сеницын. - [Челябинск] : [Челябинская гос.мед.академия], 2010. - 196 с.
10.	Басиева, О. О. Методические разработки по нефрологии в курсе факультетской терапии [Электронный ресурс] / О. О. Басиева, И. М. Беликова, Ф. Ю. Харебова. - Владикавказ : СОГМА, 2012. - 41 с.
11.	Внутренние болезни по Дэвидсону. Нефрология. Ревматология : учебное пособие / ред. Н. А. Бун [и др.] ; пер. с англ. Н. А. Мухин. - М. : Рид Элсивер, 2010. - 240 с.
12.	Воробьев, А. С. Электрокардиография: пособие для самостоятельного изучения [Электронный ресурс] / А. С. Воробьев. - Б. м. : СпецЛит, 2011

13.	Гипотиреоз: клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] : учебное пособие / И. А. Бондарь, В. В. Климонтов. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2010. - 31 с.
14.	Давыдкин И.Л. Анемия при хронической болезни почек [Электронный ресурс] : руководство / И.Л. Давыдкин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 64 с. + 1 r_on-line
15.	Диагностика и лечение болезней почек : руководство для врачей / Н. А. Мухин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 384 с.
16.	Диетология [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. Н. Герасименко [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2010.
17.	Доказательная эндокринология : руководство для врачей; пер.с англ. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с.
18.	Ермоленко В. М. Острая почечная недостаточность: руководство [Электронный ресурс] : учебное пособие / В.М. Ермоленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 240 с. + 1 r_on-line
19.	Заболевания щитовидной железы и беременность [Электронный ресурс] / О. Г. Пекарев, З. Б. Хаятова. - (1 файл : 335 Кб). - Новосибирск : [б. и.], [2006].
20.	Захарьян, Александр Гарьевич . Медико-социальная экспертиза в практике первичного звена здравоохранения / А. Г. Захарьян ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : РИО НОУ Социальный колледж НГМА, 2008. - 72 с.
21.	Инсулин - в норме и при патологии : учебное пособие / А. М. Мкртумян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 64 с.
22.	Интенсивная терапия [Комплект] : национальное руководство: в 2т. Т.2 / ред. Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа., 2009 – 784с (Национальный проект "Здоровье").+ 1 о_эл. опт. диск (CD-ROM).
23.	Клиническая фармакология [Комплект] : национальное руководство / ред. Ю. Б. Белоусов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 976 с. + 1 о_эл. опт.диск (CD-ROM). - (Национальный проект "Здоровье").
24.	Клинические рекомендации по ревматологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. С.Л. Насонова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - + 1 r_on-line.
25.	Кобалава, Жанна Давыдовна. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, В. С. Моисеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 864 с. - (Библиотека врача-специалиста. Кардиология. Терапия).
26.	Консультант врача. Эндокринология [Электронный ресурс] : Версия 1.1. Полная электронная версия Национального руководства по эндокринологии. Фарм.справочник. Информация для пациентов. Нормативно-правовые док. МКБ-10. Ссылки на ведущие российские и зарубежные информационные ресурсы по эндокринологии. Мед.калькуляторы. Система поиска. - Электрон. текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
27.	Медицинская реабилитация: основные понятия и методы : учеб. пособие / В. А. Дробышев и др. – Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2014. – 132 с. + on-line.
28.	Моисеев, Валентин Сергеевич. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией : руководство

	для врачей / В. С. Моисеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 832 с. : ил.
29.	Наглядная эндокринология : пер.с англ. / ред. Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 120 с.
30.	Нарушение углеводного обмена во время беременности : монография: в 2ч. / З. В. Забаровская. - Ч.1 : Гормонально-метаболические изменения при физиологически протекающей беременности. Эндокринологическая помощь и принципы обучения беременных женщин при нарушениях углеводного обмена - Минск : Изд-во БГМУ, 2010. - 142 с.
31.	Нарушение углеводного обмена во время беременности : монография: в 2ч. / З. В. Забаровская. Ч.2 : Гестационный сахарный диабет: этиология, патогенез, клинические особенности, диагностика, лечебная тактика, исходы беременности и родов, последствия для женщины и новорожденного. - Минск : Изд-во БГМУ, 2010. - 236 с.
32.	Наточин, Ю. В. Введение в нефрологию / Ю. В. Наточин, Н. А. Мухин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 160 с.
33.	Неотложные состояния при сахарном диабете : учебное пособие / Л. А. Руюткина ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - 4-е изд.,доп. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2009. - 107 с.
34.	Неотложные состояния в эндокринологии [Электронный ресурс] : учеб. пособие / сост.: О. О. Басиева, О. Д. Зангиева, З. Т. Цаболова. - Владикавказ: СОГМА, 2012. - 116 с.
35.	Неотложная помощь в терапии и кардиологии : учебное пособие для сист.послевуз.проф.образования / ред. Ю. И. Гринштейн. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
36.	Неотложные состояния в клинике внутренних болезней [] : учебное пособие / И. Н. Никольская [и др.]. ; ред. А. В. Шабалин ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2007. - 70 с. + 1 r_on-line
37.	Неотложная эндокринология : учебное пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 128 с.
38.	Обеспечение и контроль качества оказания медицинской помощи в амбулаторной сети : учебное пособие / Е. Ю. Герман [и др.] ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : НГМУ, 2008
39.	О'Каллагхан, Крис А. Наглядная нефрология : учебное пособие для вузов: пер. с англ. / К. А. О'Каллагхан ; ред. Е. М. Шилов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 128 с.
40.	Особенности и организация питания различных групп населения [Электронный ресурс]: учебное пособие / В. Н. Семенова [и др.] ; НГМУ. - Новосибирск : Сибмедиздат, 2011. - 90 с.
41.	Петров, Владимир Иванович. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике : учебник - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с. : ил.
42.	Поликарпов, Л С. Артериальная гипертензия [Видеозапись, кинофильм, микроформа] : видеолекция / Л. С. Поликарпов. - Красноярск : КрасГМУ, 2012.
43.	Почки при сахарном диабете: патоморфология, патогенез, ранняя диагностика, лечение : монография / И. А. Бондарь [и др.] ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2008. - 272 с.

44.	Пропедевтика внутренних болезней. Нефрология : учеб. пособие / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 184 с. : ил.
45.	Рациональная фармакотерапия в нефрологии : руководство для практикующих врачей; учебное пособие для системы послевуз.проф.образования врачей / ред.: Н. А. Мухин, Л. В. Козловская, Е. М. Шилов. - М. : Литтерра, 2006. - 896 с.
46.	Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ : руководство для практических врачей: учебное пособие для системы послевуз.проф.образования врачей / под общ.ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. - М. : Литтерра, 2006. - 1080 с.
47.	Сахарный диабет 2 типа в клинической практике терапевта [Комплект] : учебное пособие / Л. А. Руюткина ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2006. - 58 с. + 1 r_on-line
48.	Сахарный диабет и глаза [Электронный ресурс] : учеб. пособие для послевузовского образования / В. Т. Гололобов, Е. В. Козина, В. П. Мацынина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - б/м : б/и, 2010. - 85 с.
49.	Сердечно-легочная реанимация и интенсивная терапия на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебное пособие / В. Н. Кохно, А. Н. Шмаков, Н. Л. Елизарьева [и др.]. - Новосибирск : Сибмедииздат, 2011. - 84 с.
50.	Современные методы лечения гипотиреоза / С. И. Третьяк, В. Я. Хрыщанович ; БГМУ. - Минск : БГМУ, 2011. - 150 с.
51.	Стандарты ведения больных. 2007 : клинические рекомендации: [для системы послевузовского проф.образования врачей]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - , Вып.2 1376 с.
52.	Стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни) : Стандарт оказания медицинской помощи. - М. : б.и., 2013.
53.	Стандарт медицинской помощи больным с гломерулярными и тубулоинтерстициальными болезнями почек для санаторно-курортного лечения [Электронный ресурс] . - (1 файл : 121 Кб). - М. : б. и., 2015. - 6 с. + 1 r_on-line
54.	Стандарт медицинской помощи пациентам с ХБП5 при начале лечения перитонеальным диализом [Электронный ресурс] . - (1 файл : 196 Кб). - М. : б.и., 2015. - 20 с. + 1 r_on-line
55.	Стандарт специализированной медицинской помощи при инсулинзависимом сахарном диабете [Электронный ресурс] : Стандарт оказания медицинской помощи. - Москва : б.и., 2013
56.	Стандарт специализированной медицинской помощи при новообразованиях гипофиза [Электронный ресурс] : Стандарт оказания медицинской помощи. - Москва : б.и., 2013
57.	Стандарт специализированной медицинской помощи при первичном

	гипотиреозе [Электронный ресурс] : Стандарт оказания медицинской помощи. - Москва : б.и., 2013
58.	Стандарт специализированной медицинской помощи при подостром тиреоидите [Электронный ресурс] : Стандарт оказания медицинской помощи. - Москва : б.и., 2013
59.	Стандарт специализированной медицинской помощи при гипопаратиреозе [Электронный ресурс] : Стандарт оказания медицинской помощи. - Москва : б.и., 2013
60.	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Иценко-Кушинга [Электронный ресурс] . - (1 файл : 198 Кб). - М. : б.и., 2015. - 20 с. + 1 r_on-line
61.	Стандарт специализированной медицинской помощи больным с гиперпаратиреозом [Электронный ресурс]. - М. : [б. и.], 2015. - 14 с.
62.	Судебно-медицинская экспертиза случаев оказания терапевтической помощи : учебно-методическое пособие для системы послевузовской подготовки врачей / Омск.гос.мед.академия. - Омск : [б. и.], 2010. - 126 с.
63.	Эндокринология : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с
64.	Эндокринология [Электронный ресурс] : электронное учебное издание / Новосиб.гос.мед.ун-т ; сост. Л. А. Рюткина [и др.]. - Новосибирск : Центр очно-заочного образования ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, 2008.

10.4. Интернет-ресурсы

№	Наименование ресурса	Краткая характеристика
1.	Научная электронная библиотека http://www.elibrary.ru/	Крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 12 млн. научных статей и публикаций.
2.	«Консультант Врача. Электронная медицинская библиотека» http://www.rosmedlib.ru	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов. Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
3.	ClinicalKey https://www.clinicalkey.com/#/	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу научных Интернет ресурсов по различным разделам медицины .

4.	Электронно-библиотечная система КнигаФонд http://www.knigafund.ru/	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов. Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
5.	Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) http://library.ngmu.ru/	Представлены полнотекстовые электронные версии учебников, учебно-методических пособий, монографий, подготовленных и изданных в университете. Хронологический охват: 2005 – текущий период. Доступ с ПК библиотеки НГМУ.
6.	Единое окно доступа к образовательным ресурсам http://window.edu.ru/	Обеспечивает свободный доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
7.	Электронно-библиотечная система «Colibris» http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib	Обеспечивает свободный доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
8.	Справочно-правовая система Консультант Плюс \Serv-PLUS\consultant_bibl	Обеспечивает свободный доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
9.	Федеральная электронная медицинская библиотека http://feml.scsml.rssi.ru/feml	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.

10.	Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы https://www.rosminzdrav.ru/documents . https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу нормативной документации, принятой в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации).
11.	Министерстве здравоохранения Новосибирской области. http://www.zdrav.nso.ru/page/1902	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу нормативной документации, принятой в здравоохранении (законы Российской Федерации, НСО, технические регламенты, региональные и национальные стандарты, приказы, рекомендации).
12.	Российская государственная библиотека http://www.rsl.ru	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
13.	Consilium Medicum http://www.consilium-medicum.com/	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
14.	PubMed. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
15.	MedLinks.ru http://www.medlinks.ru/	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.

16.	Медицина в Интернет http://www.rmj.ru/internet.htm	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
17.	КиберЛенинка. http://cyberleninka.ru/	Обеспечивает доступ к интегральному каталогу образовательных Интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов, к ресурсам системы федеральных образовательных порталов Система создана по заказу Федерального агентства по образованию.
18.	Врач https://vrachjournal.ru/?q=ru	Журнал для практических врачей всех специальностей. Освещает важнейшие проблемы медицины и здравоохранения, новые методы диагностики и лечения, перспективные научные разработки. Каждый номер журнала посвящен определенной теме.
19.	Доказательная кардиология (электронная версия) https://mediasphera.ru/journal/dokazatelnyaya-kardiologiya	В журнале публикуются материалы из международных медицинских изданий с комментариями: обзоры наиболее важных событий в кардиологии, критический анализ результатов наиболее значимых рандомизированных контролируемых испытаний, результаты вторичного анализа данных, полученных в ходе медицинских исследований, а также результаты систематических обзоров, мета-анализов и публикаций, посвященных оценке экономических аспектов различных вмешательств.
20.	Евразийский кардиологический журнал http://www.gipertonik.ru/evrazijskij-kardiologicheskij-zhurnal	Журнал публикует статьи по всем проблемам заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также по смежным проблемам с другими медицинскими специальностями. В издании сделан акцент на новые возможности для современной диагностики и лечения важных аспектов сердечно-сосудистой патологии, необходимой для специализированной врачебной практики. В журнале публикуются передовые и оригинальные статьи, краткие сообщения, заметки из практики, лекции, обзоры.

21.	Кардиологический вестник https://www.mediasphera.ru/journal/kardiologicheskij-vestnik	В журнале рассматриваются болезни сердца и сосудов, публикуются научные статьи по фундаментальным и клиническим вопросам кардиологии, обзоры, лекции, результаты клинических исследований. Публикующиеся в нем статьи охватывают не только все направления современной кардиологии, но и затрагивают актуальные проблемы смежных специальностей, а также имеют несомненный клинический интерес и отвечают строгим научным критериям.
22.	Кардиология https://elibrary.ru/title_about.asp?id=7844	Научно-практическое периодическое издание, основано выдающимися учеными академиками АМН СССР А.Л. Мясниковым и П.Е. Лукомским, издается с 1961 года. Основные разделы: клиническая кардиология, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, артериальная гипертония, заболевания миокарда, пороки сердца, аритмии сердца, сердечная недостаточность.
23.	Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия http://www.mediasphera.ru/	Медицинский научно-практический рецензируемый журнал, всесторонне освещающий вопросы заболевания сердца и сосудов: фундаментальные вопросы этиологии и патогенеза, высокотехнологичные методы диагностики, терапевтического и хирургического подходов к лечению.
24.	Клиническая медицина http://www.medlit.ru/journalsview/clinicalmedicine	Журнал освещает основные вопросы клинической медицины, уделяя внимание диагностике, патогенезу, профилактике, лечению и клинике заболеваний. Особый раздел посвящен материалам, публикуемым в помощь практическому врачу.
25.	Лечащий врач http://www.lvrach.ru/	Медицинский научно-практический журнал о современных методах лечения и применения новейших лекарственных препаратов.
26.	Медико-социальная экспертиза и реабилитация http://www.medlit.ru/medrus/medsoz.htm	Освещает вопросы профилактики и эпидемиологии инвалидности, медико-социальной экспертизы, медицинской, профессиональной и социально-бытовой реабилитации инвалидов; вопросы законодательства, нормативной базы и экономических проблем инвалидности, подготовки и повышения квалификации кадров для учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.
27.	Медицинский совет https://www.med-sovet.pro/jour	Профессиональный мультидисциплинарный журнал для практикующих врачей. Статьи в журнале сочетают в себе практическую информацию, клинические лекции и научные обзоры с новостями медицины

28.	Общественное здоровье и здравоохранение http://www.ozizdrav.ru/ населения.	Цель издания - освещение и обсуждение наиболее важных проблем здоровья населения России и зарубежных стран, экономики, организации и управления здравоохранением, системой обязательного медицинского страхования, социальной защиты, санитарно-эпидемиологической службой, результативности внедрения достижений медицинской науки и техники в различных отраслях, создание настольного научно-практического руководства системой охраны здоровья.
29.	Патология кровообращения и кардиохирургия http://www.journalmeshalkin.ru	Статьи журнала посвящены актуальным проблемам, связанным с патологией кровообращения и кардиохирургией, знакомят с фундаментальными и прикладными исследованиями в этой области, информируют о современных подходах и новейших технологиях хирургического лечения врожденных и приобретенных пороков сердца, ишемической болезни сердца, магистральных и периферических сосудов
30.	Профилактическая медицина http://mediasphera.ru/	Предназначен для медицинских работников, политиков, организаторов здравоохранения и ученых. Широкий диапазон проблем, которые выносятся на страницы журнала, определяется его общественно-политической и научно-практической направленностью. В журнале освещаются проблемы укрепления здоровья, профилактики и лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, респираторных, диабета, травматизма и насильственной смерти.
31.	Российский кардиологический журнал http://roscardio.ru/ru/	Публикует оригинальные и экспериментальные исследования, вопросы кардиохирургии и фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, лекции, обзоры литературы.
32.	Российский медицинский журнал http://www.medlit.ru/journalsview/medicaljournal	Журнал предназначается для практических врачей всех специальностей, являясь центральным национальным медицинским изданием, которое освещает практические проблемы диагностики и лечения основных нозологических форм болезней, а также актуальные проблемы в области социальной гигиены, организации здравоохранения.
33.	Русский медицинский журнал http://www.rmj.ru/	Независимое издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года. Цель журнала — последипломное образование врачей

		<p>общей практики. Аудитория журнала — врачи общей практики, узкие специалисты, клинические ординаторы и аспиранты, студенты старших курсов медицинских институтов.</p>
--	--	---