

**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 2020 г.

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

Специальность: «Терапия»

**Цикл: «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических
заболеваниях»**

Специальность 31.08.49 «Терапия»
31.08.36 «Кардиология»
31.08.46 «Ревматология»
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 «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях» разработана сотрудниками кафедры терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

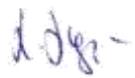
Рабочую программу разработали:

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
Зонова Е.В.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ НГМУ

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,  Руйткина Л.А.
 д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Терапия» «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»

№ 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. Врачу-терапевту приходится сталкиваться с самыми разнообразными заболеваниями, в том числе частота которых увеличивается из года в год. К таким патологическим состояниям, в том числе, относятся сердечно-сосудистая патология и ревматологические заболевания.

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 ревматическими заболеваниями, в том числе ревматоидным артритом,

системными заболеваниями соединительной ткани и другими ревматическими заболеваниями обусловлена нарастанием их медико-социальной значимости в связи со значительным снижением качества жизни и большим показателем утраты трудоспособности.

Группа ревматических заболеваний в настоящее время включает более 150 болезней и синдромов. Среди причин смерти человека эта патология, безусловно, не может «конкурировать» с сердечно-сосудистыми (ИБС и артериальная гипертензия) и онкологическими заболеваниями, но если сравнить показатели временной нетрудоспособности при болезнях скелетно-мышечной системы и соединительной ткани, то в нашей стране они уступают лишь заболеваниям органов дыхания и травмам. В индустриально развитых странах болезни костно-мышечной системы занимают второе место по временной нетрудоспособности. Более 40% лиц пожилого возраста страдают остеоартритом. Более половины больных ревматоидным артритом через 10 лет от начала заболевания вынуждены бросить свою работу вследствие развившейся инвалидности. Ревматические заболевания нередко характеризуются развитием вариабельной полиорганной симптоматики, хроническим течением, чередованием ремиссий и обострений, и тяжелым поражением внутренних органов. Отсутствие своевременной диагностики и проведения адекватных методов лечения ревматических заболеваний, в том числе и на ранних стадиях, приводят к инвалидизации, сокращению продолжительности и снижению качества жизни пациентов. При некоторых ревматических заболеваниях промежуток времени с момента появления первых симптомов до верификации достоверного диагноза может достигать нескольких лет. Возможны атипичные варианты дебюта, в связи с чем пациенты обращаются за первичной помощью к врачам терапевтических специальностей, не владеющих достаточными навыками курации подобных больных. Таким образом, расширение знаний врачей об особенностях ревматических заболеваний, в том числе при сочетании с сердечно-сосудистой патологией, современных методах диагностики, лечения и мониторинга больных является насущной потребностью, и объясняет необходимость образования врачей терапевтических специальностей по актуальным вопросам ревматологии и сердечно-сосудистой патологии.

Актуальность разработки дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Терапия» «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях», обусловлена необходимостью углубления и совершенствования врачами-терапевтами участковыми, кардиологами, ревматологами, 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 ревматологической 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» «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях».

Цель - совершенствование, углубление профессиональных знаний, умений, навыков и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации врача-терапевта, врача кардиолога, врача ревматолога, врача общей практики, врача гериатра; приобретении новых знаний и (или) получении новой компетенции в рамках имеющейся квалификации^{1,2,3} по

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,

современным подходам к диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний.

Задачи:

1. Формирование знаний по организации и правовым вопросам оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и ревматологическими 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 заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата.
3. Знакомство с современными методами диагностики и лечения сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний, используемыми в работе врача терапевта, врача кардиолога, врача ревматолога, врача общей практики, врача гериатра.

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

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

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 здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 января 2019 г. №50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 февраля 2019 г., регистрационный № 53897)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, ревматологической патологии и их сочетания с использованием современных достижений медико-биологических наук, данных доказательной медицины.

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

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;

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 здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 января 2019 г. №50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 февраля 2019 г., регистрационный № 53897).

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).

- 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 ревматологическими заболеваниями, в программе отводятся часы на решение клинических ситуационных задач, клинические разборы пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой и опорно-двигательной 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 ревматолога, 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-ревматолога, 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-ревматолога, 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-ревматолога, 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 опорно-двигательной 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 ревматологической патологии (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых и ревматологических 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 сердечно-сосудистой и ревматологической патологии, 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 ревматологических заболеваниях (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при сердечно-сосудистых и ревматологических 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 ревматологическими 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 ревматологическими заболеваниями (ПК-7).

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

- законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения¹⁰;

- профессиональный стандарт и профессиональные компетенции врача-специалиста терапевта⁴, кардиолога⁵, ревматолога⁶, 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 ревматологических и сердечно-сосудистых заболеваниях;

- факторы риска; причины возникновения сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний, механизмы их развития, клинические проявления;

- Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

- клинику, диагностику и лечение сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний;

- особенности течения сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний, 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 сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваниях; алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с ревматологической патологией и заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

- 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-ревматолог, 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 сердечно-сосудистых и ревматологических заболеваний, 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, ревматологическими заболеваниями и их сочетании;

- 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 сердечно-сосудистых, ревматологических заболеваниях и их сочетании 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 сердечно-сосудистыми и ревматологическими заболеваниями;

- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.

По окончании обучения врач-терапевт, врач-кардиолог, врач-ревматолог, 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 сердечно-сосудистых, ревматологических заболеваниях и их сочетании;
- 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: «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических
заболеваниях»**

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

Цель – общее усовершенствование

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

Срок обучения – 36 часа

Режим занятий – 6 академических часов в день

Форма обучения – очная с дистанционной поддержкой

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
Зонова Е.В.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ НГМУ

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.

У. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Повышения квалификации по специальности

«Терапия» «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»

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

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

Продолжительность цикла – 36 часа, 1 неделя.

Форма обучения – очная с дистанционной поддержкой

Режим занятий – 6 академических часов в день

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁶	
Рабочая программа учебного модуля «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»						
1.	Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях	16	8		8	
1.1	Поражение сердца и сосудов при воспалительных заболеваниях суставов и системных аутоиммунных заболеваниях	8	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
1.2	Поражение сердца и сосудов при васкулитах. Риск сердечно-сосудистой коморбидности при ревматических заболеваниях	8	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
Рабочая программа учебного модуля «Приобретенные пороки сердца. Острая ревматическая лихорадка »						
2	Пороки сердца	12	4	-	8	Промежуточный контроль (зачет)
Рабочая программа учебного модуля «Хроническая сердечная недостаточность»						
3.	Хроническая сердечная недостаточность	6	4	-	2	
	Экзамен	2	-	-	2	
	Итого	36	16	-	20	

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

**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: «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических
заболеваниях»**

Специальность 31.08.49 «Терапия»
31.08.36 «Кардиология»
31.08.46 «Ревматология»
31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
31.08.31 «Герiatrics»

Цель – общее усовершенствование

Категория слушателей – врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи-ревматологи,
врачи общей врачебной практики, герiatrics.

Срок обучения – 36 часа

Режим занятий – 6 академических часов в день

Форма обучения – очная с дистанционной поддержкой

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
Зонова Е.В.	профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ НГМУ

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

Рутькина Л.А.

VI. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного образования врачей по специальности «Терапия» «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»

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 с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения. На дистанционное обучение в программе отводится 2 часа.

Целью дистанционного обучения является предоставление обучающимся возможности обучения непосредственно по месту жительства.

Основными дистанционными образовательными технологиями на цикле являются: интернет-технология с методикой синхронного и асинхронного дистанционного обучения. Для этого на образовательном портале центра дистанционного обучения ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России в системе дистанционного образования (СДО) формируется кейс, внутри которого имеются папки по учебному модулю: вопросы для самоконтроля, тестовые задания, клинические ситуационные задачи для оценки достижения результатов обучения и актуальные клинические рекомендации. Каждый обучающийся получает свой оригинальный пароль, который дает доступ к учебным материалам портала.

Программа состоит из 3 модулей, 10 тем и итогового тестирования.

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁷	
Рабочая программа учебного модуля «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»						
1.	Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических	16	8		8	

⁷ 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 ⁷	
	заболеваниях					
1.1	Поражение сердца и сосудов при воспалительных заболеваниях суставов и системных аутоиммунных заболеваниях	8	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
1.1.1	Ревматоидный артрит. Поражение сердца и сосудов. Особенности клинического течения. Диагностика. Выбор терапии. Особенности наблюдения за пациентом. Прогноз.	2	1	-	1	Текущий контроль (тестирование)
1.1.2	Спондилоартриты. Вовлечение сердечно-сосудистой системы. Внесуставные внеконцептуальные проявления	2	1	-	1	Текущий контроль (тестирование)
1.1.3	Системные аутоиммунные заболевания. Диагностика. Лечение. Прогноз.	4	2	-	2	Текущий контроль (тестирование)
1.2	Поражение сердца и сосудов при васкулитах. Риск сердечно-сосудистой коморбидности при ревматических заболеваниях	8	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
1.2.1	Васкулиты сосудов мелкого, среднего и крупного калибра. Диагностика поражения сердечно-сосудистой системы. Особенности терапии.	4	2	-	2	Текущий контроль (тестирование)
1.2.2	Сердечно-сосудистая коморбидность при ревматических заболеваниях. Особенности выбора терапии. Прогноз.	4	2	-	2	Текущий контроль (тестирование)
Рабочая программа учебного модуля «Приобретенные пороки сердца. Острая ревматическая лихорадка »						
2	Пороки сердца	12	4	-	8	Промежуточный контроль (зачет)
2.1	Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики.	6	2	-	4	Текущий контроль (тестирование)
2.2	Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике.	3	-	-	3	Текущий контроль (тестирование)
2.3	ОРЛ. Вопросы патогенеза, клиника, классификация. Дифференциальный диагноз. Современные	3	2	-	1	Текущий контроль (тестирование)

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ ⁷	
	подходы к фармакотерапии.					
Рабочая программа учебного модуля «Хроническая сердечная недостаточность»						
3.	Хроническая сердечная недостаточность	6	4	-	2	
3.1	Сердечная недостаточность. Этиология, основные причины развития сердечной недостаточности. Клиника.	3	2	-	1	Текущий контроль (тестирование)
3.2	Диагностические исследования. Общие принципы для фармакотерапии, хирургические и электрофизиологические методы лечения	3	2		1	Текущий контроль (тестирование)
	Экзамен	2	-	-	2	
	Итого	36	16	-	20	

VII. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля «Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях»

Раздел 1

Патология сердечно-сосудистой системы при ревматических заболеваниях

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Поражение сердца и сосудов при воспалительных заболеваниях суставов и системных аутоиммунных заболеваниях
1.1.1	Ревматоидный артрит. Классификация. Клинические синдромы. Всесуставные сердечно-сосудистые проявления. Лабораторные и инструментальные методы диагностики и наблюдения за пациентом с РА и внесуставными сердечно-сосудистыми проявлениями. Особенности наблюдения за пациентом и выбор терапевтической практики. Прогноз
1.1.2	Спондилоартриты. Вовлечение сердечно-сосудистой системы. Внеаксиальные и внесуставные проявления. Лабораторные и инструментальные методы диагностики изменений сердечно-сосудистой системы. Особенности наблюдения за пациентом и выбор терапевтической практики. Прогноз.
1.1.3	Системные аутоиммунные заболевания. Лабораторные и инструментальные методы диагностики изменений сердечно-сосудистой системы. Выбор лечебной тактики. Прогноз.
1.2	Поражение сердца и сосудов при васкулитах. Риск сердечно-сосудистой коморбидности при ревматических заболеваниях
1.2.1	Васкулиты сосудов мелкого, среднего и крупного калибра. Классификация. Клинические особенности васкулитов крупных сосудов. Клинические особенности васкулитов сосудов среднего калибра. Клинические особенности

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
	васкулитов мелких сосудов. Клинические особенности ANCA ассоциированных васкулитов. Особенности диагностики и принципы терапии
1.2.2	Сердечно-сосудистая коморбидность при ревматических заболеваниях. Особенности выбора терапии. Прогноз. Стратификация сердечно-сосудистого риска. Динамическое наблюдение за пациентом с сердечно-сосудистыми рисками и ревматологическим заболеванием.

Рабочая программа учебного модуля «Приобретенные пороки сердца, Острая ревматическая лихорадка

Раздел 2

Приобретенные пороки сердца, Острая ревматическая лихорадка

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез и изменения гемодинамики. Митральный стеноз, недостаточность, аортальный стеноз, аортальная недостаточность. Лабораторные и инструментальные методы диагностики
2.2	Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике.
2.3	ОРЛ. Вопросы патогенеза, клиника, классификация. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Диагностические критерии Киселя - Джонса дифференциальный диагноз. Современные подходы к фармакотерапии. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к фармакотерапии. Первичная и вторичная профилактика

Рабочая программа учебного модуля «Хроническая сердечная недостаточность»

Раздел 3

Хроническая сердечная недостаточность

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.1	Сердечная недостаточность. Этиология, основные причины развития сердечной недостаточности. Клиника. Клинические варианты сердечной недостаточности. Острая и хроническая СН. Систолическая и диастолическая СН.
3.2	Диагностические исследования. Общие принципы для фармакотерапии, хирургические и электрофизиологические методы лечения

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.	Ревматоидный артрит. Поражение сердца и сосудов. Особенности клинического течения. Диагностика. Выбор терапии. Особенности наблюдения за пациентом. Прогноз.	1.1.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
2.	Спондилоартриты. Вовлечение сердечно-сосудистой системы. Внеуставные внеконцептуальные проявления	1.1.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
3	Системные аутоиммунные заболевания. Диагностика. Лечение. Прогноз.	1.1.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
4.	Васкулиты сосудов мелкого, среднего и крупного калибра. Диагностика поражения сердечно-сосудистой системы. Особенности терапии.	1.2.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
5.	Сердечно-сосудистая коморбидность при ревматических заболеваниях. Особенности выбора терапии. Прогноз.	1.2.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
6	Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез и изменения гемодинамики. Митральный стеноз, недостаточность, аортальный стеноз, аортальная недостаточность. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.	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	ОРЛ. Вопросы патогенеза, клиника, классификация. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Диагностические критерии Киселя - Джонса дифференциальный диагноз. Современные подходы к фармакотерапии.	2.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
	Сердечная недостаточность. Этиология, основные причины развития сердечной недостаточности. Клинические вариан-	3.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5;

№ п/п	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
	ты сердечной недостаточности. Острая и хроническая СН. Клиника.		ПК-5; ПК-6; ПК-7
	Диагностические исследования. Общие принципы для фармакотерапии, хирургические и электрофизиологические методы лечения.	3.2	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.	Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Митральный стеноз, недостаточность, аортальный стеноз, аортальная недостаточность. Лабораторные и инструментальные методы диагностики	2.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
2.	Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике.	2.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
3.	Сердечная недостаточность. Этиология, основные причины развития сердечной недостаточности. Клиника. Диагностические исследования. Общие принципы для фармакотерапии, хирургические и электрофизиологические методы лечения	3.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7

8.3. Примерная тематика практических занятий

№ п/п	Тема практических занятий	Содержание практического занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание практического занятия)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1.	Ревматоидный артрит. Поражение сердца и сосудов. Особенности клинического течения. Диагностика. Выбор терапии. Особенности наблюдения за пациентом. Прогноз. Особенности обследования пациента	1.1.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
2.	Спондилоартриты. Вовлечение сердечно-сосудистой системы. Внеуставные внеконцептуальные проявления. Особенности обследования пациента	1.1.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
3.	Системные аутоиммунные заболевания. Диагностика. Лечение. Прогноз.	1.1.3	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
4.	Васкулиты сосудов мелкого, среднего и крупного калибра. Диагностика поражения сердечно-сосудистой системы. Особенности терапии.	1.2.1	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
5.	Сердечно-сосудистая коморбидность при ревматических заболеваниях. Особенности выбора терапии. Прогноз.	1.2.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
6.	Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики.	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.	Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике.	2.2	УК-2; УК-3; УК-4 ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-5; ПК-6; ПК-7
8.	Диагностические исследования. Общие принципы для фармакотерапии, хирургические и электрофизиологические методы лечения	3.2	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 здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 января 2019 г. №50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 февраля 2019 г., регистрационный № 53897).

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. ИБС. Стенокардия напряжения, диагностика. Современные методы лечения
2. Острый коронарный синдром Основные методы диагностики
Тромболитическая терапия ОИМ
3. Осложнения ОИМ. Современные методы диагностики и лечения
4. Современные принципы лечения больных ХСН,
5. Терапия острого приступа подагры.
6. Лабораторные нарушения характерные для системной красной волчанки.
7. Сочетанная патология: ревматических заболеваниях и лимфопролиферативные заболевания. Частота развития, особенности клинического течения.
8. Системная склеродермия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Ревматоидный артрит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Системная красная волчанка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Реактивный артрит. Типичные рентгенологические изменения, факторы предшествующие формированию реактивного артрита.
12. Дифференциальная диагностика острого хронического артрита.
13. Скрининговое обследование ревматологического больного.
14. Вторичная миопатия, причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

15. Факторы риска развития и формирования особенностей клинического течения ревматоидного артрита.
16. Современные направления лабораторного обследования ревматологического больного.

9.2. Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-ревматолога, врача общей практики, врача гериатр

9.2.1. Ситуационные клинические задачи

Задача 1

Больная Т., 47 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в суставах рук и ног в покое и при движениях, утреннюю скованность в течение 2- 3-х часов, общую слабость. Вышеперечисленные жалобы появились три месяца т.н., спустя 2-3 недели после перенесенной пневмонии.

Объективные данные: кожа и видимые слизистые бледные, периартикулярная припухлость и синовиты в проксимальных межфаланговых суставах правой и левой кисти: ЧБС-8, ЧПС-6, припухлость и ограничение подвижности в лучезапястных суставах. Уровень боли по VAS-6.5 см. Состояние болезни (оцененное пациентом)- бсм.

Общий анализ крови: эритроциты- 3.08×10^{12} /л, Гемоглобин -111г/л, лейкоциты- 6.8×10^9 /л, э-3%, п-2%, с-49%, м-3%, СОЭ 33 мм\час, РФ 1:320.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, сужение рентгеновской суставной щели в проксимальных межфаланговых суставах, лучезапястных суставах. В области головки основной фаланги III пальца левой кисти видна эрозия.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.
4. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

- 1.Диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный с системными проявлениями (анемия хронического воспаления), активность 2, стадия 2, НФС 2.
2. Диагноз сформулирован в соответствии с критериями ACR 1987 года: симметричный артрит, полиартрит с вовлечением мелких суставов кистей проксимального межфалангового ряда, пястнофаланговых суставов, лучезапястных суставов.

Активность верифицирована в соответствии с длительностью утренней скованности, уровнем боли по ВАШ, величиной СОЭ.

Рентгенологические изменения с единичными эрозиями, околосуставным остеопорозом и сужением суставной щели соответствует II стадии.

Снижение уровня гемоглобина до 111 г/л на фоне активного воспаления соответствует диагнозу анемии хронического воспаления.

3. Диф. Диагноз с другими воспалительными артропатиями (серонегативными). Необходимо исследование антител к ЦЦП. Для выбора терапии –АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин

4. Лечение:

Метотрексат 10мг в неделю

Фолиевая кислота 5 мг в неделю

НПВП- по потребности в минимальных эффективных дозах.

Задача 2

Больная А., 45 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость в суставах кистей, утреннюю скованность в течение 2-3 часов, общую слабость, потливость. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, хронический холецистит. Восемь месяцев тому назад впервые появились боли в мелких суставах кисти правой руки и их припухание, после кратковременного приема НПВП боли и припухлость исчезли. Спустя месяц боль и припухлость появились вновь, с включением симметричной стороны. Прием различных НПВП несколько уменьшал выраженность боли и скованности в утренние часы, но не купировал полностью, присоединились боли в мелких суставах стоп, плечевых суставах.

Объективно: кожа и слизистые обычной окраски, отмечается симметричная деформация проксимальных межфаланговых суставов 2-4 пальцев обеих кистей за счет экссудативных явлений. Движение в указанных суставах, особенно разгибание, ограничено вследствие болей и экссудативных явлений. Форма других суставов не изменена, движения в них - свободные. VAS- 50 мм

Общий анализ крови: эритроциты $4,02 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин -128г/л, лейкоциты - 8.0×10^9 /л, 1-3%, п-2%, с-67%, м-3%, л-27%, СОЭ 41 мм/час.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.

3. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.
4. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

1. Диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный, активность 3, стадия 2, НФС 2.

2. Диагноз сформулирован в соответствии с критериями ACR 1987 года: симметричный артрит, полиартрит с вовлечением мелких суставов кистей проксимального межфалангового ряда, пястнофаланговых суставов, лучезапястных суставов.

Активность верифицирована в соответствии с длительностью утренней скованности, уровнем боли по ВАШ, величиной СОЭ.

Рентгенологические изменения с единичными эрозиями, околосуставным остеопорозом и сужением суставной щели соответствует II стадии.

3. Диф. Диагноз с другими воспалительными артропатиями (серонегативными). Необходимо исследование антител к ЦЦП. Для выбора терапии –АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин

4. Лечение:

Метотрексат 10мг в неделю

Фолиевая кислота 5 мг в неделю

НПВП- по потребности в минимальных эффективных дозах.

Задача 3

Больной Д. 29 лет, с октября 2008 года появилась боль в икроножных мышцах, к врачам не обращался. В декабре 2008 г. повысилась температура тела до 39 С, усилились миалгии. Применение НПВП приводило к временному улучшению, участковым терапевтом назначались антибактериальные препараты – без эффекта. В январе 2009 года появился асимметричный полиневрит с парезом стоп и кистей. В феврале впервые зарегистрированы высокие цифры АД. Артериальная гипертензия вскоре приобрела злокачественное течение (260/170мм.рт.ст.), резко ухудшилось зрение и через месяц пациент полностью ослеп. За 3 месяца похудел на 30 кг.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.

3.Изложите ваши представления о патогенезе выявленных Вами синдромов при этом заболевании.

4.Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.

5. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

Диагноз: Узелковый полиартериит. Активность 3.(конституциональный синдром, асимметричный полиневрит с порезом стоп и кистей, похудание, артериальная гипертензия, окклюзия центральной артерии сетчатки?, миалгии

1. Классификационные критерии:

-похудание более чем на 4 кг

-миалгии

-асимметричная полинейропатия

-артериальная гипертензия с повышением диастолического давления выше 90 мм. рт. ст.

Для верификации диагноза достаточно трех из указанных критериев.

2. Дифференциальный диагноз со вторичными васкулитами, в первую очередь на фоне гепатита В., серологическую диагностику которого необходимо осуществить. Второе направление- исключение вторичного васкулита паранеопластического генеза.

3. Эскалационная терапия: пульс-терапия метилпреднизолоном 15 мг/кг/сут в течение 3 дней

Индукционная терапия 4-6 месяцев: циклофосфан 2 мг/кг/сут. Преднизолон 1 мг/кг/сут

Задача 4

Больной К., 22 лет, госпитализирован с жалобами на умеренные боли постоянного характера в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся в ночное время, при длительном фиксированном положении, периодически - повышение температуры тела до 37,3-37,5 С. Болен в течение 6 лет. Лечился в поликлинике различными средствами по поводу ювенильного остеохондроза. В дальнейшем боли стали более интенсивными, распространились по ходу позвоночника, присоединились боли в грудино-ключичных и грудино-реберных сочленениях. В связи с ухудшением самочувствия госпитализирован в стационар.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.
4. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

Диагноз:

Недифференцированная артропатия (анкилозирующий спондилоартрит?) аксиллярная форма. Энтезопатии. Активность 2. НФС2

В соответствии к классификационными критериями спондилоартритов Европейской группы:

Наличие болей в позвоночнике воспалительного характера (большой критерий)

Наличие энтезопатий (малый критерий)

Диагноз верифицирован на основании наличия одного большого и одного малого критериев.

Дифференциальный диагноз: с не воспалительными заболеваниями позвоночника, дисплазиями соединительной ткани. В группе серонегативных спондилоартропатий необходимо верифицировать наличие псориатической артропатии и спондилоартрита на фоне заболеваний кишечника.

После уточнения данных анамнеза необходимо проведение рентгенографии грудного отдела позвоночника и костей таза с захватом илеосакральных сочленений для верификации сакроилеита.

НПВП

Сульфасалазин 2 г в сутки

Миорелаксанты

Оценка эффективности терапии через четыре месяца. Коррекции.

Задача 5.

Пациентка 31 года. Заболела в сентябре 2010 г., когда после охлаждения появились головная боль, насморк, сухие корки в носу, кровянистые и гнойные выделения из носа. С января 2011 года присоединился кашель, повысилась температура тела до 38,5С. По поводу предполагаемой пневмонии проводилось лечение антибиотиками- без эффекта. Состояние больной прогрессивно

ухудшалось - появились одышка и кровохаркание. При осмотре в отделении состояние тяжелое: бледна, одышка в покое (число дыханий до 40 в минуту), в легких - влажные хрипы. В крови: Гемоглобин- 47г\л, лейкоциты - $8,7 \times 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/час. В моче: белок 0,8г/л, эритроциты покрывают все поле зрения. При рентгенографии легких в области правой и левой верхушек определяются инфильтраты с распадом в центре. Отоларингологом диагностирован атрофический ринит, при рентгенографии обнаружено диффузное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.
4. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

Диагноз: Гранулематоз Вегенера.

Классификационные критерии, достаточные для верификации настоящего диагноза:

-кровянистые и гнойные выделения из носа

-инфильтраты в легких

-эритроцитурия

Дифференциальный диагноз:

Синдром Гудпасчера, СКВ, стрептококковая пневмония с гломерулонефритом, иммунопролиферативные заболевания, опухоли, гранулематозы

Лечение:

Циклофосфан внутрь 2-3 мг/кг/сут

Преднизолон 1 мг/кг/сут

Через 4 недели- снижение дозы преднизолона по 5 мг каждые 2 недели

Длительность терапии зависит от индивидуального ответа пациента.

Задача 6.

Больная Т., 41 года. Заболевание началось в возрасте 20 лет с ограничения объема движений в кистях и синдрома Рейно, далее присоединились гиперпигментация на коже туловища и конечностей, артриты мелких суставов

кистей со сгибательными контрактурами, дисфагия, мышечная слабость, уплотнение кожи кистей, стоп с распространением на голень, бедро, предплечье и плечо, нарушение трофики. На коже лица, воротниковой зоны - множественные телеангиоэктазии. Рентгенологически - базальный пневмосклероз.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите основные синдромологические и классификационные критерии сформулированного Вами диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки заключительного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.
4. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Ответы:

Прогрессирующий системный склероз. Диффузная форма. Хроническое течение. Стадия 2 (генерализации). (проксимальная склеродермия, базальный пневмосклероз, синдром Рейно, гиперпигментация, артриты, контрактуры, дисфагия, телеангиоэктазии)

В соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации:

Наличие большого критерия-

Проксимальная склеродермия,

Малых критериев:

Склеродактилия, базальный пневмосклероз

Верифицирован настоящий диагноз.

Дифференциальный диагноз:

-диффузный эозинофильный фасциит

-ограниченная склеродермия

-опухоль ассоциированная склеродермия

-псевдосклеродермия

Лечение:

-сосудистая терапия

-НПВП

-Циклофосфамид

-лечение висцеральных проявлений

Задача 7

Больная Т., 69 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в суставах рук и ног в покое, утреннюю скованность в течение 2- 3-х часов, общую слабость. Вышеперечисленные жалобы появились три месяца т.н.

Объективные данные: кожа и видимые слизистые бледные, периартикулярная припухлость и синовиты в проксимальных межфаланговых суставах правой и левой кисти: ЧБС-8, ЧПС-6, припухлость и ограничение подвижности в лучезапястных суставах. Уровень боли по VAS-6.5 см. Состояние болезни (оцененное пациентом)- бсм.

Общий анализ крови: эритроциты- $3.08 \times 10^{10}/л$, Гемоглобин -111г/л, лейкоциты- $6.8 \times 10^9/л$, э-3%, п-2%, с-49%, м-3%, СОЭ 33 мм/час, РФ 1:320.

Рентгенография кистей: околоуставной остеопороз, сужение рентгеновской суставной щели в проксимальных межфаланговых суставах, лучезапястных суставах. В области головки основной фаланги III пальца левой кисти видна эрозия.

В анамнезе, 4 года т.н., пациентка перенесла инфаркт миокарда. На момент осмотра ФВ 40%; ХСН 2 класса по NYHA.

6. Сформулируйте диагноз.
7. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания и выбор ГИБП в качестве второй линии терапии.

Ответ:

1. Ревматоидный артрит серопозитивный (M5.8), активность высокая DAS28 5,56, стадия 2 эрозивная, ФК 1
2. Метотрексат 10 мг в неделю с увеличением дозы до 20-25 мг в неделю или до максимальной переносимой в течение 4-6 месяцев. Через 6 месяцев необходимо достигнуть ремиссии или низкой активности заболевания. На момент осмотра необходимо рекомендовать обезболивающую терапию с учетом сопутствующей патологии. Дополнительно назначается фолиевая кислота 5 мг в неделю. В качестве ГИБП при неэффективности метотрексата выбираются любые базисные ГИБП или Тофацитиниб кроме анти-ФНО.

Задача 8

Больная Т., 60 лет, поступила в клинику с диагнозом ревматоидного артрита и ухудшением течения ХСН на фоне терапии метотрексат 15 мг в сутки в сочетании с фолиевой кислотой 5 мг в неделю, адалимумабом 40 мг 1 раз в 2 недели.

ЧБС-3, ЧПС-0. DAS28 соэ-2,7

Изложите основные положения стандартов лечения ревматоидного артрита у данной пациентки

Ответ:

В связи с минимальной активностью ревматоидного артрита коррекции терапии препаратом метотрексат не требуется. Адалimumаб отменить.

При активации ревматоидного артрита при дальнейшем наблюдении за пациенткой использовать любые ГИБП, но не другой анти ФНО препарат.

Задача 9

Больная С., 18 лет поступила в клинику с жалобами на боли в коленных и голеностопных суставах, повышение t до 37,5 ; сердцебиения, колющие боли в области сердца. Больной себя считает 2 недели. Месяц назад перенесла ангину. Через 10-14 дней появились боли в правом коленном суставе, затем в голеностопном, левом коленном суставах, их отек, небольшая гиперемия. Повысилась t тела до субфебрильных цифр, появились боли в сердце. Принимала аспирин на ночь, лечилась "народными средствами" без эффекта. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения. Кожные покровы телесного цвета. Коленные и голеностопные суставы несколько отечны, умеренно болезненные при пальпации. Л/узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, 80 в мин., систолический шум на верхушке. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/болезненный. печень не увеличена.

1. Общий анализ крови: Eg $3,8 \cdot 10^9/l$, Hb 136 г/л, цв. показ. 0,9, L $5,4 \cdot 10^9/l$, СОЭ 35 мм/ч.

2. ЭхоКГ: краевое булавовидное утолщение передней створки митрального клапана, гипокинез задней митральной створки, небольшая митральная регургитация. ФВ 58 %. Размеры полостей сердца в пределах нормы.

Вопросы:

1. Опишите стадии развития данного заболевания, морфологический субстрат.
2. Какие еще методы исследования необходимо провести пациентке:
3. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.

Ответы:

1. Острая ревматическая лихорадка (3- гемолитический стрептококк А.) семейная предрасположенность, носительство антигена В-лимфоцитов (Д 8/17)

2. Четыре стадии: 1) Мукоидное набухание - считается возможным обратное развитие. 2) Фибриноидное набухание - необратимая фаза дезорганизации

соединительной ткани с образованием ашофф-талалаевской гранулемы
3)Пролиферация. 4) Склероз - это ведущий клинический признак ревматизма, поражение той или иной оболочки сердца, разграничения поражения отдельных оболочек сердца в клинической практике получил распространение термин " ревмокардит "

3. Большие критерии:• Кардит• Полиартрит• Ревматический анамнез•
Улучшение состояния на фоне антиревматической терапии.

2) Малые критерии: а) Общие: повышение t, адинамия, бледность, потливость, абдоминальный синдром.

Лабораторные: нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, СРВ, гиперфибриногенемия, повышение и а и у -глобулинов• повышение титров АСЛ-0, АСК, АСГ .

9. Диклофенак 150 мг/сутки per os. Пенициллин 1 млн - в/м 6 раз в течение 2-х недель.

В дальнейшем - бициллинопрофилактика бициллин

Задача10

Больная Д., 23 лет, студентка, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 нед до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца - тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 98 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ - +++, титр антистреп-толизина-О - 290 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 330 ЕД (норма до 300 ЕД).

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

1. Как вы расцениваете неврологические изменения у данной больной?
2. Каковы критерии предварительного диагноза и степень активности процесса у данной больной?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Тактика лечения больной.

Ответы:

1. Эмоциональная лабильность, гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры считаются проявлениями малой хореи, которая является одним из «больших критериев» ревматической лихорадки. Эти изменения связаны с вовлечением в патологический процесс таких структур головного мозга, как полосатое тело, субталамические ядра и мозжечок. Малая хорея возникает чаще в детском возрасте, у девочек. Симптомы усиливаются при возбуждении, напряжении или утомлении, но стихают во время сна.

2. У этой больной выявляются следующие диагностические критерии ревматической лихорадки. «Большие критерии» - ревмокардит, полиартрит, малая хорея. «Малые критерии» - лихорадка (38,5 °С), положительный СРБ (+++). При обследовании получены данные, подтверждающие перенесенную стрептококковую инфекцию - увеличенный титр противострептококковых антител, который свидетельствует об активности ревматического процесса.

Диагноз острой ревматической лихорадки выставлен на основании: наличия 3 «больших», 2 «малых» критериев, а также данных, подтверждающих перенесенную стрептококковую инфекцию.

3. Основное заболевание: острая ревматическая лихорадка: ревмокардит, ревматический полиартрит с преимущественным поражением коленных, голеностопных и локтевых суставов, малая хорея.

4. Больной показана терапия следующими группами препаратов: антибиотики пенициллинового ряда и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) с последующей обязательной бициллинопрофилактикой.

Задача 11

Обнаружен приподнимающий верхушечный толчок в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ширина его 2 см. Границы относительной тупости сердца: правая - на уровне четвертого межреберья - на 1 см кнаружи от правого края грудины; а в третьем межреберье - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; левая – по пятому межреберью - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, в четвертом межреберье на том же уровне, а по третьему межреберью - на уровне парастернальной линии; верхняя - на уровне III ребра.

Оцените эти данные. Есть ли какие-нибудь изменения при определении контуров сердца?

Ответ:

Границы сердца и его контуры не изменены. Приподнимающий верхушечный толчок позволяет предположить о незначительной гипертрофии левого желудочка сердца.

Задача 12

1. Усиленный I тон, тон открытия митрального клапана и диасто-лический шум на верхушке являются прямыми признаками стеноза левого АВ-отверстия. Акцент II тона над легочной артерией - косвенный признак митрального стеноза, который свидетельствует о наличии у больной легочной гипертензии.
2. Ритм «перепела» - это трехчленный ритм, включающий хлопающий I тон, II тон и тон открытия митрального клапана.

Ответы:

Основное заболевание: хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.

Осложнения: ХСН ПБ стадии (IV функциональный класс *NYHA*).

Больной показано лечение сердечной недостаточности общепринятыми методами и консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении пор

Задача 13

Мужчина, 74 года, в анамнезе ПИКС с формированием аневризмы ЛЖ, АГ, сахарный диабет. Обратился к терапевту с клиническими проявлениями декомпенсации НК. По ЭКГ зарегистрирована тахисистолическая фибрилляция

предсердий, частая желудочковая экстрасистолия. Давность пароксизма не известна, синусовый ритм регистрировался 3 месяца назад. Ваша тактика, основные принципы терапии.

Ответ:

Лечение декомпенсации ХСН, достижение нормосистолии на фоне бета-блокаторов, антикоагулянты, ингибиторы АПФ, статины. Плановая кардиоверсия после исключения тромбов при ЧПУЗИ.

Задача 14

Больная С., 43 года, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боли в области сердца сжимающего характера, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 3 мин. В возрасте 22 лет перенесла тяжелую ангину, около месяца находилась на лечении в больнице. Длительное время занималась спортом и чувствовала себя хорошо. Около двух лет назад при профилактическом осмотре был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ была выявлена гипертрофия левого желудочка, что было расценено как проявление «спортивного сердца», ЭхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних трех месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Профессиональных вредностей нет, пациентка не курит, не употребляет алкоголь. Направлена участковым терапевтом для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост - 174 см, вес - 68 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Костно-мышечная система без патологии. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук, при топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии в четвертом межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации - II тон ослаблен во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 60 уд/мин. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 60 уд/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 8 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, эритроцитов, белка, глюкозы нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

1. Выделите клинические синдромы, которые наблюдаются у больной.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. У пациентки определяется синдром клапанного поражения: ослабление II тона над аортой и интенсивный систолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводящийся на сонные артерии. Стенокардия у больных с аортальным стенозом развивается из-за недостаточного поступления крови в аорту и коронарные артерии вследствие сниженного сердечного выброса и из-за несоответствия между потребностями гипертрофированного миокарда левого желудочка в кислороде и его доставкой по коронарным артериям. Обмороки, головокружение, дурнота также связаны с ухудшением мозгового кровообращения вследствие малого сердечного выброса.
2. Хроническая ревматическая болезнь: стеноз устья аорты.
3. Необходимо провести ЭхоКГ для подтверждения предполагаемых клапанных изменений, определения размеров полостей и толщины стенок левых и правых отделов сердца, фракции выброса левого желудочка.
4. Обсуждение вопроса о хирургическом лечении, лечение стенокардии с помощью нитратов в минимальных дозах и β -блокаторов.

Задача 15

Больной Г., 76 лет, предъявляет жалобы на сжимающие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке и в покое, купирующиеся нитроглицерином в течение 2 мин, одышку при небольшой физической нагрузке. Пять лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия - границы легких в

пределах нормы. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. При пальпации грудной клетки определяется усиленный верхушечный толчок в четвертом межреберье на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. Границы сердечной тупости: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. При аускультации сердца: ЧСС - 68 уд/мин, тоны сердца во втором межреберье справа от грудины ослаблены, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Пульс ритмичный, слабого наполнения, медленный, 68 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3%. СОЭ - 8 мм/ч. Иммунологический анализ крови: СРБ отрицательный, титр анти-гиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептоли-зина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД). Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, белка, эритроцитов, глюкозы нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение уровня холестерина до 7,2 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие без патологии, увеличение левого желудочка, аорта плотная.

1. Объясните аускультативную картину сердца пациента.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Ослабление тонов сердца и интенсивный систолический шум во втором межреберье справа от грудины считаются типичными для аускультативной картины аортального стеноза.
2. Диагноз: ИБС: стенокардия IV функционального класса, постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, сосудов сердца, головного мозга. Атеросклеротический стеноз устья аорты.

В данном случае можно думать об атеросклеротическом происхождении стеноза устья аорты. На это указывает отсутствие «ревматического» анамнеза, наличие ИБС, повышение уровня холестерина в биохимическом анализе крови, признаки атеросклероза при рентгенологическом исследовании и ЭхоКГ. Стеноз устья аорты

также может быть вызван ревматизмом, ИЭ, атеросклерозом, кальцинозом аортального клапана, врожденной патологией.

3. Необходимо провести ЭхоКГ для подтверждения предполагаемых клапанных изменений, определения размеров полостей и толщины стенок левых и правых отделов сердца, учитывая наличие в анамнезе ИМ, уточнить локализацию рубцовых изменений и фракцию выброса левого желудочка.

4. Лечение стенокардии с помощью минимальных доз нитратов и β - адреноблокаторов, гиполипидемическая терапия (соблюдение диеты с низким содержанием жиров, назначение статинов, например симвастатин по 40 мг 1 раз в сутки), обсуждение вопроса о хирургическом лечении.

Задача 16

Больная П., 44 г., поступила в клинику с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила одышку при физической нагрузке. Ухудшение состояния в течение последнего года: появились и стали нарастать одышка при обычной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Также удалось выяснить, что в детстве часто болела ангинами, в 25 лет был эпизод болей в суставах после очередной ангины. Однако симптомы быстро прошли, к врачам не обращалась. Беременностей не было. Профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. При осмотре состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Кожные покровы бледные. Определяется усиленная пульсация сонных артерий. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеки стоп, голеней. ЧД - 25 в минуту. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. Границы легких при топографической перкуссии в пределах нормы. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок увеличенный, пальпируется в шестом межреберье по передней подмышечной линии. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы сердца: левая - 1,5 см кнутри от передней подмышечной линии в шестом межреберье, правая - на I см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. При аускультации выявляется ослабление I тона на верхушке сердца. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Ритм сердца правильный. Во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба выслушивается мягкий, дующий, протодиастолический шум. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, 96 в минуту. Дефицита пульса нет. АД 150/40 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. Характер перкуторного звука тимпанический. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14x12x11 см. При пальпации нижний край печени выступает из правого

подреберья на 3-4 см, мягкой консистенции, безболезненный, поверхность печени ровная. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 15×10^9 /л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, сегментоядерные - 61 %, палочкоядерные - 6 %, эозинофилы - 3 %, лимфоциты - 25 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).

Общий анализ мочи: удельный вес - 1017, глюкозы, белка нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

ЭКГ: высокий зубец *R* в отведениях $V_{5,6}$, глубокий *S* в $V_{1,2}$, депрессия сегмента *ST* в $V_{5,6}$, двухфазный *T* в отведениях $V_{5,6}$

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца с подчеркнутой «талией», увеличенным левым желудочком, закругленной верхушкой, напоминает «сидящую утку или башмак».

1. О чем свидетельствует аускультативная картина сердца?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные исследования необходимы для постановки диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Выявление при аускультации во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба мягкого, дующего, протодиастолического шума свидетельствует о наличии недостаточности аортального клапана. Акцент II тона над легочным стволом связан с гипертензией в малом круге кровообращения из-за аортальной недостаточности.
2. Хроническая ревматическая болезнь: недостаточность аортального клапана. ХСН IIB, III функциональный класс по *NYHA*.
3. Для диагностики порока решающее значение принадлежит ЭхоКГ, поэтому необходимо провести это исследование. Кроме патологии клапанного аппарата, во время исследования обязательно определяют размеры полостей и толщины стенок левых и правых отделов сердца, вычисляют фракцию выброса левого желудочка.
4. Симптоматическая терапия диуретиками, вазодилататорами (нифедипин) в небольших дозах. Обсуждение вопроса о хирургическом лечении.

Задача 17

При пальпации области сердца определяется сердечный толчок и симптом

диастолического дрожания "кошачье мурлыканье" в области верхушки. Перкуторно сердечная тупость расширена вверх и вправо. При аускультации I тон у верхушки хлопающий, после II тона выслушивается тон открытия митрального клапана. Над легочным стволом определяется акцент II тона. На верхушке - диастолический шум. При оценке пульса - «pulsus differens».

О какой патологии идет речь? Объясните, чем обусловлены вышеперечисленные изменения? Как называется описанный трехчленный ритм?

Ответ

Речь идет о митральном стенозе. Появление сердечного толчка обусловлено гипертрофией и дилатацией правого желудочка. «Кошачье мурлыканье» обусловлено передачей на грудную клетку механических колебаний, возникающих в результате прохождения крови через стенозированное отверстие. Трехчленный ритм называется ритмом перепела.

Задача 18

I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен. В области верхушки выслушивается систолический шум, проводящийся в аксиллярную область.

Каковы возможные причины изменения тонов? Какова причина систолического шума?

Ответ

Подобная аускультативная картина может быть обусловлена наличием у больного недостаточности митрального клапана. Ослабление I тона на верхушке связано с отсутствием периода замкнутых клапанов, акцент II тона над легочным стволом - как следствие повышения давления в малом круге кровообращения. Систолический шум возникает при обратном токе крови во время систолы через не полностью сомкнутые артриовентрикулярные клапаны из левого желудочка в левое предсердие.

Задача 19

Больной в течение 10 лет страдает аортальным пороком сердца. При аускультации сердца I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, систолический шум во втором межреберье справа, проводится на сосуды шеи.

О каком поражении аорты идет речь в данном случае? Какие изменения возможны при рентгенологическом и ЭКГ-исследованиях?

Следует говорить о пороке сердца - аортальной недостаточности. При этом I и II тоны под аортой ослаблены, из-за отсутствия периода замкнутых полулунных клапанов. Диастолический шум обусловлен поступлением крови в диастолу обратно в левый желудочек из аорты через неплотно сомкнутые полулунные клапаны аорты. Артериальное давление изменяется: систолическое повышается при повышении диастолического.

Ответ:

Речь идет о пороке сердца в виде стеноза устья аорты. Рентгенологически будет определяться гипертрофия левого желудочка и аортальная конфигурация сердца, расширение аорты в восходящем отделе. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.

Задача 20

У больного пульс быстрый и высокий, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, выслушивается диастолический шум во втором межреберье справа и в точке Боткина-Эрба.

Каковы причины изменения тонов сердца и появления диастолического шума? Какие изменения артериального давления характерны для данного больного?

Ответ:

Следует говорить о пороке сердца - аортальной недостаточности. При этом I и II тоны под аортой ослаблены, из-за отсутствия периода замкнутых полулунных клапанов. Диастолический шум обусловлен поступлением крови в диастолу обратно в левый желудочек из аорты через неплотно сомкнутые полулунные клапаны аорты. Артериальное давление изменяется: систолическое повышается при повышении диастолического.

Задача 21

I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен. В области верхушки выслушивается систолический шум, проводящийся в аксиллярную область.

Каковы возможные причины изменения тонов? Какова причина систолического шума.

Ответ:

Подобная аускультативная картина может быть обусловлена наличием у больного недостаточности митрального клапана. Ослабление I тона на верхушке связано с отсутствием периода замкнутых клапанов, акцент II тона над легочным

стволом - как следствие повышения давления в малом круге кровообращения. Систолический шум возникает при обратном токе крови во время систолы через не полностью сомкнутые артриовентрикулярные клапаны из левого желудочка в левое предсердие.

Задача 22

Обнаружен приподнимающий верхушечный толчок в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ширина его 2 см. Границы относительной тупости сердца: правая - на уровне четвертого межреберья - на 1 см кнаружи от правого края грудины; а в третьем межреберье - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; левая - по пятому межреберью - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, в четвертом межреберье на том же уровне, а по третьему межреберью - на уровне парастернальной линии; верхняя - на уровне III ребра.

Оцените эти данные. Есть ли какие-нибудь изменения при определении контуров сердца?

Ответ:

Границы сердца и его контуры не изменены. Приподнимающий верхушечный толчок позволяет предположить о незначительной гипертрофии левого желудочка сердца.

Задача 23

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 в минуту АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.

ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40% (норма - 50-70 %). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
4. Назначьте лечение.

Ответ:

1. У больного имеется синдром левожелудочковой хронической сердечной недостаточности. На это указывают жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, а также данные осмотра: акроцианоз и тахикардия.
2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии, II ФК.
3. Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут); β -блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД), диуретики (фуросемид 40 мг), антиагреганты, статины.

Задача 24

Больная Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется

ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных не звонких мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $6,81 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %, СОЭ -12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Рентгенография органов грудной полости: увеличение тени сердца за счет левых отделов, застойные явления в малом круге кровообращения.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп являются симптомами хронической сердечной недостаточности. Данные осмотра выявляют застойные явления как в малом, так и в большом круге кровообращения, что соответствует ПБ стадии ХСН.

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН ПБ стадия, IV ФК.

3. Необходимо проведение ЭхоКГ и ЭКГ.

4. Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут); дигоксин 0,25 мг по 2 раза в сутки, β -блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем ЧСС и АД), диуретики (фуросемид 40 мг), верошпирон 150 мг. Направить больную на консультацию к кардиохирургу для обсуждения хирургической коррекции

Задача 25

Пациент А., 28 лет, госпитализирован в кардиологическое отделение с явлениями декомпенсации кровообращения (ХСН II Б, ФК III). Выявлена постоянная форма мерцательной тахикардии, тахисистолия с ЧСС 160 в минуту. Из анамнеза: в возрасте 3-х лет был установлен диагноз врожденный порок сердца: дефект межжелудочковой перегородки, Хирургическая коррекция порока выполнена в 9 лет. При многократных ЭхоКГ подтверждена полная эффективность оперативного лечения. С 15 лет отмечает пароксизмы мерцательной тахикардии, с 16 лет – постоянная форма. Постоянное амбулаторное и стационарное лечение по месту жительства включало преимущественно витаминотерапию, кардиометаболиты. Ухудшение состояния – в течение последних 6 месяцев в виде нарастания недостаточности кровообращения. На ЭхоКГ – значительное увеличение всех полостей сердца, истончение его стенок, снижение фракции выброса до 30%, высокая легочная гипертензия.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Причина развития нарушений ритма сердца и вторичной дилатационной кардиомиопатии?
3. Какова роль врожденного порока сердца в развитии имеющегося поражения сердца?
4. Тактика дальнейшего ведения больного.
5. Согласны ли Вы с терапией, проводимой по месту жительства? Ваши коррективы?
6. Нуждается ли пациент в хирургическом лечении?

Ответ:

1. ВПС: дефект МЖП. Ушивание дефекта. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. Вторичная дилатационная кардиомиопатия (аритмогенная), ФВ 30%.
ХСН 2 Б, III ФК. Высокая легочная гипертензия.
2. Поздняя коррекция дефекта МЖП, когда уже сформировалась стойкая легочная гипертензия и ремоделирование миокарда. Отсутствие профилактики прогрессирования сердечной недостаточности (инг. АПФ), антиаритмической терапии.
3. Наличие ВПС явилось причиной дилатации полостей сердца и стойкой формирования легочной гипертензии.
4. Непрямые антикоагулянты, инг. АПФ, сердечные гликозиды, β -адреноблокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона.
5. Нет, см. воп. 1.

- 6. Да, «сетчатый каркас», трансплантация сердца.
- 4. Прогрессирование гипертрофии миокарда, высок риск жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти.
- 5. β -адреноблокаторы, хирургическое лечение.

9.2.2. Примеры тестовых заданий

Инструкция: выберите один правильный ответ:

1. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- А. митрального стеноза
- Б. аортальной недостаточности
- В. аортального стеноза
- Г. митральной недостаточности

Ответ: В

2. При митральном стенозе тон открытия митрального клапана обусловлен:

- А. резким движением створок митрального клапана в начале диастолы (протодиастолы)
- Б. быстрым сокращением левого желудочка
- В. движение створок митрального клапана происходит с быстрой амплитудой

Ответ: А

3. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- А. не изменяется
- Б. усиливается
- В. исчезает
- Г. ослабевает

Ответ: В

4. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

- А. усилен

Б. не изменен

В. ослаблен

Ответ: В

5. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:

А. более часто, чем у больных с митральным стенозом

Б. менее часто, чем у больных с митральным стенозом

В. нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности

Ответ: Б

6. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно:

А. непостоянный систолический шум

Б. систолический шум, иррадиирующий в подмышечную область

В. ослабления I-го тона

Ответ: А

7. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

А. усилен

Б. ослаблен

В. не изменен

Ответ: Б

8. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются:

А. гипертрофия миокарда левого желудочка

Б. правый тип ЭКГ

В. блокада правой ножки пучка Гиса

Ответ: А

9. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

А. периферические отеки

- Б. увеличение печени
- В. одышка
- Г. желудочковые нарушения ритма сердца

Ответ: В

10. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- А. митральном стенозе
- Б. стенозе устья аорты
- В. недостаточности аортального клапана
- Г. недостаточности митрального клапана

Ответ: В

11. Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

- А. стеноза устья аорты
- Б. недостаточности клапана легочной артерии
- В. недостаточности аортального клапана
- Г. недостаточности митрального клапана

Ответ: В

12. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме могут быть:

- А. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка
- Б. широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца влево
- В. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка
- Г. широкий зазубренный зубец Р и полная блокада правой ножки пучка Гиса

Ответ: В

13. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

- А. восстановление синусового ритма
- Б. замедление частоты мерцания предсердий
- В. замедление частоты сокращений желудочков
- Г. снижение активности симпатической нервной системы

Д. подавление активности блуждающего нерва

Ответ: В

14. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение:

А. аортального клапана

Б. митрального клапана

В. 3-х створчатого клапана

Г. клапана легочной артерии

Ответ: Б

15. Острая ревматическая лихорадка чаще всего приводит к развитию:

А. аортального стеноза

Б. митрального стеноза

В. стеноза легочной артерии

Г. митральной недостаточности

Ответ: Б

16. Аускультативно при аортальной регургитации определяется:

А. сохранение или ослабление I тона

Б. отсутствие II тона

В. мезосистолический щелчок

Г. аортальный тон изгнания

Д. протодиастолический шум

Ответ: Д

17. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

А. гепатотоксические

Б. нефротоксические

В. гематологические

Г. кожные

Д. желудочно-кишечные проявления

Ответ: Д

18. Наиболее важным лабораторным исследованием для выявления причины развития моноартрита является:

- А. тест муцинового сгустка
- Б. определение глюкозы в синовиальной жидкости
- В. определение комплемента в синовиальной жидкости
- Г. микроскопическое исследование синовиальной жидкости
- Д. клинический анализ крови

Ответ: Г

19. При длительном применении цитопению вызывает:

- А. напроксен
- Б. пироксикам
- В. бутадион
- Г. диклофенак-натрия (вольтарен)
- Д. индометацин

Ответ: В

20. Наиболее информативный лабораторный тест для начальной диагностики полиомиозита:

- А. СОЭ
- Б. антинуклеарный фактор
- В. ревматоидный фактор
- Г. лейкоцитоз
- Д. повышение в крови уровня креатинкиназы

Ответ: Д

21. Причиной митрального стеноза может быть:

- А. острая ревматическая лихорадка
- Б. инфекционный эндокардит
- В. ревматоидный артрит
- Г. муковисцидоз
- Д. сифилис

Ответ: А

22. Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:

- А. расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
- Б. неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения
- В. дисфункции папиллярных мышц
- Г. разрыва хорды
- Д. кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

Ответ: Б

23. Верный критерий митральной недостаточности:

- А. всегда ревматическая этиология
- Б. самая частая причина неревматической митральной недостаточности - пролапс митрального клапана
- В. первый тон на верхушке усилен
- Г. страдает диастолическая функция миокарда

Ответ: Б

24. Для ревматического перикардита характерно:

1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата);
2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически;
3. инфарктоподобная ЭКГ;
4. ослабление тонов сердца.

- А. правильны ответы 1, 2 и 3
- Б. правильны ответы 1 и 3
- В. правильны ответы 2 и 4
- Г. правильный ответ 4
- Д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: Б

25. Ревматическая лихорадка с наличием острого полиартрита, среднетяжелого и тяжелого кардита, перикардита, с высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца наиболее тяжело протекает в возрасте:

- А. 3-6 лет

- Б. 7-15 лет
- В. 20-25 лет
- Г. 40-45 лет
- Д. 50-55 лет

Ответ: Б

26. Развитие острой ревматической лихорадки связано с инфицированием:

- А. вирусом
- Б. стафилококком
- В. бета-гемолитическим стрептококком группы А
- Г. альфа-гемолитическим стрептококком группы А
- Д. сальмонелла

Ответ: В

27. Острая ревматическая лихорадка вызывается:

- А. стафилококком
- Б. β -гемолитическим стрептококком группы С
- В. пневмококком
- Г. β -гемолитическим стрептококком группы А
- Д. возбудитель неизвестен

Ответ: Г

28. Для первичного ревмокардита характерно:

- 1. экстрасистолия;**
- 2. систолический шум на верхушке;**
- 3. нарушение предсердно-желудочковой проводимости;**
- 4. протодиастолический шум на верхушке;**
- 5. фибрилляция предсердий.**

- А. правильны ответы 1,2
- Б. правильны ответы 2,3
- В. правильны ответы 3,4
- Г. правильны ответы 1,2,3
- Д. правильны ответы 3,4,5

Ответ: Б

29. Ревматическому эндокардиту соответствует:

- 1. вальвулит;**
- 2. формирование пороков;**
- 3. нарушение атриовентрикулярной проводимости;**
- 4. деформация в суставах;**
- 5. отрицательный зубец Т на ЭКГ.**

- А. правильный ответ 1
- Б. правильны ответы 2,3
- В. правильны ответы 3,4
- Г. правильны ответы 1,2,3
- Д. правильны ответы 3,4,5

Ответ: А

30. У лиц пожилого и старческого возраста преимущественно встречается:

- А. гигантоклеточный артериит
- Б. геморрагический васкулит
- В. узелковый периартериит
- Г. болезнь Бюргера
- Д. микроскопический полиангиит

Ответ: Б

31. Гигантоклеточный артериит классически проявляется:

- 1. острым нарушением мозгового кровообращения;**
- 2. депрессией;**
- 3. инфарктом миокарда;**
- 4. ишемическая нейропатия зрительного нерва со снижением зрения, до внезапной слепоты**

- А. правильны ответы 1, 2 и 3
- Б. правильны ответы 1 и 3
- В. правильны ответы 2 и 4
- Г. правильный ответ 4
- Д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: Г

32. При геморрагическом васкулите:

- 1. кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью;**
- 2. поражаются преимущественно крупные суставы;**
- 3. развитие диффузного гломерулонефрита;**
- 4. нередко наблюдается абдоминальный синдром.**

- А. правильны ответы 1, 2 и 3
- Б. правильны ответы 1 и 3
- В. правильны ответы 2 и 4
- Г. правильный ответ 4
- Д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: Д

33. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- А. локтевых суставах
- Б. плечевых суставах
- В. проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
- Г. коленных суставах
- Д. голеностопных суставах

Ответ: В

34. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- А. укорочение пальцев в результате остеолитического процесса
- Б. ульнарная девиация
- В. в виде "шеи лебедя"
- Г. в виде "бутоньерки"
- Д. в виде "молоткообразного пальца"

Ответ: Б

35. Причина анемии при ревматоидном артрите:

- А. дефицит железа в организме
- Б. аутоиммунный процесс
- В. дефицит фолиевой кислоты
- Г. неизвестна
- Д. гемолиз

Ответ: Г

36. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:

- А. некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов
- Б. поражение легких
- В. подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
- Г. уремия при вторичном амилоидозе почек
- Д. осложнения лекарственной терапии

Ответ: Д

37. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:

- 1. околоуставной остеопороз;**
- 2. узурация суставных поверхностей эпифиза;**
- 3. кисты в эпифизах;**
- 4. сужение суставной щели.**

- А. если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б. если правильны ответы 1 и 3
- В. если правильны ответы 2 и 4
- Г. если правильный ответ 4
- Д. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: Г

38. Наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:

- А. длительная воспалительная активность процесса
- Б. большая суммарная доза глюкокортикостероидов
- В. длительный прием цитостатиков
- Г. длительные периоды без лечения
- Д. сопутствующие заболевания почек

Ответ: А

39. Ревматоидный артрит относится к заболеваниям суставов:

- А. воспалительным
- Б. дегенеративным
- В. метаболическим
- Г. реактивным

Д. сочетающимся со спондилоартритом

Ответ: А

40. Наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите:

- А. дистальные межфаланговые суставы
- Б. проксимальные межфаланговые суставы
- В. первый пястно-фаланговый сустав
- Г. суставы шейного отдела позвоночника
- Д. суставы поясничного отдела позвоночника

Ответ: Б

41. Наиболее характерные легочные проявления ревматоидного артрита:

- 1. кровохарканье;**
- 2. высокое содержание глюкозы в плевральной жидкости (более 20 мг%);**
- 3. интерстициальные болезни легких;**
- 4. выпотной плеврит;**
- 5. очаговые тени в легких.**

- А. правильны ответы 1,2
- Б. правильны ответы 2,3
- В. правильны ответы 3,4
- Г. правильны ответы 1,2,3
- Д. правильны ответы 3,4,5

Ответ: Д

42. Поражение глаз при болезни Бехтерева характеризуется:

- А. передним увеитом, иритом и иридоциклитом
- Б. склеритом
- В. конъюнктивитом
- Г. блефаритом
- Д. катарактой

Ответ: А

43. Классическое поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- А. шейного отдела
- Б. поясничного отдела
- В. крестцово-подвздошных суставов
- Г. грудного отдела
- Д. вовлечение в процесс всех отделов позвоночника

Ответ: В

44. Считают основной при периферической форме анкилозирующего спондилита терапию:

- 1. кортикостероидами;**
- 2. сульфасалазином;**
- 3. НПВС; 4) производными 4-аминохинолина;**
- 5. цитостатиками.**

- А. правильны ответы 1,2
- Б. правильны ответы 2,3
- В. правильны ответы 3,4
- Г. правильны ответы 1,2,3
- Д. правильны ответы 3,4,5

Ответ: Б

45. Тофусы представляют:

- А. отложение в тканях холестерина
- Б. отложение в тканях уратов
- В. остеофиты
- Г. воспаление гранулемы
- Д. уплотнение подкожной клетчатки

Ответ: Б

46. Укажите препарат, который тормозит синтез мочевой кислоты:

- А. вольтарен
- Б. ретаболил
- В. аллопуринол
- Г. инсулин
- Д. аспирин

Ответ: В

47. Положительный эффект от ежедневного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при:

- А. ревматоидном артрите
- Б. болезни Бехтерева
- В. подагре
- Г. болезни Рейтера
- Д. пирофосфатной артропатии

Ответ: В

48. Узелки Бушара появляются при:

- А. подагре
- Б. ревматоидном артрите
- В. остеоартрозе
- Г. ревматизме
- Д. узелковом периартериите

Ответ: В

49. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующая локализация патологического процесса:

- А. тазобедренные суставы
- Б. коленные суставы
- В. дистальные межфаланговые суставы кистей
- Г. плечевые суставы
- Д. голеностопные суставы

Ответ: А

50. Остеоартрозу присуще:

- А. анемия
- Б. лейкоцитоз
- В. лейкопения
- Г. тромбоцитопения
- Д. нормальные показатели крови

Ответ: Д

51. Не характерно для генерализованного остеоартроза поражение:

- А. дистальных межфаланговых суставов
- Б. проксимальных межфаланговых суставов
- В. лучезапястных суставов
- Г. коленных суставов
- Д. тазобедренных суставов

Ответ: В

52. При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертонии может вызвать:

- А. сульфасалазин
- Б. делагил
- В. аспирин
- Г. кетопрофен
- Д. преднизолон

Ответ: Д

53. У больной, 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- А. пальпаторная болезненность в области трохантера
- Б. ограничение ротации бедра на пораженной стороне
- В. укорочение правой ноги на 4 см
- Г. положительный симптом Лассега справа
- Д. положительный симптом Кушелевского

Ответ: Б

54. Наиболее типичным для псориатического артрита является:

- А. эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах, при котором одновременно обнаруживаются пролиферативные изменения в виде костных разрастаний у основания и верхушек фаланг, периоститов
- Б. латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
- В. анкилозирование межпозвонковых суставов
- Г. первые признаки заболевания кожные
- Д. наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике

Ответ: А

55. Дистальные межфаланговые суставы чаще поражаются при:

- А. гемофилической артропатии
- Б. псевдоподагре
- В. псориатическом артрите
- Г. ревматоидном артрите
- Д. острой ревматической лихорадке

Ответ: В

56. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:

- А. лихорадка, озноб
- Б. в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево
- В. синовиальная жидкость - высокий цитоз, 90% нейтрофилов
- Г. полиартрит
- Д. рентгенологическая картина - деструкция хряща, кости

Ответ: Г

57. Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов:

- А. в области крестца
- Б. в области разгибательной поверхности локтевого сустава
- В. в области коленных суставов
- Г. хрящи носа
- Д. ушная раковина

Ответ: Б

58. Характерное поражение глаз для болезни Рейтера:

- А. ирит и иридоциклит
- Б. склерит
- В. конъюнктивит
- Г. блефарит
- Д. катаракта

Ответ: В

59. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно:

- А. генерализованный полиартрит

- Б. сосискообразная деформация пальцев стоп
- В. сосискообразная деформация пальцев рук
- Г. артрит суставов 1-го пальца стоп
- Д. ассиметричный артрит суставов нижних конечностей

Ответ: А

60. Наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера:

- А. ИБС
- Б. аортальная недостаточность
- В. митральный стеноз
- Г. гипертоническая болезнь
- Д. кардит

Ответ: Б

61. Поражение век является одним из критериев диагностики:

- А. острой ревматической лихорадки
- Б. системной красной волчанки
- В. дерматомиозита
- Г. ревматической полимиалгии
- Д. системной склеродермии

Ответ: В

62. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло эритема, недомогание, субфебрилитет, отёчность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

- А. ревматоидный артрит
- Б. системная красная волчанка
- В. реактивный артрит
- Г. ревматическая полимиалгия
- Д. системная склеродермия

Ответ: Б

63. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно:

- А. лица, пальцев кистей и стоп
- Б. туловища, лица и проксимальных отделов конечностей
- В. туловища
- Г. лица
- Д. пальцев кистей

Ответ: Б

64. Препаратом выбора первой линии лечения при развитии истинной склеродермической почки является:

- А. бета-адреноблокаторы
- Б. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
- В. нативная плазма
- Г. глюкокортикостероиды
- Д. цитостатики

Ответ: Б

65. При системной склеродермии преимущественно поражаются:

- А. артериолы и капилляры
- Б. сосуды среднего калибра
- В. сосуды любого диаметра
- Г. крупные сосуды
- Д. венозные сосуды

Ответ: А

66. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- А. реактивной гиперемией кожи пальцев кистей
- Б. цианозом дистальных отделов конечностей
- В. "побелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции
- Г. парестезиями по всей руке, ноге
- Д. реактивной гиперемией кожи стоп

Ответ: В

67. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

- А. параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами)

- Б. эритема на открытых участках кожи
- В. пойкилодермия
- Г. алопеция
- Д. синдром Рейно

Ответ: Б

68. Суточная доза преднизолона при остром дерматомиозите должна быть:

- А. 1-2 мг/кг
- Б. 60 мг
- В. 40 мг
- Г. 20 мг
- Д. 10 мг

Ответ: А

69. У женщин чаще развивается вариант течения узелкового периартериита:

- А. классический
- Б. астматический
- В. тромбангиитический
- Г. моноорганный

Ответ: Б

70. При остром течении узелкового периартериита назначают:

- А. антибиотики
- Б. плаквенил
- В. преднизолон и циклофосфамид
- Г. Д-пеницилламин
- Д. ибупрофен

Ответ: В

71. Из поражений сердца при узелковом полиартериите наиболее типичным является:

- А. сухой перикардит
- Б. миокардит
- В. крупноочаговый кардиосклероз

Г. фибропластический эндокардит

Д. коронариит

Ответ: Д

72. Для подагры не характерно:

А. поражение печени

Б. поражение суставов

В. поражение почек

Г. повышение содержания мочевой кислоты

Ответ: А

72. Группа спондилоартритов не включает:

А. анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)

Б. псориатический артрит

В. пирофосфатную артропатию

Г. артрит при ВЗК

Ответ: В

73. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

А. ревматизма

Б. инфекционного эндокардита

В. системной красной волчанки

Г. атеросклероза

Ответ: А

74. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

А. 1-2 кв. см

Б. 4-6 кв. см

В. 8-10 кв. см

Г. все ответы неправильные

Ответ: Б

75. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

- А. 4-5 мм рт. ст
- Б. 8-10 мм рт. ст
- В. 20-25 мм рт. ст
- Г. все ответы неправильные

Ответ: Б

76. При митральном стенозе тон открытия митрального клапана обусловлен:

- А. резким движением створок митрального клапана в начале диастолы (протодиастолы)
- Б. быстрым сокращением левого желудочка
- В. движение створок митрального клапана происходит с быстрой амплитудой
- Г. все перечисленное

Ответ: А

77. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- А. не изменяется
- Б. усиливается
- В. исчезает
- Г. ослабевает

Ответ: В

78. Пресистолический шум при митральном стенозе имеет:

- А. нарастающий характер
- Б. убывающий характер
- В. характер шума не изменяется в течение всей диастолы

Ответ: А

79. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

- А. усилен

Б. не изменен

В. ослаблен

Ответ: В

80. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:

А. довольно часто

Б. очень редко

В. всегда

Ответ: А

81. Этиология недостаточности митрального клапана:

А. сморщивание и укорочение створок клапана

Б. расширение фиброзного кольца

В. пролабирование митрального клапана

Г. разрыв хорд или папиллярных мышц

Д. все перечисленное

Ответ: Д

82. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:

А. систолический шум на верхушке

Б. ослабление 1-го тона

В. наличие 3-го тона сердца

Г. все перечисленное

Д. все ответы неправильные

Ответ: Г

83. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно:

А. непостоянный систолический шум

Б. систолический шум, иррадиирующий в подмышечную область

В. ослабления I-го тона

Ответ: А

84. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- А. ревматизм
- Б. атеросклероз
- В. врожденная патология клапана
- Г. все перечисленное
- Д. ничего из перечисленного

Ответ: Г

85. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

- А. усилен
- Б. ослаблен
- В. не изменен

Ответ: Б

86. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются:

- А. гипертрофия миокарда левого желудочка
- Б. правый тип ЭКГ
- В. блокада правой ножки пучка Гиса

Ответ: А

87. Самой частой причиной недостаточности аортального клапана является:

- А. инфекционный эндокардит
- Б. атеросклероз
- В. ревматизм
- Г. сифилис
- Д. травма грудной клетки

Ответ: В

87. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является:

- А. повышения систолического АД
- Б. снижения диастолического АД
- В. увеличения пульсового АД
- Г. все перечисленное

Ответ: Г

88. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- А. отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
- Б. увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка
- В. значительное увеличение давления в левом предсердии
- Г. значительное увеличение давления в легочной артерии

Ответ: Б

89. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- А. периферические отеки
- Б. увеличение печени
- В. одышка
- Г. желудочковые нарушения ритма сердца

Ответ: В

90. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- А. митральном стенозе
- Б. стенозе устья аорты
- В. недостаточности аортального клапана
- Г. недостаточности митрального клапана

Ответ: В

91. Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

- А. стеноза устья аорты
- Б. недостаточности клапана легочной артерии
- В. недостаточности аортального клапана
- Г. недостаточности митрального клапана

Ответ: В

92. Для недостаточности аортального клапана характерно:

- А. пляска каротид
- Б. симптом Мюссе
- В. капиллярный пульс
- Г. все перечисленное

Ответ: Г

93. Для недостаточности аортального клапана при ультразвуковом исследовании характерно:

- А. значительное утолщение створок клапана, кальциноз
- Б. снижение подвижности и раскрытия створок клапана
- В. увеличение конечно-диастолического объема левого желудочка

Ответ: В

94. Диастолический шум на верхушке сердца при недостаточности аортального клапана (шум Флинта) сочетается с:

- А. усиленным 1-м тоном
- Б. щелчком открытия митрального клапана
- В. значительно увеличенным левым предсердием
- Г. правильного ответа нет
- Д. все ответы правильные

Ответ: Г

95. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме могут быть:

- А. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка
- Б. широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца влево

- В. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка
Г. широкий зазубренный зубец Р и полная блокада правой ножки пучка Гиса

Ответ: В

96. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

- А. восстановление синусового ритма
Б. замедление частоты мерцания предсердий
В. замедление частоты сокращений желудочков
Г. снижение активности симпатической нервной системы
Д. подавление активности блуждающего нерва

Ответ: В

97. Пульсация печени может быть вызвана:

- А. стенозом устья аорты
Б. митральным стенозом
В. недостаточностью аортального клапана
Г. недостаточностью трехстворчатого клапана

Ответ: Г

98. К увеличению сердечного выброса могут привести:

- А. стеноз устья аорты
Б. сдавливающий перикардит
В. митральный стеноз
Г. недостаточность аортального клапана

Ответ: Г

99. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение:

- А. аортального клапана
Б. митрального клапана
В. 3-х створчатого клапана
Г. клапана легочной артерии

Ответ: Б

100. Острая ревматическая лихорадка чаще всего приводит к развитию:

- А. аортального стеноза
- Б. митрального стеноза
- В. стеноза легочной артерии
- Г. митральной недостаточности

Ответ: Б

101. Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

- А. "P-mitrale"
- Б. признаки гипертрофии правого желудочка
- В. признаки гипертрофии левого желудочка
- Г. правильно 1. и 2.
- Д. все ответы правильные

Ответ: Г

102. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

- А. 6 кв. см
- Б. 4 кв. см
- В. 3 кв. см
- Г. 2 кв. см
- Д. 1 кв. см и менее

Ответ: Д

103. Больным с мерцательной аритмией, эмболиями и гигантским левым предсердием следует назначать

- А. аспирин
- Б. фенилин
- В. прадакса

Ответ: В

104. Громкость щелчка открытия митрального клапана и диастолического шума при митральном стенозе уменьшается после:

- А. развития активной легочной гипертензии
- Б. улучшения состояния больных на фоне эффективной терапии
- В. развития недостаточности правого желудочка
- Г. правильно 1. и 3.
- Д. правильного ответа нет

Ответ: Г

105. При возникновении одышки у больных митральным стенозом, в первую очередь, целесообразно оценить эффект назначения:

- А1. сердечных гликозидов
- Б. бета-блокаторов
- В. диуретиков
- Г. вазодилататоров

Ответ: Б

106. Компенсация аортального стеноза осуществляется:

- А. путем удлинения систолы левого желудочка
- Б. увеличения давления в полости левого желудочка пропорционально степени сужения аортального клапана
- В. за счет дилатации левого желудочка
- Г. удлинения систолы левого желудочка и его дилатации
- Д. путем удлинения систолы левого желудочка и увеличения давления в полости левого желудочка пропорционально степени сужения аортального клапана

Ответ: Д

107. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- А. митрального стеноза
- Б. аортальной недостаточности
- В. аортального стеноза
- Г. митральной недостаточности

Ответ: В

108. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- А. отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
- Б. увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка
- В. значительное увеличение давления в левом предсердии
- Г. значительное увеличение давления в легочной артерии

Ответ: Б

109. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- А. периферические отеки
- Б. увеличение печени
- В. одышка
- Г. желудочковые нарушения ритма сердца

Ответ: В

110. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- А. митральном стенозе
- Б. стенозе устья аорты
- В. недостаточности аортального клапана
- Г. недостаточности митрального клапана

Ответ: В

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 «Подагра». – Москва, Ассоциация ревматологов России, - 2018, – 31 с.
9.	Клинические рекомендации «Ревматоидный артрит». – Москва, Ассоциация ревматологов России, - 2018, – 102 с.

10.2. Основная литература

N	Заглавие
1.	Клинические рекомендации по ревматологии : учебное пособие / Под ред. С.Л. Насонова. - Москва : Москва, 2011. - 1 с.
2.	Консультант врача. Ревматология : Полная электронная версия Национального руководства по ревматологии. Фарм справочник. Справочник редких болезней. Стандарты мед.помощи. МКБ-10. Инф.для пациентов. Мед.калькуляторы. Доп.инф. Система поиска. - М. : М., 2008
3.	Избранные вопросы терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. В. Алексеева, А. А. Баранчукова, З. Г. Бондарева [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.
4.	Стандарты ведения больных. 2007 : клинические рекомендации: [для системы послевузовского проф.образования врачей]. - М. : М., 2007. - , Вып.2 1376 с.

5.	Ревматология : национальное руководство / ред. Е. Л. Насонов [и др.]. - М. : М., 2008. - 720 с.
6.	Ревматология : учебное пособие / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - Москва : Москва, 2010. - 1 с.
7.	Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний : учебное пособие / В. А. Насонова, Н. Л. , А. Т. [и др.]. - Москва : Москва, 2010. - 1 с.
8.	Остеопороз : учебное пособие / П/ред. Беневоленской Л.И... - Москва : Москва, 2011. - 1 с.

10.3. Дополнительная литература

N	Заглавие
9.	Внутренние болезни: ревматология: учебное пособие для аудиторной работы студентов 6 курса по специальности 060101 – лечебное дело [Электронный ресурс] / Т. Ю. Большакова, В. А. Чупахина, Т. Л. Панченко. - б/м : б/и, 2010. - 100 с.
10.	Интенсивная терапия [Комплект]: национальное руководство: в 2т. Т.2 / ред. Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009, - 784 с. эл. опт. диск (CD-ROM).
11.	Консультант врача. Ревматология : Полная электронная версия Национального руководства по ревматологии. Фарм справочник. Справочник редких болезней. Стандарты мед.помощи. МКБ-10. Инф.для пациентов. Мед.калькуляторы. Доп.инф. Система поиска. - М. : М., 2008
12.	Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. Клинические синдромы : учебное пособие / Г. Н. Верещагина. - Новосибирск : Новосибирск, 2008. - 51 с.
13.	Избранные вопросы терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. В. Алексеева, А. А. Баранчукова, З. Г. Бондарева [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.
14.	Гастроэнтерология : национальное руководство: краткое издание / ред.: В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 480 с.
15.	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 : Сибмедиздат, 2011. - 84 с.
16.	Стандарты ведения больных. 2007 : клинические рекомендации: [для системы послевузовского проф.образования врачей]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - , Вып.2 1376 с.
17.	Неотложные состояния в терапевтической клинике [Электронный ресурс] : учебное пособие / З. Г. Бондарева [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.

18.	Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / ред.: С. С. Вялов, С. А. Чорбинская. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 112 с.
19.	Петров, Владимир Иванович. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике : учебник - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с. : ил.
20.	Клиническая фармакогенетика : учебное пособие / Д. А. Сычев [и др.] ; ред. В. Г. Кулес, Н. П. Бочков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 248 с.
21.	Акопов, Вилл Иванович. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья : учебно-практическое пособие / В. И. Акопов. - Ростов н/Д : Феникс , 2012. - 377 с.
22.	Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие для вузов / ред. А. И. Вялков. - 3-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 657 с.
23.	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.
24.	Лихачева, Оксана Юрьевна . Правовые аспекты управления качеством оказания медицинской помощи : учебное пособие / О. Ю. Лихачева ; Новосиб. гос. мед. ун-т. - Новосибирск : НГМУ, 2008. - 112 с.
25.	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
26.	Никифоров, Л. Л. Безопасность жизнедеятельности [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. Л. Никифоров, В. В. Персиянов. - М. : Дашков и К, 2013. - 494 с.
27.	Левчук, Игорь Петрович Медицина катастроф: курс лекций : учебное пособие / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 240 с. : ил.
28.	Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации чрезвычайных ситуаций радиационной природы [Электронный ресурс] : учебно-методический комплекс / С. В. Машков, Г. А. Усенко, Е. А. Ставский [и др.]. - Новосибирск Сибмедиздат, 2013. - 96 с.
29.	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").
30.	Петров, Владимир Иванович. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике : учебник - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с. : ил.
31.	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.
32.	Акопов, Вилл Иванович . Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья : учебно-практическое пособие / В. И. Акопов. - Ростов н/Д : Феникс , 2012. - 377 с.
33.	Дерягин, Г. Б. Медицинское право: учебное пособие [Электронный ресурс]/ Г. Б. Дерягин. - Б. м. : ЮНИТИ-ДАНА; Закон и право, 2010.
34.	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).

35.	Рассказова, Наталья Васильевна . Медицинская информатика [Комплект] : учебно-методическое пособие / Н. В. Рассказова, О. А. Постникова ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2013. - 72 с. + 1 г_on-line.
36.	Информационные системы и технологии [Электронный ресурс]/ ред. Ю.Ф. Тельнова. – М.: Юнити-Дана, 2012. – 303 с.
37.	Бочков, Николай Павлович. Клиническая генетика : учебник / Н. П. Бочков. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 480 с.
38.	Клиническая фармакогенетика : учебное пособие / Д. А. Сычев [и др.] ; ред. В. Г. Кулес, Н. П. Бочков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 248 с.
39.	Максимова, Юлия Владимировна. Введение в генетику. Семиотика и принципы клинической диагностики наследственных болезней [Электронный ресурс] / Ю. В. Максимова. - Новосибирск : [б. и.], [2012]. - 28 с.
40.	Лисиченко, О.В. Основные этические проблемы медицинской генетики [Электронный ресурс] / О. В. Лисиченко, В. Н. Максимов. - Новосибирск : [б. и.], [2012]. - 28 с.
41.	Максимова, Юлия Владимировна . <u>Хромосомные болезни</u> [Электронный ресурс] / Ю. В. Максимова. - Новосибирск : б/и, 2012. - 24 с. 
42.	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.
43.	Беспалов, Юрий Федорович. Применение норм гражданского процессуального права в судебной практике [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ю. Ф. Беспалов, О. А. Егорова. - М. : ЮНИТИ-ДАНА; Закон и право, 2010. - 159 с.
44.	Диетология [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. Н. Герасименко [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2010.
45.	Научные основы здорового питания [Электронный ресурс]. - М. : Издательский Дом Панорама. Наука и практика, 2012. - о_эл. опт. диск (CD-ROM)
46.	Особенности и организация питания различных групп населения [Электронный ресурс]: учебное пособие / В. Н. Семенова [и др.] ; НГМУ. - Новосибирск : Сибмедиздат, 2011. - 90 с.
47.	Инфекционные болезни : учебник / ред.: Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 2-е изд., перераб.и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 704 с. : ил.
48.	<u>Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание особо опасной инфекцией</u> [Электронный ресурс] : методические рекомендации для врачей лечебно-профилактических учреждений, врачей-интернов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов / Е. А. Ольховикова, Г. П. Куржуков, А. П. Федянин. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2010. - 64 с. 
49.	Тихонова, Е П. Внутрибольничные инфекции: этиология, эпидемиология, лабораторная диагностика и система профилактики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей, интернов и ординаторов / Е. П. Тихонова, И. В. Сергеева, С. С. Бакшеева ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2010. - 94 с.
50.	Онкология: учебник / ред. В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -560 с. : ил.
51.	Психические расстройства: Диагностика и терапия в общемедицинской

	практике. 2007 : учебное пособие / ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 272 с.
52.	Фтизиатрия [Комплект] : национальное руководство / ред. М. И. Перельман. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. + 1 о_эл. опт. диск (CD-ROM).
53.	<u>Тихонова, Е. П.</u> ВИЧ-инфекция [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Е. П. Тихонова, И. В. Сергеева ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 108 с.
54.	<u>Ибатов, Алексей Данилович.</u> Основы реабилитологии : учебное пособие для вузов / А. Д. Ибатов, С. В. Пушкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 160 с.
55.	Медицинская реабилитация: основные понятия и методы : учеб. пособие / В. А. Дробышев и др. – Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2014. – 132 с. + on-line.

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.scsm.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.
-----	---	--