МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **«Утверждаю»**Проректор по учебной работе,академик РАН, профессор И. В. Маев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

|  |  |
| --- | --- |
| Кафедра | Госпитальной терапии №1 л/ф |
| Программа | Повышения квалификации  |
| Трудоемкость | 216 ч |
| Наименованиепрограммы | **Актуальные вопросы внутренних болезней** |
| Контингент обучающихся(специальности) | Терапия, общая врачебная практика (семейная медицина), лечебное дело |
| Год разработки | 2021 |
| Форма обучения | Очная |
| Программа одобрена на кафедральном заседании «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. Протокол № \_\_\_\_Зав. кафедрой госпитальной терапии № 1, профессор Васюк Ю.А. |  |
| Программа одобрена Ученым советом ФДПО «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. Протокол №\_\_\_\_\_Декан ФДПО, профессор Цаликова Н.А. |  |

1. **Цель программы.**

 Качественное улучшение профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации врач терапевт, врач общей практики, врач-лечебник.

1. **Планируемые результаты обучения**

Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень имеющихся компетенций** | **Совершен-ствуемые компетен-ции** |
| **1.** | **Универсальные компетенции** |
| **1.1.** | готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); | **Нет** |
| **1.2.** | готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); | **Нет** |
| **1.3.** | готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3) | **Нет** |
| **2.** | **Профессиональные компетенции** |
| **Профилактическая деятельность:** |
| **2.1.** | готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); | **Да** |
| **2.2.** | готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); | **Да** |
| **2.3.** | готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3); | **Нет** |
| **2.4.** | готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4); | **Нет** |
| **Диагностическая деятельность:** |
| **2.5.** | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); | **Да** |
| **2.6.** | готовность к применению методов функциональной диагностики и интерпретации их результатов (ПК-6); | **Да** |
| **Психолого-педагогическая деятельность:** |
| **2.7.** | готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-7); | **Да** |
| **Организационно-управленческая деятельность:** |
| **2.8.** | готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8); | **Да** |
| **2.9.** | готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9); | **Да** |
| **2.10.** | готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10). | **Нет** |

1. **Квалификационные требования (согласно приказу № 707н МЗ РФ), предъявляемые к медицинским работникам**

**по специальности «Терапия»**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень профессионального образования | Высшее образование - специалитет по специальности: «Лечебное дело», «Педиатрия»Подготовка в ординатуре/интернатуре по специальности «Терапия» |
| Дополнительное профессиональное образование | Профессиональная переподготовка по специальности «Терапия» при наличии подготовки в ординатуре по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности |
| Должности | Врач - терапевт; врач - терапевт участковый; врач - терапевт подростковый; врач - терапевт участковый цехового врачебного участка; врач здравпункта; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач - терапевт, судовой врач; врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения) |

**по специальности «Общая врачебная практика»**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень профессионального образования | Высшее образование - специалитет по специальности: «Лечебное дело», «Педиатрия»Подготовка в ординатуре по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» |
| Дополнительное профессиональное образование | Профессиональная переподготовка по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Педиатрия», «Терапия». Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности |
| Должности | Врач общей практики (семейный врач); заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач общей практики (семейный врач); судовой врач; врач - терапевт участковый |

**по специальности «Лечебное дело»**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень профессионального образования | Высшее образование - специалитет по специальности: «Лечебное дело» |
| Дополнительное профессиональное образование | Непрерывное повышение квалификации в течение всей трудовой деятельности |
| Должности | Врач-терапевт участковый; врач по медицинской профилактике; врач приемного отделения |

1. **Учебный план.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Разделы дисциплины** | **Лекции** | **Практи-****ческие занятия** | **Всего** | **Совершенствуемые проф.****компетенции** |
| **1.** | **Клиническая электрокардиография**  | **-** | **36** | **36** | **ПК-1,** **ПК-2,****ПК-5,** **ПК-6,****ПК-7** |
| 1.1 | Основы электрофизиологии сердца. Регистрация стандартных и дополнительных ЭКГ-отведений . Нормативы зубцов и интервалов. | - | 4 | 4 |
| 1.2 | Понятие об электрической оси сердца. | - | 4 | 4 |
| 1.3 | ЭКГ-признаки гипертрофии и перегрузки различных отделов сердца.  | - | 4 | 4 |
| 1.4 | Нарушения внутрижелудочковой проводимости. | - | 4 | 4 |
| 1.5 | Брадиаритмии – синусовая брадикардия, брадиформа мерцательной аритмии, синоатриальные и атриовентрикулярные блокады, синдром слабости синусового узла. | - | 4 | 4 |
| 1.6 | Экстрасистолия и парасистолия. Тахиаритмии (пароксизмальные и непароксизмальные суправентрикулярные и желудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий).  | - | 4 | 4 |
| 1.7 | Трепетание и фибрилляция желудочков. ЭКГ-маркеры высокого риска внезапной смерти (синдромы преждевременного возбуждения желудочков, синдром удлинения и укорочения интервала PQ, синдром Бругада, аритмогенная дисплазия правого желудочка). | - | 4 | 4 |
| 1.8 | ЭКГ при ишемии и инфаркте миокарда (ишемия, повреждение, некроз, ЭКГ при инфаркте миокарда различной локализации, в т.ч. на фоне блокады ножек пучка Гиса). | - | 4 | 4 |
| 1.9 | ЭКГ при избранной кардиальной и общесоматической патологии, нарушениях электролитного баланса и воздействии медикаментов. | - | 4 | 4 |
| **2.** | **Болезни органов дыхания** | **12** | **16** | **28** |
| 2.1 | Грипп. Инфекции верхних дыхательных путей | 2 | - | 2 |
| 2.2 | Острые бактериальные синуситы | 2 | - | 2 |
| 2.3 | Пневмонии  | 4 | 4 | 8 |
| 2.4 | Хроническая обструктивная болезнь лёгких. | 2 | 4 | 6 |
| 2.5 | Бронхиальная астма | 2 | 4 | 6 |
| 2.6 | Введение в анализ рентгенографии органов грудной клетки для врача первичного звена  | - | 4 | 4 |
| **3.** | **Болезни сердечно-сосудистой системы** | **26** | **40** | **66** |
| 3.1 | Артериальная гипертония  | 2 | 4 | 6 |
| 3.2 | Гипертонические кризы. ОНМК в практике врача первичного звена | 2 | 4 | 6 |
| 3.3 | Атеросклероз. Гиполипидемическая терапия.  | 2 | - | 2 |
| 3.4 | Хронические коронарные синдромы | 2 | 4 | 6 |
| 3.5 | Острый коронарный синдром  | 2 | 4 | 6 |
| 3.6 | Недостаточность кровообращения  | 2 | 4 | 6 |
| 3.7 | Воспалительные заболевания миокарда  | 2 | - | 2 |
| 3.8 | Заболевания перикарда | 2 | - | 2 |
| 3.9 | Инфекционный эндокардит  | 2 | 4 | 6 |
| 3.10 | Лечение нарушений ритма  | 2 | 4 | 6 |
| 3.11 | Тромбоэмболия легочной артерии  | 2 | 4 | 6 |
| 3.12 | Синкопальные состояния | 2 | 4 | 6 |
| 3.13 | Периоперационная оценка сердечно-сосудистого риска при некардиальных операциях | 2 | - | 2 |
| 3.14 | Базовая сердечно-легочная реанимация | - | 4 | 4 |
| **4.** | **Болезни органов пищеварения** | **12** | **12** | **24** |
| 4.1 | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь | 2 | 2 | 4 |
| 4.2 | Хеликобактерассоциированные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. | 2 | 2 | 4 |
| 4.2 | Колиты  | 2 | 4 | 6 |
| 4.4 | Синдром раздраженного кишечника | 2 | - | 2 |
| 4.5 | Алкогольная болезнь печени | 2 | - | 2 |
| 4.6 | Хронический панкреатит  | 2 | 4 | 6 |
| **5.** | **Ревматические болезни** | **8** | **12** | **20** |
| 5.1 | Системные васкулиты  | 4 | 4 | 8 |
| 5.2 |  Системная красная волчанка | 2 | 4 | 6 |
| 5.3 | Дифференциальная диагностика суставного синдрома | 2 | 4 | 6 |
| **6.** | **Болезни почек** | **4** | **8** | **12** |
| 6.1 | Основы нефрологии. Методы исследования заболеваний почек. Хроническая болезнь почек | 2 | 4 | 6 |
| 6.2 | Инфекции мочевыводящих путей | 2 | 4 | 6 |
| **7.** | **Болезни органов кроветворения** | **2** | **4** | **6** |
| 7.1 | Железодефицитная анемия. Анемия хронических заболеваний.Дифференциальная диагностика анемий | 2 | 4 | 6 |
| **8.** | **Эндокринные заболевания** | **10** | **12** | **22** |
| 8.1 |  Ожирение и ассоциированные состояния. Метаболический синдром. Основы диетотерапии. | 2 | - | 2 |
| 8.2 |  Сахарный диабет 2 типа. Пероральные сахароснижающие препараты. | 2 | 4 | 6 |
| 8.3 | Сахарный диабет 2 типа. Инсулинотерапия | 2 | - | 2 |
| 8.4 | Неотложные состояния в диабетологии | 2 | 4 | 6 |
| 8.5 | Заболевания щитовидной железы | 2 | 4 | 6 |
| **9.** | **Анафилаксии** | 2 | - | 2 |

1. **Календарный учебный график**

Календарный учебный график, а также место и время проведения занятий определяется расписанием занятий, формируемым в соответствии с утвержденным учебно-производственным планом университета и/или согласно договорам об оказании платных образовательных услуг.

1. **Организационно-педагогические условия:**

Практические занятия могут быть осуществлены в виде мастер-классов, мастерских и деловых игр, лабораторных работ, круглых столов, ролевых игр, тренингов, семинаров по обмену опытом, выездных занятий, консультаций.

Для всех видов аудиторных занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут.

* 1. **Средства обеспечения освоения дисциплины:**
* иллюстративный материал к лекциям в виде слайдов и плакатов, подготовленных с использованием последних рекомендаций;
* презентации к лекционному материалу, архив электрокардиограм и рентгенограмм, протоколы ЭХО-кардиографических и спирометрических исследований, компьютерная база данных, истории болезни, пациенты клиники.
* методические пособия кафедры;
* собственные архивные видеозаписи, иллюстрирующие разнообразную патологию сердца и сосудов, и других внутренних органов.
* проведение диагностических исследований и лечение пациентов на базе кафедры
	1. **Материально-техническое обеспечение.**

Обучение слушателей циклов повышения квалификации проводится на кафедре госпитальной терапии №1 на базе клинической больницы № 85 ФМБА России. Практические занятия проводятся в учебных классах, разбор историй болезни – в терапевтическом отделении, чтение лекций и проведение семинаров - в лекционном зале КБ № 85 ФМБА.

Для выполнения всей программы подготовки врача кафедра располагает оборудованием в соответствии с типовым табелем оснащения кафедры и подготовленными преподавателями, способными обеспечивать преподавание всех разделов программы.

 Оснащение кафедры составляют: компьютеры, мультимедийные проекторы, доска настенная интерактивная, электрокардиограф, ЭКГ-линейки для расшифровки ЭКГ, аппараты для проведения суточного мониторирования артериального давления, бифункционального мониторирования ЭКГ + АД, исследования микроциркуляции (ЛАКК-01) а также скорости распространения пульсовой волны аппаратом Va Sera, манекен AMBU взрослый, глюкометры, шприц-ручки, спиртовые салфетки.

**6.3. Рекомендуемая литература:**

1. Дощицин В.Л. Электрокардиографическая дифференциальная диагностика. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 232 с.
2. Дощицин В.Л. Руководство по практической электрокардиографии. –М.: МЕДпресс-информ, 2019 .- 416 с ил.
3. Джеймс С., Нельсон К.; Пер. с англ; Под ред. М.В. Писарева. Карманный справочник по ЭКГ. –М.: ГЭОТАР-Медия, 2019. - 160 с.
4. Ковьелло Дж. Ш. ЭКГ: анализ и интерпретация. пер. с англ. - Санкт-Петербург.: Диалектика, 2021. - 496 с.
5. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография.-М.: МЕДпресс-информ, 2016.- 320с.
6. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. –М.:Медицинское информационное агентство, 2020. - 560, с ил.
7. Циммерман Ф. Клиническая электрокардиография. Пер. с англ. –М.: Бином, 2017. - 424 с.
8. Хэмптон Дж. ЭКГ в практике врача. Пер. с англ. – М.: Медицинская литература, 2017. -400 с.
9. Ярцев С.С. Практическая электрокардиография. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 144 с.
10. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Под ред. В.В. Щёкотова, А.И. Мартынова, А.А. Спасского. –М: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 928 с.
11. Российское научное общество кардиологов. Интернет-ресурс http.://www. scardio.ru./ Национальные рекомендации.
12. Российское респираторное общество. Интернет-ресурс http .://www.spulmo.ru./Клинические рекомендации.
13. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Интернет-ресурс. <http://www.gastro.ru/>
14. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.
15. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. -1112 с.
16. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 8. -М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
17. Клиническая фармакология. Национальное руководство. Под ред. акад. В.Г. Кукеса, проф. А.К. Стародубцева, проф. Е.В. Ших. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.- 880с.
18. Ревматология. Российские клинические рекомендации под ред. Е.Л. Насонова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 448 с.
19. Хили П.М., Джекобсон Э. Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Алгоритмический подход./Пер. с англ. Т.М. Азбиль, А.Н. Анваер, Н.Н. Багмет и др.; Под ред. Д.Ш. Газизовой. –М.: Бином, 2016. - 280 с.
20. Интенсивная терапия. Национальное руководство под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. 1 том –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1152 с.
21. Интенсивная терапия. Национальное руководство под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. 2 том –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1056 с.
22. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза. Вечная клиническая интрига.-М.: МЕДпресс-информ, 2016. -176 с ил.
23. Ахмедов В.А. Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.
24. Маевская М.В. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии. –М.: Медпресс, 2016. - 176 с ил.
25. Национальное научно-практическое общество скорой помощи. Интернет-ресурс: В.В. http://www.cito03.ru/recomendaciya/klin\_recom\_standart.html (Доступен).
26. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание Под ред. Чучалина А.Г. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с.
27. Дарби М. и др. Пер. с анг. под ред. В.Н. Трояна. Клиническая интерпретация рентгенограммы легких. Справочник.-М.: [ГЭОТАР-Медиа](https://www.labirint.ru/pubhouse/1815/), 2020 г.-216 с.
28. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Е.В. Шляхто. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 816 с.
29. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 .-480 с.
30. Общая врачебная практика. Национальное руководство в 2-х томах под ред.: [Кузнецовой О.Ю.,](https://www.labirint.ru/authors/213581/) [Лесняк О.М.](https://www.labirint.ru/authors/122354/), [Фроловой Е.В.](https://www.labirint.ru/authors/200917/) 1 том. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 .-1040 с.
31. Общая врачебная практика. Национальное руководство в 2-х томах под ред.: [Кузнецовой О.Ю.,](https://www.labirint.ru/authors/213581/) [Лесняк О.М.](https://www.labirint.ru/authors/122354/), [Фроловой Е.В.](https://www.labirint.ru/authors/200917/) 2том. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 .-992 с.
32. Горбунов В.М.  Суточное мониторивание артериального давления. –М.: Лотосфера, 2015 г.-230 с.
33. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Российские национальные рекомендации. Под ред. Б.Р. Гельфанда. –М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 176 с.
34. Ахмедов В.А. Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.
35. Национальное научно-практическое общество скорой помощи. Интернет-ресурс: В.В. http://www.cito03.ru/recomendaciya/klin\_recom\_standart.html (Доступен).
36. Рациональная антимикробная терапия. Руководство для практикующих врачей. Под ред. С.В. Яковлева и соавт.- М: Литтерра, 2015. - 1040 с.
37. **Формы аттестации**

Освоение программы завершается итоговой аттестацией, состоящей из решения тестовых заданий (100 вопросов) и собеседования с членами экзаменационной комиссии по ситуационным задачам.

Лицам, не прошедшим итоговую аттестацию или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам, освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения.

При освоении дополнительной профессиональной программы параллельно с получением высшего образования удостоверение о повышении квалификации и (или) диплом о профессиональной переподготовке выдаются одновременно с получением соответствующего документа об образовании и о квалификации.

1. **Оценочные материалы (см. Приложение №1, №2 к Программе).**
2. **Авторский коллектив:**

Рабочая учебная программа составлена сотрудниками кафедры госпитальной терапии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета им .А.И.Евдокимова:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО** | **Должность** | **Подпись** |
| Гацура С.В.  |  профессор, д.м.н.  |  |
| Овсянников К.В. | доцент, к.м.н. |  |
| Голосова А.Н. | доцент, к.м.н.  |  |
| Ульянова Е.А. | доцент, к.м.н. |  |
| Дворянчикова Ж.Ю. | ассистент, к.м.н. |  |

 **Приложение 1**

**К программе повышения квалификации «Актуальные вопросы внутренних болезней» (216ч.)**

**Вопросы итогового тестового контроля – 100 шт.:**

*Инструкция:* **выберите один правильный ответ**

1. **Продолжительность комплекса QRS в норме составляет:**

А) 0,06-0,10 с; +

Б) 0,06-0,08 с;

В) 0,05-0,12 с;

Г) 0,08-0,12 с**.**

1. **Длительность интервала PQ в норме:**

А) 0,10-0,18 с;

Б) 0,12-0,20 с**; +**

В) 0,12-0,22 с;

Г) 0,14-0,24 с.

1. **При горизонтальном положении электрической оси сердца угол α равен:**

А) от 0° до 40°; +

Б) от 40° до 70°;

В) от 60° до 90°;

Г) больше 90°

1. **При гипертрофии правого предсердия зубец Р лучше всего определяется в отведениях:**

А) II, III, aVF; +

Б) I, aVL;

В) V1-V2;

Г) V5-V6.

1. **Для резко выраженной гипертрофии правого желудочка характерно:**

А) нормальное положение ЭОС

Б) в отведениях V1-V2 – высокий зубец R или qR; +

В) в отведениях V5-V6  - высокий зубец R V5-V6  >Rv4;

Г) в отведениях V5-V6  сегмент ST ниже изолинии.

1. **Для гипертрофии левого желудочка характерно:**

А) R V5-V6 <RV4;

Б) ось типа SI-SII-SIII;

В) SV1+RV6>35 мм; +

Г) глубокие зубцы S V5-V6

1. **Для блокады правой ножки пучка Гиса не характерно:**

А) комплекс QRS в V1-V2 типа rsR̕;

Б) комплекс QRS в V5-V6  типа qRs(S);

В) ширина комплекса QRS≥0,12 сек;

Г) резкое отклонение ЭОС влево: уголα= -60° +

1. **Инфаркт миокарда нижней стенки проявляется в отведениях:**

А) I, aVL;

Б) V4-V6;

В) V1-V2;

 Г) II, III, aVF. +

1. **Трансмуральный инфаркт миокарда передне-боковой локализации проявляется:**

А) подъемом сегмента ST в отведениях III, aVF;

Б) наличием QS-комплекса в отведениях V3-V6 ; +

В) наличием QS-комплекса в отведениях V1-V2 ;

Г) подъемом сегмента ST в отведениях V5-V6 .

1. **Наличие высоких "R" в правых грудных отведениях при заднем инфаркте**

 **миокарда свидетельствует о поражении:**

А) базальных отделов; +

Б) передней стенки;

В) папиллярной мышцы;

Г) верхушки левого желудочка.

1. **Для более точной диагностики инфаркта миокарда правого желудочка необходимо снимать дополнительные отведения:**

А) V3R, V4R; +

Б) V7-V9;

В) V4-V6 на 2 ребра выше;

Г) по Небу.

1. **Для дистальной AV-блокады III степени характерно:**

А) неправильный ритм;

Б) уширение комплекса QRS; +

В) ЧСС более 60 уд. в мин;

Г) отрицательные зубцы Р.

1. **Для ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии характерно все перечисленное,**

 **кроме одного:**

А) синдром SI-QIII-TIII;

Б) смещение ЭОС вправо в динамике;

В) нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса;

Г) синусовая брадикардия. +

1. **Для пароксизмальной желудочковой тахикардии характерно все перечисленное, кроме одного:**

А) ЧСС более 150 в мин;

Б) комплекс QRS менее 0,1 сек; +

В) атрио-вентрикулярная диссоциация;

Г) наличие сливных комплексов QRS.

1. **Для ЭКГ при остром перикардите характерно все перечисленное, кроме одного:**

А )элевация сегмента ST;

Б) депрессия сегмента PQ;

В) патологический зубец Q в отведениях с подъемом сегмента ST; +

Г) положительный зубец Т при элевации сегмента ST.

1. **Индекс Соколова-Лайона рассчитывается:**

А) RV1+SV5;

Б) RaVL+SV3;

В) SV1+RV5; **+**

Г) SI+RIII.

1. **Нормальное значение суммарного индекса Корнельского университета для мужчин не превышает:**

А) 11 мм;

Б) 35 мм;

В) 28 мм; +

Г) 20 мм.

1. **Признак, не характерный для синдрома слабости синусового узла:**

А) синусовая брадикардия менее 50 ударов в 1 мин без органического поражения

 сердца;

Б) атропиновая проба положительная; **+**

В) периоды тахикардии (синдром брадикардии – тахикардии);

Г) периодическое появление несинусовых (эктопических) возбуждений желудочков.

1. **ЭКГ-критерии не характерные для желудочковой экстрасистолии:**

А) преждевременный комплекс QRS;

Б) экстрасистолический комплекс QRS расширен и деформирован;

В) наличие полной компенсаторной паузы;

Г) измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом. +

1. **При типе А синдрома WPW:**

А) комплекс QRS в отведениях V1 и V2 типа RS или Rs ;+

Б) комплекс QRS в отведениях V5 и V6 имеет форму QS;

В) электрическая ось горизонтальная;

Г) в левых грудных отведениях преобладают зубцы R.

1. **Начальным признаком гиперкалиемии является:**

А) высокий остроконечный зубец Т; **+**

Б) укoроченный интервал QT;

В) удлиненный интервал QT;

Г) расширение комплекса QRS.

1. **Признаками насыщения препаратами дигиталиса являются**:

А) наличие дельта волны и укороченный интервал PQ;

Б) наджелудочковая экстрасистолия;

В) «корытообразная» депрессия сегмента ST; +

Г) появление зубца Q в V1-V3.

1. **Типичная аритмия у детей с синдромом удлиненного интервала QT во время синкопе:**

А) двунаправленная желудочковая тахикардия;**+**

Б) мономорфная желудочковая тахикардия;

В) ранние желудочковые экстрасистолы;

Г) залпы суправентрикулярной тахикардии.

1. **Антигипертензивным препаратом выбора у пожилых пациентов с изолированной систолической гипертонией является:**

А) бета-блокатор;

Б) ингибитор ангиотензин-превращающего фермента;

В) тиазидный диуретик; +

Г) агонист имидазолиновых рецепторов.

1. **У больных вазоспастической стенокардией не рекомендован в качестве антиангинального препарата:**

А) изосорбида мононитрат;

Б) атенолол; +

В) верапамил;

Г) амлодипин.

1. **Пациентам, перенесшим ИМ, противопоказан в качестве антиаритмического препарата:**

А) метопролол;

Б) амиодарон;

В) лаппаконитина гидробромид; +

Г) соталол.

1. **К абсолютным критериям прекращения нагрузочных проб относится:**

А) Возникновение выраженного приступа стенокардии; +

Б) Депрессия сегмента ST > 1 мм;

В) Усталость пациента;

Г) Достижение максимальной для возраста ЧСС.

1. **Пациентам с симптоматикой сердечной недостаточности и сниженной фракцией выброса (< 40 %) противопоказан:**

А) бисопролол;

Б) ивабрадин;

В) амиодарон;

Г) верапамил. +

1. **Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов фибрилляции предсердий является:**

A) хинидин;

Б) прокаинамид;

В) амиодарон; +

Г) пропранолол;

Д) верапамил.

1. **Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает:**

A) холодовая проба;

Б) дипиридамоловая проба;

В) проба с нагрузкой на велоэргометре; +

Г) проба со статической физической нагрузкой;

Д) проба с гипервентиляцией.

1. **Основным атерогенным классом липопротеидов являются:**

A) липопротеиды очень низкой плотности;

Б) липопротеиды низкой плотности; +

В) липопротеиды высокой плотности;

 Г) хиломикроны;

Д) липопротеиды промежуточной плотности.

1. **У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:**

A) уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда; +

Б) не влияет на прогноз;

В) уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин;

Г) благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан;

Д) увеличивает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.

1. **При установлении диагноза миокардита:**

A) лечение в большинстве случаев симптоматическое; +

Б) обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов;

В) обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в

 миокарде";

Г) обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

**34. Укажите предпочтительный препарат для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме:**

А) нитропруссид натрия;
Б) пропранолол;

В) эналаприлат;

Г) фентоламин +

**35. Укажите препарат первого выбора для внутривенного введения при анафилаксии**

А) метилпреднизолон
Б) адреналин +
В) супрастин
Г) хлорид кальция

**36. У пациента с приступом реципрокной суправентрикулярной тахикардии**

**стартовым методом лечения является**
А) амиодарон;

Б) прокаинамид;

В) кардиоверсия;

Г) массаж каротидного синуса. +

**37. Гастралгический вариант миокарда чаще наблюдается при инфаркте миокарда**

 **левого желудочка с локализацией:**

А) перегородочная;

Б) переднебоковая;

В) передняя;

Г) заднее-диафрагмальная. +

**38. Для вазовагального обморока характерны все перечисленные черты, кроме одной:**

А) брадикардия во время потери сознания;

Б) отсутствие ретроградной амнезии;

В) наличие продромального периода;

Г) развитие на высоте физической нагрузки. +

**39. Наиболее частой причиной внезапной смерти является:**

A) асистолия желудочков;

Б) фибрилляция желудочков; +

В) полная атриовентрикулярная блокада;

 Г) синоаурикулярная блокада II степени.

**40.Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:**

A) вены нижних конечностей; +

Б) вены верхних конечностей;

В) правое сердце;

Г) вены таза.

**41. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:**

A) аортальным стенозом;+

Б) митральным стенозом;

В) аортальной недостаточностью;

Г) митральной недостаточностью.

**42. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов в амбулаторной**

 **практике является:**

A) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных

 путей;

Б) переохлаждение;

В) острая вирусная инфекция; +

Г) курение;

Д) переутомление.

**43. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:**

A) спирографии;+

Б) бронхоскопии;

В) исследования газов крови;

Г) рентгенографии легких;

**44. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной**

 **астме, являются все перечисленные, кроме:**

A) b2-агонистов;

Б) метилксантинов;

В) блокаторов b2-адренорецепторов; +

Г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов.

**45. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:**

A) блокирования а-рецепторов бронхиального дерева;

Б) почти селективного возбуждения b2-адренорецепторов бронхов; +

В) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов;

Г) снижения тонуса блуждающего нерва.

**46. Развитие толерантности к препарату характерно для:**

A) нитратов;+

Б) селективных бета-блокаторов;

В) антагонистов кальция;

Г) неселективных бета-блокаторов;

**47. Какие параметры соотвествуют тяжелой (GOLD III) степени ограничения**

 **воздушного потока при ХОБЛ**

А) ОФВ1/ФЖЕЛ<0,70 и ОФВ1>80%должной;

Б) ОФВ1/ФЖЕЛ<0,70 и 50%<ОФВ1<80%должной;

В) ОФВ1/ФЖЕЛ<0,70 и 30%<ОФВ1<50%должной; +

Г) ОФВ1/ФЖЕЛ<0,70 и ОФВ1<30%должной

**48. У пациента с ХОБЛ с выраженными симптомами и редкими обострениями (группа**

 **В) с выраженной одышкой (не связанной с иными причинами) назначение какой**

 **инициальной базисной терапии является оптимальной?**

А)длительно действующий антихолинергический препарат (ДДАХ);

Б) длительно действующий бета2-адреноагонист (ДДБА);

В) фиксированная комбинация ДДАХ+ДДБА; +

Г) комбинация ингаляционного глюкокортистероида и бета2-агониста длительного

 действия

**49. У пациента с типичной клинической картиной бронхиальной астмы назначение**

 **базисной ингаляционной терапии не привело к улучшению самочувствия. Какие**

 **шаги следует предпринять в первую очередь?**

А) увеличить дозировку препаратов базисной терапии;

Б) исключить плохую технику ингаляции и низкую приверженность к назначенному

 лечению, а также исключить контакт с провоцирующими факторами; +

В) усомниться в диагнозе бронхиальная астма, отменить базисную терапию и

 назначить дополнительное обследование;

Г) поменять базисную терапию.

 **50. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром**

 **периоде инфаркта миокарда являются:**

A) кордарон;

Б) новокаинамид;

В) бета-блокаторы;

Г) лидокаин;+

**51. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:**

A) асистолия желудочков;

Б) фибрилляция желудочков;+

В) желудочковая бигимения;

Г) атриовентрикулярная блокада II степени;

**52. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:**

A) антигистаминные препараты;

Б) нестероидные противовоспалительные препараты; +

В) глюкокортикоиды;

Г) препараты ацетилсалициловой кислоты;

Д) нитраты.

**53. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:**

A) слабость;

Б) проявления сердечной астмы; +

В) отеки ног;

Г) венозный застой в большом круге кровообращения;

Д) гепатомегалия.

**54. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой**

 **недостаточности наиболее рационально применение:**

A) пропранолола;

Б) нитроглицерина (в/в); +

В) верапамила;

Г) дибазола.

**55. Гипокалиемия наиболее характерна для:**

A) реноваскулярной гипертонии;

Б) феохромоцитомы;

В) первичного гиперальдостеронизма; +

Г) хронического пиелонефрита;

Д) поликистоза почек.

**56. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:**

A) гипертонической болезнью;

Б) реноваскулярной гипертонией; +

В) паренхиматозными заболеваниями почек;

Г) мочекаменной болезнью;

**57. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается**:

A) у большинства больных; +

Б) в период выздоровления;

В) в сочетании с лейкопенией;

Г) при нормальном СОЭ.

**58. Наиболее быстрое снижение артериального давления показано при**:

A) гипертонической энцефалопатии;

Б) расслаивающей аневризме аорты; +

В) нарушении мозгового кровообращения;

Г) прогрессирующей почечной недостаточности.

 **59. Для III ф.кл. ХСН характерны параметры физической активности (по тесту**

 **6- минутной ходьбы):**

A) > 551 м;

Б) 301-425 м;

В) < 150 м;

Г) 151- 300 м; +

Д) 140-250 м.

**60. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи**

 **пищеводного отверстия диафрагмы, относится:**

A) нарушения проходимости комка пищи;

Б) растяжение грыжевого мешка;

В) рефлюкс в пищевод; +

Г) спазм пищевода.

**61. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в**

 **луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая**

 **картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй**

 **половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем**

 **осложнении:**

A) органическом стенозе пилородуоденальной зоны; +

Б) функциональном стенозе;

В) малигнизации язвы;

Г) пенетрации язвы.

**62. При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки**

 **выявляют:**

A) мыльную стеаторею;

Б) отсутствие элементов воспаления; +

В) большое количество лейкоцитов;

Г) мышечные волокна без исчерченности.

**63. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:**

A) кортикостероиды; +

Б) фталазол;

В) левомицетин;

Г) сульфасалазин.

**64. Для диагностики нефротического синдрома один симптом имеет решающее**

 **значение. Укажите его.**

А) отеки

Б) гиперхолистеринемия

В) диспротеинемия

Г) протеинурия >3,5 г в сутки +

**65. Что из перечисленного более характерно для инфицирования верхних (почки), а не нижних (мочевой пузырь) отделов мочевыводящей системы у женщин:**

А) лихорадка > 38,5 ° с +

Б) бактериурия > 100 000 в 1 мл

В) лейкоцититурия

Г) чувство жжения при мочеиспускании

**66.** **Протромбиновое время удлинено при:**

А) терапии гепарином;

Б) терапии тренталом;

В) терапии аспирином;

Г) терапии варфарином. +

**67. Антибиотики находят применение в лечении:**

А) болезни Бехтерева;

Б) псориатического артрита;

В) ревматоидного артрита;

Г) синдрома Рейтера. +

**68. Вероятность узелкового периартериита увеличивается, если обнаруживается:**

А) противострептококковые антитела;

Б) вирус гепатита В; +

В) повышенное содержания ЦИК;

Г) антинуклеарный фактор.

**69** **.Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии**

А) гиперхромия эритроцитов; +

Б) микроцитоз эритроцитов;

В) лейкоцитоз;

Г) тромбоцитопения.

**70. Для системной красной волчанки не характерно:**

А) наличие "бабочки"

Б) параорбитальный отек +

В) фотосенсибилизация

Г) полисерозит

**71. К предрасполагающим факторам венозной тромбоэмболии высокого риска**

 **относятся все, кроме одного:**

А) перелом шейки бедра и конечности

Б) венозная тромбоэмболия в анамнезе

В) протезирование коленного сустава

Г) тромбоз поверхностных вен +

**72. Наиболее часто встречающиеся наследственные тромбофилии:**

А) мутация гена фактора V (Лейденовская мутация) +

Б) дефицит протеина С

В) дефицит антитромбина III

Г) мутация гена протромбина

**73. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:**

A) через 1 неделю после начала лечения;

Б) через 2 дня после нормализации температуры тела;+

В) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;

Д) после нормализации СОЭ.

**74. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить:**

A) амоксициллин;

Б) азитромицин; +

В) амикацин;

Г) цефипим**.**

**75. К цефалоспоринам III поколения относятся все препараты, кроме:**

A) цефотаксим;

Б) цефепим; +

В) цефтриаксон;

Г) цефтибутен;

Д) цефоперазон.

**76. Наиболее частым возбудителем инфекционного эндокардита у наркоманов**

 **является:**

А) Staphylococcus aureus +

Б) Klebsiella

В) Streptococcus viridans

Г) Staphylococcus epidermidis

**77. Наиболее частым возбудителем неосложненной инфекции мочевых путей является:**

А) Klebsiella pneumoniae

Б) Escherichia Coli +

В) Proteus mirabilis

Г) Enterococcus spp.

**78. Препаратом первой линии для лечения неосложненной инфекции нижних мочевых путей является:**

А) фосфомицина трометамол +

Б) левофлоксацин

В) цефиксим

Г) амоксициллин

**79. В лечении инфекции мочевыводящих путей у беременных можно использовать все,**

 **кроме одного:**

А) фофомицина трометамол

Б) левофлоксацин +

В) цефтибутен

Г) амоксициллин

**80. Препаратом 1 линии для эмпирического лечения острого неосложненного**

 **пиелонефрита нетяжелого течения является:**

А) фофомицина трометамол

Б) левофлоксацин +

В) имипенем

Г) амикацин

**81. Из нижеперечисленных антибактериальных средств наиболее предпочтительным**

 **для амбулаторного лечения пациента с внебольничной пневмококковой**

 **пневмонией является:**

А) амоксициллин +

Б) доксициклин

В) гентамицин

Г) азитромицин

**82. Длительность антибиотикотерапии при инфекционном эндокардите составляет:**

А) 5-10 дней

Б) 10-14 дней

В) до 3 недель

Г) 4-6 недель +

**83. «Большим» критерием синусита является:**

А) головная боль

Б) кашель

В) гнойные выделения из носа +

Г) боль в зубах

**84 . Какой побочный эффект характерен для аминогликозидов:**

А) нефротоксичность

Б) вестибулопатии

В) нервно-мышечная блокада

Г) кохлеатоксичность

Д) все перечисленное +

**85. Инсулин вырабатывается в:**

А) α-клетках поджелудочной железы;

Б) β-клетках поджелудочной железы; +

В) δ-клетках поджелудочной железы;

Г) РР-клетках поджелудочной железы

**86. Генетическими маркерами сахарного диабета 2 типа являются антигены HLA.**

А) В8;

Б) В15;

В) DR3;

Г) HLA не отличается от здоровой популяции . +

**87. К факторам риска по диабету не относится:**

А) наследственная предрасположенность к сахарному диабету

Б) патологическая беременность (крупный мертворожденный плод, спонтанные

 выкидыши) +

В) ожирение

Д) дети, рожденные с массой тела более 4 кг

**88. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:**

А) опухолей поджелудочной железы;

Б) острого панкреатита;

В) аутоиммунного поражения поджелудочной железы;

Г) внепанкреатических факторов. +

**89. Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа:**

А) инсулинорезистентность и деструкция б-клеток;

Б) деструкция б-клеток и абсолютная инсулиновая недостаточность; +

В) инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов;

Г) повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность.

**90. Сахарный диабет 2 типа характеризуется всем перечисленным, кроме:**

А) возраста к началу болезни старше 40 лет;

Б) избыточной массы тела;

В) постепенного развития заболевания;

Г) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года +

**91. При наличии сомнительных симптомов и однократной гипергликемии и нормогликемии в дальнейшем, должно быть проведено одно из перечисленных исследований:**

А) определение С-пептида;

Б) исследование глюкозы в моче;

В) оральный тест толерантности к глюкозе; +

Г) хлорпропамид - алкогольная проба.

**92. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для:**

 A) хронического гепатита вирусной этиологии;

 Б) цирроза печени;

 В) гемохроматоза; +

 Г) гиперфункции надпочечников;

 Д )болезни Вильсона-Коновалова.

**93. При проведении глюкозотолерантного тесте через 2 часа гликемия у здоровых лиц:**

А) до 7,8 ммоль/л; +

Б) до 8 ммоль/л;

В) до 9 ммоль/л;

Г) до 10 ммоль/л;

Д) до 11 ммоль/л.

**94. При нарушенной толерантности к глюкозе гликемия через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы составляет более:**

А) 5,5 ммоль/л;

Б) 6,1 ммоль/л;

В) 7,8 ммоль/л; +

Г) 8,0 ммоль/л;

Д) 11,1 ммоль/л.

**95. При каком значении гликемии (через 2 часа после нагрузки глюкозой 75 г) диагностируется сахарный диабет:**

А) 12,5 ммоль/л +

Б) 6,1 ммоль/л

В) 7,8 ммоль/л

Г) 10,4 ммоль/л

Д) 11,1 ммоль/л

**96. Укажите нормальный уровень сахара крови у здоровых лиц (капиллярная**

 **кровь):**

А) до 3,3 ммоль/л

Б) до 5,5 ммоль/л +

В) до 6,1 ммоль/л

Г) до 7,8 ммоль/л

Д) до 6,0 ммоль/л

**97. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не**

 **вызывают:**

А) преднизолон

Б) пропранолол;

В) гидрохлортиазид;

Г) пероральные контрацептивы. +

**98. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:**

А) глаукома;

Б) катаракта;

В) пролиферирующая ретинопатия; +

Г) атрофия зрительных нервов;

**99. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом 1-го типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 ч после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?**

А) снять ЭКГ;

Б) ввести 5% раствор глюкозы;

В) ввести инсулин (10–20 ЕД);

Г) исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови;

Д) ввести 40 мл 40% раствора глюкозы. +

**100. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:**

А) определить уровень глюкозы в крови натощак; +

Б) провести глюкозотолерантный тест;

В) назначить препараты сульфонилмочевины;

Г) ограничить употребление углеводов.

 **Приложение 2**

**К программе повышения квалификации «Актуальные вопросы внутренних болезней» (216 ч.)**

**Типовая ситуационная задача для собеседования, необходимая для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы освоения программы.**

**Ситуационная задача №1**

Больная Ф., 76 лет, была госпитализирована 6 дней назад по поводу впервые зарегистрированного приступа ФП, который был купирован в блоке интенсивной терапии электрической кардиоверсией. На ЭКГ в динамике сохраняется синусовый ритм с частотой 64-72/мин, АД на фоне проводимой терапии (седативные, метопролол, индапамид) стабильно нормализовалось. При лабораторном обследовании в кардиологическом отделении основные показатели липидного, углеводного обмена, электролиты, тиреоидные гормоны также в пределах нормы.

При ЭхоКГ фракция выброса 60%, стенки аорты уплотнены, клапанной патологии не выявлено. Увеличение полости левого предсердия до 45 мм, другие камеры сердца не расширены. Умеренная гипертрофия левого желудочка. Зон локального гипокинеза не выявлено.

Проба с физической нагрузкой (тредмил) на ИБС положительная (бессимптомная горизонтальная депрессия ST 2 мм), нарушения ритма и проводимости не индуцированы.

Эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений. Больная готовится к выписке.

**Вопросы.**

1.Показана ли пациентке постоянная терапия антикоагулянтами? Если показана, то чем именно?

2.Каковы рациональные рекомендации при рецидиве приступа ФП у больной?

3.Какая стратегия в данном конкретном случае предпочтительнее – удержание синусового ритма или контроль ЧСС? Обоснуйте.