Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00BDB95AB64C75DC81F14E2270EE74B416
Владелец: Воевода Михаил Иванович
Действителен: с 18.08.2023 до 10.11.2024

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФИЦ ФТМ
М.И. Воевода
02 июня 2023 г.

ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ)

Специальность:
31.08.49 Терапия

Уровень высшего образования:
подготовка кадров высшей квалификации

Новосибирск, 2023

Программа итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры выпускников по специальности 31.08.49 Терапия разработана в соответствии с:

1) Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

2) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 г. № 15;

3) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227;

4) приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

5) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования − программам ординатуры»;

6) приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;

7) «Положением о порядке проведения итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины».

Программа итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры выпускников по специальности 31.08.49 Терапия разработана сотрудниками Научно-исследовательского института экспериментальной и клинической медицины ФИЦ ФТМ:

доктором медицинских наук, ведущим научным сотрудником ФИЦ ФТМ Поляковым В.Я.;
доктором медицинских наук, главным научным сотрудником ФИЦ ФТМ Николаевым Ю.А.;

Программа рассмотрена и одобрена на Ученом совете ФИЦ ФТМ, протокол № 6 от 01 июня 2023 года

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Программа итоговой аттестации реализуется в основной части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.49 Терапия очной формы обучения.

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ, соответствующих требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.49 Терапия.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. оценить уровень сформированности у выпускников универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);
2. установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности.

2.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (УК)	
Системное и критическое мышление	
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	
УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала
Коммуникация	
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	
УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (ОПК)	
Деятельность в сфере информационных технологий	
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания

	медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	Педагогическая деятельность
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9	Способен проводить анализ медико- статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (ПК)	
Медицинская деятельность	
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара
Организационно- управленческая деятельность	
ПК-2	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	
ПК-3	Способен осуществлять научно-исследовательскую и педагогическую деятельность на основе научных знаний

3. ОБЪЕМ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме итогового экзамена. Итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу итогового экзамена. Трудоемкость итоговой аттестации – 108 академических часов (3 зачетных единицы).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования (программам ординатуры) по специальности 31.08.49 Терапия в ФИЦ ФТМ проводится согласно «Положению о порядке проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в Федеральном

государственном бюджетном научном учреждении «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины».

Для проведения итоговой аттестации создается итоговая экзаменационная комиссия по специальности 31.08.49 Терапия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

Решения итоговой экзаменационной комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

Итоговый экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Успешное прохождение итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации установленного образца.

Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится ФИЦ ФТМ с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

По результатам итоговых аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов итогового аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель итоговой экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося посредством письма на электронную почту, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

5.ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ И ЭТАПОВ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из трех этапов:

1. Аттестационное тестирование (в письменном виде)
2. Оценка уровня освоений навыков и умений (выполнение заданий, выявляющих практическую подготовку врача)
3. Теоретическая часть (собеседование по билету, содержащему контрольные вопросы и клинические задачи).

Порядок и сроки проведения этапов государственной итоговой аттестации регламентируются Положением об итоговой аттестации обучающихся по программам ординатуры ФИЦ ФТМ.

По результатам трех этапов экзамена решением итоговой экзаменационной комиссии выставляется итоговая оценка. Успешно прошедшим итоговую государственную аттестацию считается ординатор, сдавший экзамен на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»). При получении оценки «неудовлетворительно» назначается повторная сдача экзамена в установленном порядке.

5. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ

I этап: аттестационное тестирование

Проводится с использованием банка тестовых заданий, охватывающих содержание основной дисциплины специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников. Тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов.

Критерии оценки:

меньше 70% правильных ответов- неудовлетворительно
70-79% правильных ответов - удовлетворительно
80-89% правильных ответов - хорошо
90% и выше – отлично

При получении оценки «неудовлетворительно» по результатам тестирования, ординатор не допускается к следующим этапам экзамена.

II этап: оценка уровня освоений навыков и умений (выполнение заданий, выявляющих практическую подготовку врача)

Прием **практических навыков** осуществляется в НИИЭКМ ФИЦ ФТМ. Выпускник предъявляет портфолио, дневник ординатора, с отчетом об освоенных практических навыках, предусмотренных образовательной программой.

Выпускник демонстрирует членам комиссии способность применить на практике освоенные им профессиональные компетенции.

Выпускник защищает научно-практическую работу.

При оценивании данного этапа используется четырехбалльная система: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение итоговой аттестации.

Критерии оценки за практическую часть экзамена:

«отлично», если ординатор:
- методически правильно оценил представленную информацию и обосновал предварительное решение;
- правильно и полноценно собрал анамнез, обследовал больного, назначил соответствующий план обследования и лечения, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на все поставленные вопросы, а также на дополнительные вопросы членов комиссии;
- продемонстрировал знания и умения в проведении практических действий;
- алгоритм действий соответствует контрольному варианту;

«хорошо», если ординатор:
- методически правильно оценил представленную информацию и обосновал предварительное решение;
- упустил некоторые детали течения заболевания, недостаточно полно сформулировал первичное представление о больном, недостаточно полно трактует результаты дополнительного обследования, отвечает на 90% поставленных перед ним вопросов;
- продемонстрировал знания и умения в проведении практических действий;
-алгоритм действий соответствует контрольному варианту;
- в процессе допускается наличие неточностей, которые не отразились на результате действий;

«удовлетворительно», если ординатор:
- допустил неточности в методической оценке представленной информации;
- упустил важные детали анамнеза, недостаточно тщательно обследовал больного, не может оценить некоторые результаты дополнительного обследования больного, отвечает на 80% вопросов.
- продемонстрировал знания и умения в проведении практических действий;
- алгоритм действий соответствует контрольному варианту;

- в процессе допускается наличие неточностей, которые существенно не отразились на результате действий;

«неудовлетворительно», если ординатор:

- не смог правильно оценить и принять решение по представленной ситуации;
- не смог сформулировать первичное представление о пациенте, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования пациентов, не ориентирован в основных вопросах специальности;
- допустил серьезные погрешности при выполнении практических действий;
- алгоритм действий не соответствуют данным контрольного варианта.

При получении оценки «неудовлетворительно» по результатам практической части, ординатор не допускается к следующему этапу экзамена.

III этап: теоретическая часть (собеседование по билету, содержащему контрольные вопросы и клинические задачи)

Проводится в форме собеседования по билетам, содержащим ситуационные задачи и контрольные вопросы по тематическим разделам дисциплины «Терапия», позволяющим выпускнику продемонстрировать сформированные профессиональные, общепрофессиональные и универсальные компетенции, коммуникативные навыки.

Критерии оценки за теоретическую часть экзамена:

«отлично», если ординатор:

- усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для профессиональной деятельности, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала;
- показал уверенные твердые знания и решил ситуационную задачу;

«хорошо», если ординатор:

- показал знание программного материала в объеме, необходимом для профессиональной деятельности, представил не полное решение ситуационной задачи;

«удовлетворительно», если ординатор:

- показал знание основного программного материала в объеме, необходимом для профессиональной деятельности, но при этом допустил погрешности в решении ситуационной задачи, затруднялся с ответами на дополнительные вопросы;

«неудовлетворительно», если ординатор:

- показал слабые несистематизированные знания, испытывал существенные затруднения при решении ситуационной задачи и при ответах на дополнительные вопросы.

Дополнительные вопросы задаются слушателю в следующих случаях:

1. когда ответ оказался недостаточно полным, четким и ясным;
2. когда в ответе упущены существенно важные стороны вопроса или допущены серьезные ошибки;
3. когда ответ не вызывает твердой уверенности преподавателя в достаточности знаний слушателя;

При этом целесообразно дополнительные вопросы ставить после того, как слушатель исчерпал свой ответ по данному вопросу, во всех случаях дополнительные вопросы должны быть ясно и четко сформулированы, а их содержание не должно выходить за пределы программы.

Итоговая оценка, полученная ординатором в ходе итоговой аттестации, учитывает результаты всех аттестационных испытаний и объявляется выпускнику в день оформления и утверждения в установленном порядке протоколов заседания итоговой комиссии этапов.

Итоговая оценка производится по четырехбальной системе:

«отлично», если ординатор:

- уверенно и методически правильно ответил на вопросы билета;
- показал твердые знания и умения при выполнении практических действий;

- оперативно и правильно решил ситуационную задачу, продемонстрировал способность быстро и обоснованно принимать правильное решение;
- получил оценки: за тестирование – «отлично», за практическую часть – «отлично», теоретическую часть – «отлично»;

«хорошо», если ординатор:
- показал хорошие знания при ответе на вопросы билета;
- в целом правильно выполнил практические действия;
- во время ответа и решения ситуационной задачи допустил мелкие недостатки и медлительность, что существенно не повлияло на решение поставленных задач;

получил оценки: за тестирование – «отлично» или «хорошо», за практическую часть – «отлично» или «хорошо», теоретическую часть – «хорошо»;

«удовлетворительно», если ординатор:
- в конечном итоге справился с решением ситуационной задачи и ответил на вопросы билета, однако проявил неуверенность в практических действиях; допустил погрешности в ходе ответа на вопросы билета и решении ситуационной задачи, при этом указанные недостатки существенно не отразились на результате в целом;
- получил оценки: за тестирование – «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно», за практическую часть – «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно», теоретическую часть – «удовлетворительно»;

«неудовлетворительно», если ординатор:
- не справился с ответом на вопросы билета;
- неправильно выполнил практические действия;
- не смог правильно оценить ситуацию при решении ситуационной задачи.

5.1. ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1.1. Примеры тестовых заданий:

а) Препаратами первой линии для снижения частоты и интенсивности приступов стенокардии являются:

1. **β-адреноблокаторы и антагонисты кальция**

2. антагонисты кальция и пролонгированные нитраты

3. антагонисты кальция и дигоксин

б) При лечении артериальной гипертензии у беременных противопоказано назначение:

1. бета-адреноблокаторов

2. метилдопы

3. антагонистов кальция

4. иАПФ и сартанов

в) Препаратами выбора при ХОБЛ легкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются:

1. теофиллины

2. корткодействующие β2-агонисты «по требованию»

3. **длительно действующие β2-агонисты или антихолинергики**

4. короткодействующие антихолинергики «по требованию»

г) К предраковым состояниям желудка относятся:

1. дисплазия слизистой желудка высокой степени

2. хронический неатрофический гастрит

3. язвенная болезнь 12-перстной кишки

4. тонкокишечная метаплазия

д) Особенность течения эндемического зоба в пожилом и старческом возрасте:

1. преобладание узловых форм

2. переход в атрофическую форму АИТ

3. развитие гипотиреоза

4. увеличение процента озлокачествления щитовидной железы

***е)* Причины гипонатриемии:**

1. Гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность

2. Тиреотоксикоз, прием осмотических диуретиков

3. Гипертонический гемодиализ

4. Несахарный диабет

ж) Наиболее частая причина развития фибрилляции предсердий в молодом возрасте:

1. амилоидоз сердца

2. рестриктивная кардиомиопатия

3. дефект межжелудочковой перегородки

4. ревматизм и митральный порок сердца

з) Важным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

1. лейкоцитоз

2. гипергликемия

3. уровень ЩФ

4. уровень амилазы крови и мочи

5. уровень аминотрансфераз крови

№ 1. холангита

№ 2. вирусного гепатита

и) При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

1. колоноскопия

2. ирригоскопия

3. исследование пассажа бария по толстой кишке

4. измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки

5. анализ кала на дисбактериоз

к) Лихорадка, желтуха, лейкоцитоз, повышение в крови непрямого билирубина характерны для:

1. холангита

2. вирусного гепатита

3. гемолитического криза

л) К факторам риска колоректального рака относится:

1. длительные запоры

2. синдром раздраженного кишечника

3. аденоматозный полип кишечника у близкого родственника

4. дивертикулез кишечника

м) К ведущим клиническим проявлениям хронического лимфолейкоза не относится:

1. интоксикационный синдром

2. лимфоаденопатия

3. склонность к инфекциям

4. оссалгии

н) У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. У больного возникло:

1. пенетрация

2. перфорация

3. кровотечение

4. стеноз привратника

5. малигнизация

о) Хроническая диарея в сочетании с болями в животе, парапроктитом и наличием воспалительного инфильтрата в брюшной полости характерны для:

1.хронического панкреатита

2.болезни Крона

3.язвенного колита

4.рака толстой кишки

п) Избыток белка в пище приводит ко всему перечисленному, исключая

1. усиленное образование биогенных аминов (скатола, индола в кишечнике)

2. повышения уровня мочевины в крови и кишечнике

3. истощение

4. усиление процессов гниения белков в кишечнике

5. положительный азотистый баланс

р) Для панкреатита не характерны:

1. опоясывающие боли в эпигастрии

2. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину

3. поносы

4. рвота, приносящая облегчение

5. снижение или отсутствие аппетита

с) Не относится к основным симптомам портальной гипертензии:

1. повышенное АД

2. образование коллатералей

3. кровотечение из вен пищевода, гемморроидальных вен

4. асцит

5. спленомегалия

т) Для гипогликемической комы характерно:

1. высокий уровень сахара крови

2. быстрое развитие комы

3. запах ацетона

4. шумное дыхание

5. сухость кожных покровов

5.1.2. Примеры экзаменационных вопросов для собеседования:

1.Медицинские показания для направления пациентов для похождения медико-социальной экспертизы. Основная документация для направления пациента на медико-социальную экспертизу.

2.Принцип работы электронной истории болезни

3.Виды и структура диагноза. Последовательность обследования пациента. Дифференциальный диагноз

4. Построение плана лечения. Профилактика, лечение, реабилитация как единая система сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека.

5.Методы обследования больных с сердечно-сосудистой паталогией.

6.Ишемическая болезнь сердца. Лечение и профилактика

7. Инфаркт миокарда. Лечение и профилактика.

8.Артериальная гипертензия

9.Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

10. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

11. Пневмонии

12. Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии

13.Современные методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения

14. Заболевания желудка

15. Цирроз печени и его осложнения в практике терапевта

5.1.3. Примеры ситуационных задач:

Оценочное средство	Эталон ответа
Пациент 30 лет. Жалобы на сильную спастическую поясничной и подвздошной области, иррадиирущ половой член, тошноту, частые позывы на мочеис появились 6 часов назад. Объективно t36,7. Живот дыхания, мягкий, болезнен в левых боковых отдел симптом Пастернацкого положительный слева. 1.Ваш предварительный диагноз.	1. Левосторонняя почечная колика
2. Больной П., 64 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет, принимал манинил. По поводу гипертонической болезни в течение длительного времени	1.Сахарный диабет 2 типа, гиперосмолярная кома. Причина - бесконтрольный прием мочегонных препаратов.

бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось, и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику. Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки ног. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Биохимический анализ крови: гликемия 50,6 ммоль/л, pH крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л. Общий анализ мочи: сахар 6%, ацетона нет. Вопросы. 1.Сформулировать диагноз и причину развития данного состояния. 2.Составить план лечения.	2.Лечение: инфузионная регидратация гипотоническим 0,45% раствором хлорида натрия. Скорость регидратации: первый час 1000-1500 мл физ. раствора; второй и третий час по 500-1000 мл физ. раствора; последующие часы по 250-500 мл физ. раствора при обязательном мониторировании ЦВД, ежечасного диуреза. Инсулинотерапия: режим непрерывной инфузии малых доз инсулина 0,05 ЕД на кг массы тела больного, при этом гликемия должна снижаться на 3-4 ммоль/л/ч. Когда гликемия снижается до 12-14 ммоль/л, к инфузионному раствору добавляют 5% р-р глюкозы (150-200 мл/ч). Коррекция электролитных расстройств.
3. В стационар госпитализирован мужчина 59 лет. После физического напряжения резко появились «кинжальная» боль внизу живота, слабость и позывы к дефекации. Со стулом выделилось значительное количество крови, в туалете потерял сознание. ЧСС 90 в мин., АД 125/90 мм рт ст. Живот болезнен при пальпации в левой подвздошной области. Лабораторные отклонения – анемия 95г/, тромбоциты 520х10.9/л, СРБ до 15 мг/л, температура тела не повышена. В анамнезе – сахарный диабет, артериальная гипертензия. Из факторов риска – курение много лет, общий холестерин 7,5 ммоль/л. Вопросы: 1.Какие инструментальные методы исследования необходимы для диагноза 2. Каков наиболее вероятный диагноз.	1. Необходимо провести следующие исследования: обзорная рентгенограмма брюшной полости, эндоскопия кишечника с биопсией. 2. Ишемический колит у больного пожилого возраста с отягощенным сердечно-сосудистым анамнезом и следствие в виде ишемической болезни органов пищеварения.
4. Мужчина 52 лет жалуется на боли в левой половине грудной клетки, возникшие при физической нагрузке, на садовом участке. Боль была давящего характера, прошла самостоятельно через 30 минут отдыха. Больше пациент не работал и сразу обратился к врачу, так как его отец перенес два инфаркт миокарда.	1. Для уточнения диагноза необходимо назначить: общий анализ крови, биохимические показатели крови, ЭКГ, ЭКГ с нагрузочным тестом. Назначить консультацию кардиолога.

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному: определяется бледность кожных покровов. Число дыханий 18 в мин., тоны сердца приглушены, расщепление II тона на основании АД 130/80 мм рт ст. При пальпации грудной клетки определяется болезненность 2-5 межреберных промежутков слева. 1.Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения диагноза. 2. Каков наиболее вероятный диагноз.	2. Необходимо провести дифференциальную диагностику между стенокардией напряжения, инфарктом миокарда и межреберной невралгией.
5. Пациент 50 лет жалуется на слабость, похудание, неустойчивый стул с тенденцией к поносам. Иногда в кале - примесь крови. Болеет несколько месяцев. Анализ крови обнаружил НЬ 100 г/л, на ЭКГ впервые выявлены изменения в виде фибрилляции предсердий тахисистолической формы. Содержание калия в сыворотке 3,4 ммоль/л. Сигмоидоскопия выявила язвенное поражение слизистой оболочки толстого кишечника. 1.Наиболее вероятный диагноз? 2.Проведите дифференциальную диагностику. 3. Оцените сопутствующую патологию.	1. Неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции, 2. Дифференцировать с сальмонеллезом, опухолью толстого кишечника. 3.Возможно на фоне гипокалиемии развилась фибрилляция предсердий, исключить ИБС.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

6.1. Основная литература:
(Библиотека ФИЦ ФТМ)

1. Кардиология: Руководство для врачей / Под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой.- М.: Медицина, 2004.- 848 с.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Руководство для врачей. В 3-х томах. Под общей редакцией Ф.И. Комарова. М.: Медицина, 1996.
3. Марини Джон Дж., Уиллер Артур П. Медицина критических состояний: Пер.с. англ..- М.: Медицина, 2002.- 992 с.
4. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.1. Диагностика органов пищеварения.- М.: Мед.лит-ра., 2005.- 560 с. с ил.

5. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Т.2. Лечение ревматических болезней. Лечение эндокринных болезней. Лечение болезней почек.- М.: Мед.лит-ра, 2006.- 608 с.
6. Маянский Д.Н. Лекции по клинической патологии, М., 1997.
7. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: Руководство. 3-е изд.-Спб; Питер, 2006.- 368 с.
8. Практические навыки терапевта. Практическое пособие для мед.ин-тов/ Г.П. Матвейков и др.- Мн.: Выш.шк., 1993.- 656 с.
9. Клиническая биохимия: учебное пособие /Под ред. В.А. Ткачука, М. ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 512 с.
10. Терапевтический справочник Вашингтонского университета / Под ред.Ч.Кэри, Х.Ли, К. Велтье.- Пер.с.англ.- М.: Практика-Липпинкотт, 2000.- 879 с.
11. Руководство по клинической иммунологии, аллергологии, иммуногенетике и иммуно-фармакологии / А.А. Михайленко, В.И. Коненков, Г.А. Базанов, В.И. Покровский / Под ред, В.И. Покровского. Т.1-11.- Тверь: ООО Изд-во «Триада», 2005.- 512с., Т.11.- 559 с.
12. Оганов Р.Г., Драпкина О.М. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. - № 15(4). - С. 4–9.
13.Хроническая обструктивная патология легких у взрослых и детей: Руководство для врачей/ Под ред. А.Н. Кокосова.- Спб.: Спец.Лит., 2004.- 304 с.
14. Оганов Р.Г., Симоненко В.И., Бакулин И.Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. - № 18(1). – С. 5-66.
15. Ларина В.Н., Барт Б.Я., Карпенко Д.Г., Старостин И.В., Ларин В.Г., Кульбачинская О.М. Полиморбидность и ее связь с неблагоприятным течением хронической сердечной недостаточности у амбулаторных больных в возрасте 60 лет и старше // Кардиология. – 2019. - № 59(12). – С. 25–36.
16. Физиология человека/Под ред. Е.Б.Бабского с соавт., М., 1985.
17. Тарловская Е.И. Коморбидность и полиморбидность -современная трактовка и насущные задачи, стоящие перед терапевтическим сообществом // Кардиология. – 2018. - № 58(9S). - С. 29-38.
18. 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH) // Российский кардиологический журнал. - 2018. - Т. 23, № 12. - С. 143-228.
19. Подымова С.Д. Болезни печени, «Медицина», 1984.
20. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева, М. ГЭОТАР-Медиа, 1978.
21. Артериальная гипертония в условиях Тюменского Севера. Десинхроноз и гиперактивность организма как факторы формирования болезни / Л.И.Гапон, Н.П.Шуркевич, А.С.Ветошкин, Д.Г.Губин. - М.: «Медицинская книга», 2009. - 208 с.
22. Биохимические основы патологических процессов: Учебное пособие для студентов мед. вузов / Под ред. Е.С.Северина. - М.: Медицина, 2000. - 304 с.
23. Болезни щитовидной железы. Пер. с англ. / Под ред. Л.И.Бравермана. - М.: Медицина, 2000. - 432 с.
24. Ван Вэй III Ч.В., Айертон-Джонс К. Секреты питания / Пер. с англ. - М.;СПб.: Изд-во «БИНОМ»-Изд-во «Диалект», 2006. - 320 с.
25. Васильев А.Г., Чурилов Л.П. Иммунология и иммунопатология / Электронное руководство: Для студентов мед. вузов, клинич. ординаторам, аспирантам и врачам. - СПб., 2004. - 40 с.
26. Витамины как основа иммунометаболической терапии / А.А.Савченко, Е.Н. Анисимова,

А.Г. Борисов, А.Е.Кондаков. - Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2011. - 213 с.
27. Галактионов В.Г. Иммунология: Учебник для студ. мед. вузов. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. Центр «Академия», 2004. - 528 с.
28. Домникова Н.П., Сидорова Л.Д., Непомнящих Г.И. Внутрибольничные пневмонии: Патоморфогенез, особенности клиники и терапии, критерии прогноза. - М.: Изд-во РАМН, 2003. - 287 с.
29. Ишемическая болезнь сердца, особенности клинического течения в условиях Крайнего Севера / Л.С.Поликарпов и др.; Отв. ред. В.Т.Манчук, И.П.Артюхов. - Красноярск: КрасГМУ, 2011. - 310 с.
30. Кабалова Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике / Под ред. В.С.Моисеева, Р.С.Карпова и др. - Новосибирск: Наука, 2009. - 300 с.
31. Клеточные технологии: Теоретические и прикладные аспекты: Сб. науч. трудов / Под ред. В.А.Козлова и др. - Новосибирск: Наука, 2009. - 300 с.
32. Клинико-профилактические аспекты применения ОМЕГА-3 жирных кислот в медицине / А.П.Васильев, Н.Н.Стрельцова, М.А.Секисова, Н.М.Сторожок. - Тюмень: Б.и., 2010. - 114 с.
33. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Г.Лолора-младшего, Т.Фишера и Д.Адельмана: Серия «Зарубежные практические руководства по медицине». Пер. с англ. - М.: Практика, 2000. - 806.
34. Латышева А.Н., Смирнова С.В., Колпакова А.Ф. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких: Особенности системы оксидант-антиоксидант. - Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2011. - 110 с.
35. Маев И.В., Казблин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. - М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. - 504 с.
36. Медицина катастроф: Учебное пособие для студентов высших мед. учебных заведений и врачей постдипломного образования / Под ред. И.К.Галеева и др. - Кемерово: Б.и., 1999. - 464 с.
37. Национальное руководство по радионуклидной диагностике / Под ред. Ю.Б.Лишманова, В.И.Чернова. - В 2-х т. - Томск: STT, 2010. - Т. 1. -290 с.; Т. 2. - 418 с.
38. Неотложные состояния. Диагностика и лечение: Справочное руководство / Под ред. Е.И.Чазова. - М.: Медицина, 2002. - 704 с.
39. Окислительный стресс: Патологические состояния и заболевания / Е.Б.Меньщикова, Н.К.Зенков, В.З.Ланкин и др. - Новосибирск: АРТА, 2008. - 284 с.
40. ОМЕГА-3 полиненасыщенные жирные кислоты в современной кардиологической практике / Н.Г.Гоголашвили, Р.А.Яскевич, М.В.Литвиненко и др. - Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2012. - 151 с.
41. Пальцев А.И. Хронический панкреатит. - Новосибирск: Изд-во СО РАН, НИЦ ОИГГМ, 2000. - 107 с.
42. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы / Под ред Л.Лилли; Пер. с англ. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. - 598 с.
43. Писарева Л.Ф., Коломиец Л.А. Рак желудка в регионе Сибири и Дальнего Востока. Факторы риска. - Томск: STT, 2001. - 276 с.
44. Практические аспекты диагностики и лечения иммунных нарушений: Руководство для врачей / В.А.Козлов, А.Г.Борисов, С.В.Смирнова, А.А.Савченко. - Новосибирск: Наука, 2009. - 274 с.
45. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени билиарной системы. - СПб.: Изд-во «Диалект»; М.: Изд-во БИНОМ, 2005. - 864 с.: ил.
46. Растения в комплексной терапии опухолей / Е.Д.Гольдберг, Т.Г.Разина, Зуева и др. М.: Изд-во РАМН, 2008. - 232 с.

47. Роль свободнорадикальных и метаболических процессов в патогенезе сахарного диабета 1 типа: монография / А.А.Савченко, Н.М.Титова, Т.Н.Субботина и др. - Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012. - 269 с
48. Система цитокинов и болезни органов дыхания / Под ред. Б.И.Гельцера, Е.В.Просековой. - Владивосток: Дальнаука, 2005. - 256 с.
49. Скальный А.В., Быков А.Г. Эколого-физиологические аспекты применения макро- и микроэлементов в восстановительной медицине. - Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2003. - 198 с.
50. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитофармакология: Руководство для врачей. - М.: Мед. Информ. Агенство, 2000. - 976 с.
51. Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Барбараш Л.С. Инфаркт миокарда. - Кемерово: Кем. кн. Изд-во, 2001. - 327 с.
52. Тепляков А.Т., Куликова Н.В. Реабилитация больных хронической сердечной недостаточностью. - Томск: STT, 2010. - 284 с. / Для аспирантов и ординаторов/
53. Тепляков А.Т., Нестеров Ю.И. Первичная артериальная гипертензия. - Томск: Изд-во Том.ун-та, 2003. - 380 с.
54. Туберкулез и внутренние болезни: Учебное пособие / А.С.Свистунова, Н.Е.Чернеховская, В.И.Чуканов и др.; Под ред. А.С.Свистуновой, Н.Е.Чернеховской. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 512 с.
55. Удалова Т.П., Мусселиус Ю.С. Синдромная патология, дифференциальная диагностика с фармакотерапией: Учебное пособие. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006. - 416 с.
56. Урсов И.Г. Эпидемиология туберкулеза и диспансеризация населения. - Новосибирск: ГП «Новосиб.полиграфкомбинат», 2003. - 182 с.
57. Чурин Б.В., Чурин В.Б. Некоторые разделы гастроэнтерологии и гепатологии: Диагностика в алгоритмах и таблицах: Учебное пособие. 2-е изд., доп. и обновл. - Новосибирск: Новосиб. гос. ун-т, 2008. - 134 с.
58. Чурин Б.В., Чурин В.Б. Гастроэнтерология и гепатология. Избранные лекции. - Новосибирск: Новосиб. гос. ун-т, 2012. - 354 с.
59. Чурин Б.В., Чурин В.Б. Диагностика и лечение внутренних болезней в зрелом, пожилом и старческом возрасте. Клинические лекции. - Новосибирск: ИНЦ НГУ, 2016. - 238 .
60. Шкурупий В.А. Туберкулезный гранулематоз. Цитофизиология и адресная терапия. - М.: Изд-во РАМН, 2007. - 536 с.
61. Адаптация и здоровье. Теоретические и прикладные аспекты: коллективная монография
/ Э.М. Казин, С.Б. Лурье, В.Г. Селятицкая и др.; Отв.ред. Э.М. Казин.- Кемерово: Изд-во КРИПКиПРО, 2008.- 299 с.
62. Алиментарная дислипидемия: экспериментально- морфологические аспекты / Т.П. Новгородцева, Л.М. Сомова, Т.А. Гвозденко.- Владивосток: Изд-во Дальневост. Федер. ун-та, 2011.- 168 с.
63. Аршавский И.А. физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития (основы негэнтропийного онтогенеза). - М.: Наука, 1982. - 270 с.
64. Болезни щитовидной железы. Пер. с англ. /Под ред. Л.И. Бравермана. - М.: Медицина, 2000. - 432 с.
65. Боль. Молекулярная нейроиммуноэндокринология и клиническая патофизиология / К.И.Прошаев, А.Н. Ильницкий, И.В. Князькин, И.М. Кветной. СПб.: Изд-во ДЕАН. - 2006. - 304 с.
66. Гепато-иммуно-эпифизарная ось межсистемных взаимодействий. Мелатонин и структурнофункциональные изменения печени и иммунной системы при ожирении и сахарном диабете 2 типа / С.В. Мичурина, А.Ю. Летягин, А.В. Шурлыгина и др.- Новосибирск: Изд.дом « Манускрипт», 2019.- 304 с.

67. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньщикова Е.Б. Окислительный стресс: Биохимический и патофизиологический аспекты. М.: МАИК «Наука/Интерпериодика», 2001. - 343 с.
68. Йод и здоровье населения Сибири /М.Ф. Савченко, В.Г. Селятицкая, С.И. Колесников и др. - Новосибирск: Наука, 2002. - 278 с.
69. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск: Наука, 1980. - 192 с.
70. Казначеев В.П. , Непомнящих Г.И. Мысли о проблемах общей патологии на рубеже XX1 века.- Препринт.- Новосибирск: НЦКЭМ СО РАМН, 2000.- 47 с.
71. Кайгородова Е.В., Рязанцева Н.В., Новицкий В.В. Апоптоз и белки теплового шока.- Томск: Изд-во « Печатная мануфактура», 2012.- 180 с.
72. Калмыкова А.И., Селятицкая В.Г., Пальчикова Н.А., Бгатова Н.П. Клеточные и системные механизмы действия пробиотиков. Эффективность применения жидких пробиотиков в комплексной коррекции дисбиотических нарушений. - Новосибирск, 2007. - 280 с.
73. Кейль В.Р. Здоровье трудящихся промышленных предприятий Севера: Стратегия разработки оздоровительных программ /В.Р. Кейль, И.Ю. Кузнецова, И.М. Митрофанов и др. - Новосибирск: Наука, 2005. - 231 с.
74. Кейль В.Р. Состояние здоровья работников алмазодобывающей промышленности Якутии /В.Р. Кейль, Ю.А. Николаев, В.Г. Селятицкая, В.А. Шкурупий. - Новосибирск: Наука, 2009. - 168 с.
75. Кривощеков С.Г., Охотников С.В. Производственные миграции и здоровье человека на Севере. - Москва — Новосибирск, 2000. - 118 с.
76. Механизмы патологических реакций / Под ред. Е.Д. Гольдберга, Л.В. Полуэктова.- Омск: Омский мед.институт,1988. - 117 с.
77. Непомнящих Г.И., Непомнящих Д.Л. Вибрационные органопатии: морфогенез и пато-морфология.- М.: Изд-во РАМН, 2014.- 252 с.
78. Основы физиологии функциональных систем /Под ред. К.В. Судакова. - М.: Медицина, 183. - 272 с.
79. Патофизиология психических расстройств.- Томск: Изд. ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006.- 262 с.
80. Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А. Ишемическое прекондиционирование миокарда (патофизиологические и клинические аспекты).- Тюмень: РГ- Проспект, 2005.- 152 с.

6.2. Дополнительная литература

Арьев А.Л., Овсянникова Н.А., Арьева Г.Т., Дзахова С.Д., Хавинсон В.Х. Полиморбидность в гериатрии // Практическая онкология. – 2015. - № 16(3). – С. 83-90.

Астахова А.В., Лепахин В.К. Неблагопрятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств: Руководство по фармаконадзору.- М.: «Когито-центр», 2004-200с.

Базисная и клиническая фармакология в 2 томах/ Пер. с англ., Бертрам Г., Катцунг, Москва,С.Петербург 1999

Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю. Основы фармакоэкономических исследований. Система обучения проведения фармакоэкономических исследований / Учебное пособие, Москва ,2000,-44с.

Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Введение в клиническую фармакологию – М.: ООО «Медицинское Информационное Агентство» 2002, -128с.

Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с.

Благова О.В., Гиляров М.Ю., Недоступ А.В. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / Под ред. В.А. Сулимова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 448 с.

Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш., Неминущий Н.М. Внезапная сердечная смерть, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 272 с.

Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / под ред. А.Дж. Кэмм, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса. Перевод с англ. / Под ред. Е.В. Шляхто, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.

Бондаренко В.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы, М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 304 с.

Бэйкер Э., Лай Д. Респираторная медицина. Секреты клинических разборов. Серия «Секреты клинических разборов» Перевод с англ. / Под ред. С.И. Овчаренко, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 464 с.

Вакцины и вакцинация. Национальное руководство / под. Ред. В.В. Зверева, Б.Ф. Семенова, Р.И. Хаитова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.

Вальтера Зидек Артериальная гипертензия/ под ред. Д.А. Аничкова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.

Верткин А.Л. Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей. ООО «Издательство «Эксмо», 2015. – 101 с.

Власов В.В. Введение в доказательную медицину М.: Медиа Сфера, 2001,- 392 с.

Воробьев А.В., Быков А.С., Пашков Е.П., Рыбакова А.М. Микробиология Медицина 2003, 336 с.

Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания: руководство (серия «Биб-лиотека врача-специалиста») / Под ред. Ю.Г. Аляева, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с.

Гастроэнтерология. Гепатология (серия «Внутренние болезни по Дэвид-сону») под ред. В.Т. Ивашкина, под общей ред. Н.А. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 192 с.

Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под редщ. В.Т. Ивашкина, Т.Л.Лапиной, М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с.

Гепатиты. Рациональная диагностика и терапия: руководство, под ред. М. Фукса. Перевод с нем. / Под ред. А.О. Буеверова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.

Гинтер Е.К. Медицинская генетика Медицина 2003,448 с

Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение), М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.

Государственный реестр лекарственных средств М.; Книжная палата, 1996. - 608с.

Давыдкин И.Л., Куртов И.В., Хайретдинов Р.К., Степанова Т.Ю., Гриценко Т.А., Кривова С.П. Болезни крови в амбулаторной практике, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 192 с.

Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчно-каменная болезнь (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.

Дехнич Н.Н., Козлов С.Н. Антисекреторная терапия в гастроэнте-рологии (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 126 с.

Джереми Уорд, Джейн Уорд, Ричард Лич, Чарльз Винер Наглядная пульмонология / Перевод с англ. В.Ю. Халатова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 112 с.

Диссеменированные заболевания легких/ Под ред. М.М. Ильковича, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.

Екушева Е.В. Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2018. - № 11. – С. 26-29.

Ермоленко В.М., Николаева А.Ю. Острая почечная недостаточность. (Серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.

Ершов Ф.И. Интерфероны и их индукторы, М. ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 368 с.

Заболевания периферических артерий Под ред. Э.В. Молера III, М.Р. Джаффа, Перевод с англ. / Под Ред. М.В. Писарева, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.

Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Механизмы развития болезней и синдромов / «Элби-СПб) Санкт-Петербург 2001 г.

Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Патофизиология / «Элби-СПб) Санкт-Петербург 2001 г.

Затейщиков Д.А., Зотова И.В., Данковцева Е.Н., Сидоренко Б.А. Тромбозы и антитромботическая терапия при аритмиях / Практика Москва 2011, 357 с.

Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Осложнения фармакотерапии Медицина 2003, 544 с

Зильбер З.К. Неотложная пульмонология (серия «Библиотека врача- специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 264 с.

Кардиология. Гематология (серия «Внутренние болезни по Дэвидсону») под общей ред. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 288 с.

Клинические рекомендации. Остеопороз. / Под ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.

Клинические рекомендации. Ревматология./ Под ред. С.Л. Насонова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.

Клинические рекомендации и фармакологический справочник. Выпуск 1 / Под ред. И.Н.Денисова, Ю.А. Шевченко, М. Изд. Дом «ГЭОТАР-МЕД» 2004, 1184с.

Клинические рекомендации. Пульмонология. / Под ред. А.Г. Чучалина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 336 с.

Клиническая фармакология. / Под ред. В.Г. Кукеса. М.: Медицина,1999.

Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С. Артериальная гипертония: ключи к диагностике и лечению (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 864 с.

Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.

Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации, 2017 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. - № 16(6). – С. 5-56.

Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации, 2019 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. - № 18(1). – С. 5-66.

Котельников Г.П., Ларцев Ю.В. Остеоартроз (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.

Котельников Г.П., Шпигель А.С. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика: Монография.- Самара, Сам ГМУ,2000,- 116с.

Крис А. ОКаллагхан Наглядная нефрология / Под ред. Е.М. Шилова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 128 с.

Кукес В.Г., Грачев С.В., Сычев Д.А., Раменская Г.В. Метаболизм лекарственных средств. Научные основы персонализированной медицины, М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 304 с.

Лесков В.П., Чередеев А.Н., Горлина Н.К., Новоженов В.Г. Клиническая иммунология для врачей «Медицина» 2005. - 144 с.

Лоуренс Д.Р., Беннетт П.Н., Браун М.Дж. Клиническая фармакология: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2002. — 680 с.

Льюис С.М., Бэйн Б, Бэйтс И. Практическая и лабораторная гематология / Под ред. А.Г. Румянцева, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с.

Люсов В.А., Колпаков Е.В. Аритмии сердца терапевтические и хирур-гические аспекты, М. «ГЭОТАР-Медиа» 2009, 399 с.

Макаров О.В., Николаева Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных, М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.

Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 768 с.

Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни «Медицина» 2005, 592 с.

Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Казаковцева М.В. Влияние полиморбидности у пожилых больных с фибрилляцией предсердий на «стоимость болезни» // Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. – 2019. - № 12 (3). – С. 191-199.

Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.

Марри Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. Биохимия человека в 2 томах/ пер. с англ. – М.; «МИР» БИНОМ, Лаборатория знаний 2009.

Мкртчян В.Р. Клиническая фармакология средств, улучшающих энергетический метаболизм миокарда /учебное пособие/, Москва 2008

Мкртчян В.Р., Орлов В.А. Атеросклероз и его лечение антигипер-липидемическими средствами /учебное пособие/, Москва 2004, 36с.

Молекулярная эндокринология. Фундаментальные исследования и их отражение в клинике : Пер. с англ./Под ред. Б.Д. Вайнтрауба — М. : Медицина, 2003. — 496 с.

Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. и др. Диагностика и лечение болезней почек, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 384 с.

Наточин Ю.В., Мухин Н.А. Введение в нефрологию. М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

Неотложная помощь в терапии и кардиологии / Под ред. Ю.И. Гринштейна, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 224 с.

Нефрология. Национальное руководство/ Под ред. Н.А. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 696 с.

Нефрология. Ревматология. Серия «Внутренние болезни по Дэвид-сону» / Под ред. Н.А.Буна Н.Р. Колледжа, Б.Р. Уолкера, Д.А.А. Хантера. Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.

Оковитый С.В., Безбородкина Н.Н., Улейчик С.Г., Шуленин С.Н. Гепатопротекторы: руководство, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.

Павлов А.Д., Моршакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоэз, эритропоэ-тин, железо, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 304 с.

Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблем-ный подход, перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 358 с.

Петров Р.В. Иммунология. М.: Медицина, 1987.

Плейфейер Дж. Х.Л., Чейн Б.М. Наглядная иммунология / Под. Ред. А.В. Караулова, М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 120 с.

Погосова Г.В., Поздняков Ю.М., Колтунов И.Е. Ишемическая болезнь снрдца, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 112 с.

Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/ под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козловой, Москва 2002.

Пульмонология (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону») / Под общ. Ред. Н.А. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

Респираторная медицина. Руководство в 2 томах / Под ред. А.Г. Чучалина , М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1616 с.

Риквин В.Л. Амбулаторная колонопроктология (серия «Библиотека врача-специалиста»), М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 96 с.

Руководство по нефрологии /Под ред. Роберта В. Шрайера / перевод с англ. Под ред. Н.А. Мухина, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560 с.

Руксин В.В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: краткое руководство, М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 192 с.

Руксин В.В. Неотложная кардиология, М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.

Середенин С.Б. Лекции по фармакогенетике - М.: « Медицинское информационное агентство», 2004, - 303 с.

Современные клинические рекомендации по антибактериальной терапии Выпуск 1 / под ред. Л.С.Страчунского, А.В. Дехнича . Смоленск, МАКМАХ , 2004- 384с.

Соколов В.А. Дорожно-транспортные травмы, М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.

Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. М.: Медицина, 1984.

Тарловская Е.И. Проблема полиморбидности — вызов современной медицине // Терапия. – 2017. - № 2(12). – С. 4-14.

Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (Формулярная система) Выпуск 4, М.: Медиа, 2005- 968с.

Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В. Клиническая фармакология и фармакотерапия в таблицах, схемах и алгоритмах (разделы: основы клинической фармакологии, кардиология) М.: Медицина, 2004. - 116 с.

Филоненко С.П., Якушин С.С. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с.

Фисенко В.П. Клинические исследования в Российской Федерации // Клинические исследования лекарственных средств в России.- 2001-№2,с.2-8.

Хвещук П.В.,Рудакова А.В. Формуляр лекарственных средств: методоло-гия разработки СПб.: В.МЕДА, 2002. –183 с.

Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэдрей У.С. Введение в гепатологию, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 704 с.

Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэдрей У.С. Вирусные гепатиты и холеста-тические заболевания, Под. Ред. В.Т. Ивашкина, Е.А. Климовой, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 408 с.

Чефранова Ж.Ю. Идиопатическая артериальная гипотензия. Клиника. Диагностика. Лечение, М: «Медицина», 2005. – 100 с.

Элленхорн М. Дж. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека : В 2 томах. Т. 1: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2003. — 1048 с.

Юджин Р., Шифф, Майкл Ф. Соррел, Уиллис С. Мэддрей Алкогольные, лекарственные, генетические и метаболические заболевания: руководство, М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.

Ahmadi B, Alimohammadian M, Yaseri M, Majidi A, Boreiri M, Islami F, Poustchi H, Derakhshan MH, Feizesani A, Pourshams A, Abnet CC, Brennan P, Dawsey SM, Kamangar F, Boffetta P, Sadjadi A, Malekzadeh R. Multimorbidity: Epidemiology and Risk Factors in the Golestan Cohort Study, Iran: A Cross-Sectional Analysis. Medicine (Baltimore). – 2016. - № 95(7). - e2756.

Buffel du Vaure C., Ravaud P., Baron G., Barnes C., Gilberg S., Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis // BMJ Open. – 2016. - № 6(3). - e010119.

Clinical Guidelines. Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016. – 23 p.

Grandl G, Wolfrum C. Hemostasis, endothelial stress, inflammation, and the metabolic syndrome // Semin Immunopathol. – 2018. - № 40(2). – P. 215-224.

Excoffier S, Paschoud A, Haller DM, Herzig L. Multimorbidity in family medicine // Rev Med Suisse. – 2016. - № 12(518). – P. 917-921.

Exner A, Kleinstäuber M, Maier W, Fuchs A, Petersen JJ, Schäfer I, Gensichen J, Riedel-Heller SG, Weyerer S, Bickel H, König HH, Wiese B, Schön G, Scherer M, van den Bussche H, Terluin B. Cross-cultural validation of the German version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in multimorbid elderly people // Qual Life Res. – 2018 - № 27(10). – PP. 2691-2697.

Fabbri E, Zoli M, Gonzalez-Freire M, Salive ME, Studenski SA, Ferrucci L. Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research // Journal of the American Medical Directors Association. – 2015. - № 16 (8). – P. 640–647.

Katikireddi SV, Skivington K, Leyland AH, Hunt K, Mercer SW. The contribution of risk factors to socioeconomic inequalities in multimorbidity across the lifecourse: a longitudinal analysis of the Twenty-07 cohort // BMC Med. – 2017. - № 15. – P. 152.

Ki M, Lee YH, Kim YS, Shin JY, Lim J, Nazroo J. Socioeconomic inequalities in health in the context of multimorbidity: a Korean panel study // PLoS One. – 2017. - № 12. – P. 0173770.

Liu J, Ma J, Wang J, Zeng D D, Song H, Wang L. Comorbidity Analysis According to Sex and Age in Hypertension Patients in China // Int J Med Sci. – 2016. -№ 13(2). – C. 99–107.

Martín-Lesende I, Viviane-Wunderling P, Pinar T, Borghesi F, Aguirre T, Recio M, Martínez ME. Mortality in a cohort of complex patients with chronic illnesses and multimorbidity: a descriptive longitudinal study // BMC Palliat Care. – 2016. - № 15. – P. 42.

Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, Higgins M, Little P, Fitzpatrick B, Watt GCM. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations // Ann Fam Med. – 2018. - № 16(2). – P. 127-131.

Mounce LTA, Campbell JL, Henley WE, Tejerina Arreal MC, Porter I, Valderas JM. Predicting Incident Multimorbidity // Ann Fam Med. – 2018. - № 16(4) – P. 322-329.

Nicholson K, Almirall J, Fortin M. The measurement of multimorbidity // Health Psychol. - 2019. – №- 38(9). – P. 78Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) // Health Policy. – 2018. - № 122(1). – P. 4-11.

Noe G, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M. et al. Global Multimorbidity Patterns: A Cross-Sectional, Population-Based, Multi-Country Study // The Journals of Gerontology. - 2016. - № 71 (2). – P. 205–214.

Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS) // Eur J Intern Med. – 2015. - № 26(3). – P. 157–159.

Quinodoz A, Déruaz-Luyet A, N'Goran AA, Herzig L. Prioritization strategies in the care of multimorbid patients in family medicine // Rev Med Suisse. – 2016. - № 12(518). – P. 928-931.

Quiñones AR, Markwardt S, Botoseneanu A. Multimorbidity combinations and disability in older adults // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2016. - № 71(6). – P. 823-830.

Pathirana TI, Jackson CA. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis // Aust N Z J Public Health. – 2018. - № 42(2). – P. 186-194.

Pautex S, Weber C. Integration of a palliative care approach in the management patients with polymorbidity // Rev Med Suisse. – 2016. - № 12(518). – P. 932-936.

Roberts KC, Rao D., Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada // Health Promot Chronic Dis Prev Can. – 2015. – № 35(6). – P. 87-94.

Sao R, Aronow WS. Association of non-alcoholic fatty liver disease with cardiovascular disease and subclinical atherosclerosis // Arch. Med.Sci. – 2018. - № 14(6). – P. 1233-1244.

Scherer M, Hansen H, Gensichen J, Mergenthal K, Riedel-Heller S, Weyerer S, Maier W, Fuchs A, Bickel H, Schön G, Wiese B, König HH, van den Bussche H, Schäfer I. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study // BMC FAM Pract. – 2016. - № 17(1). – C. 68.

Schiotz ML, Stockmarr A, Host D, Glumer C, Frolich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity—a register-based population study // BMC Public Health. – 2017/ - № 17. – P. 422.

Schöttker B, Saum K.U, Jansen EH, Holleczek B, Brenner H. Associations of metabolic, inflammatory and oxidative stress markers with total morbidity and multi-morbidity in a large cohort of older German adults // Age Ageing. – 2016. - № 45(1). – P. 127–135.

Sum G, Salisbury C, Koh GC, et al. Implications of multimorbidity patterns on health care utilisation and quality of life in middle-income countries: cross-sectional analysis // J.Glob.Health. 2019. - Vol. 9(2). - P.020413.

Turner A, Mulla A, Booth A, Aldridge S, Stevens S, Battye F et al. An evidence synthesis of the international knowledge base for new care models to inform and mobilise knowledge for multispecialty community providers (MCPs) // Systematic Reviews. – 2016. - № 5 (1). – P. 167.

Willadsen T.G., Siersma V., Nicolaisdóttir D.R., Køster-Rasmussen R., Jarbøl D.E., Reventlow S., Mercer S.W., Olivarius N.F. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study // J Comorb. - 2018. - № 14;8(1). - P. 2235042X18804063.

Wei MY, Mukamal KJ, Multimorbidity MKJ. Multimorbidity, mortality, and long-term physical functioning in 3 prospective cohorts of community-dwelling adults // Am J Epidemiol. - 2018. - № 187. – P. 103–112.

Wittenberg R. The challenge of measuring multi-morbidity and its costs // Isr J Health Policy Res. – 2015. - № 4. – P. 1.

Violán C, Roso-Llorach A, Foguet-Boreu Q, Guisado-Clavero M, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Valderas JM. Multimorbidity patterns with K-means nonhierarchical cluster analysis // BMC Fam Pract. – 2018. - № 19(1). – P. 108.

6.3. Клинические рекомендации

КР 290	Сахарный диабет 2 типа у взрослых	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/970*
КР 612	Семейная гиперхолестеринемия	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/940*
КР 613	Старческая астения	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/942*
КР 601	Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/907*
КР 603	Хроническая обструктивная болезнь легких	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/908*
КР 604	Грипп у взрослых	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/909*
КР 386	Желудочковые аритмии у взрослых	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/244*
КР 400	Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/708*
КР251	*Подагра*	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/174*
КР79	ВИЧ-инфекция у взрослых	*http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/899*

6.4. Методические руководства

МР100	Стандарты лечебного питания https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0100.PDF
МР102	Техника инъекций и инфузии при лечении сахарного диабета https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0102.PDF
МР103	Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0103.PDF
МР104	Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0104.PDF
МР105	Венозный доступ

	https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0105.PDF
MP106	Лекарственный мониторинг и взаимозаменяемость оригинальных и генерических иммунодепрессантов с узким терапевтическим индексом https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0106.PDF
MP107	Системная токсичность местных анестетиков https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0107.PDF
MP108	Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (для врачей первичного звена здравоохранения) https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0108.PDF
MP109	Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0109.PDF
MP110	Судебно-медицинская экспертиза отравления алкоголем https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0110.PDF
MP112	Применение неинвазивной вентиляции легких https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0112.PDF

6.5. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Наименование ресурса	Краткая характеристика
Официальный сайт ФИЦ ФТМ: https://frcftm.ru/	содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно- методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация
Министерство здравоохранения и социального развития РФ: Документы. https://www.rosminzdrav.ru/documents	официальный сайт Министерства здравоохранения РФ, содержащий банк документов
Российская государственная библиотека http://www.rsl.ru	официальный сайт Российской государственной библиотеки

КнигаФонд http://www.knigafund.ru/	электронно- библиотечная система. В собрании «КнигаФонда» представлены десятки тысяч актуальных электронных учебников, учебных пособий, научных публикаций, учебно-методических материалов, научных публикаций и периодических изданий
Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) http://library.ngmu.ru/	обеспечивает обучающихся доступом к электронным научным и образовательным ресурсам. Фонд ЭБС НГМУ представлен полнотекстовыми электронными ресурсами, изданных в НГМУ, КрасГМУ, СОГМА, НГТУ, НГПУ
ClinicalKey https://www.clinicalkey.com/#!/	в электронной библиотеке представлены руководства, учебники, справочники, журналы по медицинским специальностям, клинические рекомендации практические навыки, видеоклипы
Федеральная электронная медицинская библиотека http://feml.scsml.rssi.ru/feml	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в качестве справочной системы
Большая медицинская библиотека http://med-lib.ru/	Некоммерческий проект. На сайте предоставлены бесплатные справочники, энциклопедии, книги, монографии, рефераты, англоязычная литература, тесты
Научная электронная библиотека http://www.elibrary.ru/	Журнальная база данных содержит информацию о содержании свыше 700 научных медицинских журналов – российских и зарубежных. Многие описания публикаций снабжены рефератами. Отдельные статьи представлены в полнотекстовом варианте
MedLinks.ru http://www.medlinks.ru/	Медицинская библиотека он-лайн. Свободный доступ к полным текстам.
Медицина в Интернет http://www.rmj.ru/internet.htm	Каталог ресурсов на сайте «Русского медицинского журнала». Среди разделов каталога: «Медицинские серверы», «Медицинские журналы», «Медицинские учреждения России», «Частные медицинские страницы» и др.
Consilium Medicum http://www.consilium-medicum.com/	Сайт содержит обширный каталог медицинских ресурсов для специалистов (раздел «Интернет-навигатор»): ссылки на сайты по различным областям медицины, профессиональные газеты и журналы, научно-исследовательские организации, видеоконференции.

КиберЛенинка. http://cyberleninka.ru/	научная электронная библиотека, основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки
Free Medical Journals http://www.freemedicaljournals.com/	Каталог ссылок на зарубежные медицинские журналы, открытые для свободного доступа к полным текстам статей.
High Wire. Library of the Sciences and Medicine http://highwire.stanford.edu/	На сайте издательства Стэндфордского университета представлена крупная база журнальных статей. Отдельные журналы полностью открыты для свободного доступа
BioMed Central http://www.biomedcentral.com	Электронный архив открытого доступа к результатам исследований в области медицины, биологии и техники. Портфель включает статьи из более двух сотен рецензируемых журналов
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	содержит более 19 миллионов ссылок на статьи из биомедицинских журналов и MEDLINE . Записи могут содержать ссылки на полные тексты статей из PubMed или сайты издателей

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины

7.1. Перечень помещений и оборудования для проведения аттестационных испытаний

№	Помещение (площадь)	Перечень оборудования	Адрес, наименование организации
1.	Лекционный зал - ком. 403	Технические средства обучения: Компьютер Asus – 1 шт. Учебная мебель: Стол – 8 шт. Кресло компьютерное- 1 шт. Стулья – 12 шт. Перечень лицензионного программного обеспечения: Linux Mint, Libra Office Помещение обеспечено доступом к сети «Интернет» и электронной информационно-образовательной среде ФИЦ ФТМ.	ФГБНУ ФИЦ ФТМ, Ул. Тимакова, д. 2
2	Конференц-зал, ком. 4.215	Ноутбук Asus F3Ka TL60 (1 шт.); проектор Epson EB-93 (1 шт.).	ФГБНУ ФИЦ ФТМ, Ул. Тимакова, д. 2

3	Помещение для самостоятельной работы обучающихся № 409	Технические средства обучения: Компьютер Asus – 1 шт. Компьютер Interlink – 4 шт. Специализированная мебель: Стол компьютерный – 10 шт. Кресло компьютерное-10 шт. Стол – 1 шт. Стул – 1 шт. Перечень лицензионного программного обеспечения: Linux Mint, Libra Office Помещение обеспечено доступом к сети «Интернет» и электронной информационно-образовательной среде ФИЦ ФТМ.	ФГБНУ ФИЦ ФТМ, Ул. Тимакова, д. 2

Приложение 1

ФОНД АТТЕСТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ)

Специальность:
31.08.49 «Терапия» – ординатура

Уровень высшего образования:
подготовка кадров высшей квалификации

Новосибирск

2023 г.

В результате освоения программы ординатуры у выпускников должны быть сформированы следующие компетенции:

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (УК)	
Системное и критическое мышление	
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	
УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала
Коммуникация	
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	
УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (ОПК)	
Деятельность в сфере информационных технологий	
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9	Способен проводить анализ медико- статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (ПК)	
Медицинская деятельность	
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и

	дневного стационара
Организационно- управленческая деятельность	
ПК-2	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	
ПК-3	Способен осуществлять научно-исследовательскую и педагогическую деятельность на основе научных знаний

2. Критерии и шкалы оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырехбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы. Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов(тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

1.Вид оценочного средства: контрольные вопросы:

1.Правовые аспекты оказания терапевтической медицинской помощи населению в Российской Федерации
2. Организация экспертизы трудоспособности
3. Современные информационные технологии в терапии
4. Виды и структура диагноза
5. Последовательность обследования пациента
6. Дифференциальный диагноз
7. Профилактика, лечение, реабилитация как единая система сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека
8. Физикальные методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией
9.Лабораторные методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией
10.Инструментальные методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией
11. Диагностические возможности ангиокардиографии
12. Диагностические и функциональные возможности радионуклидных методов исследования
13.Атеросклероз. Методы диагностики атеросклероза. Лечение. Профилактика
14. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Методы диагностики. Лечение. Профилактика
15.Инфаркт миокарда. Лечение. Профилактика

16.Гипертоническая болезнь. Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте.
17. Диагностическое значение различных методов исследования при гипертонической болезни
18. Профилактика гипертонической болезни.
19. Нефрогенные гипертонии вследствие воспалительного поражения почек
20.Реноваскулярные гипертонии (атеросклероз почечных артерий, фибромышечная дисплазия, неспецифический аортоартериит).
21.Артериальные гипертонии вследствие поражения сердца и крупных сосудов (коарктация аорты, атеросклероз аорты, поражение сонных и позвоночных артерий, недостаточность аортального клапана, полная а-в блокада).
22.Эндокринные гипертензии (первичный гиперальдостеронизм, феохромацитома, болезнь Иценко-Кушинга).
23.Центрогенные артериальные гипертонии (энцефалиты, опухоли, травмы черепа и др.).
24.Артериальные гипертонии, связанные с приемом лекарственных средств (АТТГ и кортикостероиды, гормональные контрацептивы, другие лекарственные средства).
25.Артериальные гипертонии у беременных (поздний токсикоз беременных, эклампсия)
26. Синдром вегетативной дисфункции (НЦД). Диагностика. Лечение. Профилактика
27.Тахикардии
28.Тахиаритмии
29.Сердечная недостаточность. Лечение. Профилактика
30. Врожденные пороки сердца. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения врожденных пороков сердца.
31.Миокардиты. Ревматические. Неревматические. Инфекционные. Неинфекционные (при аллергических и токсических реакциях, при химических и физических воздействиях).
32. Дистрофия миокарда (вторичные КМП). Дисгормональная дистрофия миокарда. Токсическая дистрофия миокарда. Дистрофия миокарда вследствие физического перенапряжения.
33. Кардиомиопатии. Дилатационная кардиомиопатия. Гипертрофическая кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия.
34. Инфекционный эндокардит.Лечение.Профилактика.
35. Перикардиты**.** Острый фибринозный перикардит. Выпотный перикардит без тампонады сердца. Выпотный перикардит с тампонадой сердца. Хронический констриктивный перикардит. Лечение. Профилактика.
36. Амилоидоз сердца**.** Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика
37. Интенсивная терапия и реанимация при прекращении кровообращения.
38. Острая сердечная недостаточность. Принципы интенсивной терапии.
39. Диагностика болезней органов дыхания.
40. Бронхит. Бронхит острый. Лабораторная и функциональная диагностика. Лечение. Профилактика.
41. Бронхиальная астма. Диагностика бронхиальной астмы. Лечение.
42. Пневмонии. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика пневмоний. Диспансеризация перенесших пневмонию.
43. Абсцесс легкого. Классификация. Диагностика. Возрастные особенности течения заболевания. Лечение острого абсцесса.
44.Стафилококковая деструкция легких. Особенности лечения.
45.Хронический абсцесс легкого. Возрастные особенности течения заболевания. Дифференциальная диагностика. Лечение хронического абсцесса. Реабилитация. Диспансеризация. МСЭ.

46.Бронхоэктатическая болезнь. Диагностика. Лечение. Профилактика. Первичная. Вторичная. Диспансеризация. МСЭ.
47. Хроническая дыхательная недостаточность. Диагностика. Лечение. Реабилитация. МСЭ.
48. Легочное сердце**.** Определение понятия «легочное сердце». Классификация. Стадии сердечной недостаточности при легочном сердце. Лечение хронического легочного сердца. Профилактика легочного сердца у подростков, в пожилом и старческом возрасте. Первичная. Вторичная. Прогноз. Реабилитация больных с легочным сердцем. МСЭ.
49.Первичная легочная гипертония (болезнь Айерса). Лабораторная и функциональная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ. Диспансеризация.
50. Эмфизема легких**.** Лечение эмфиземы легких. Профилактика. Первичная. Вторичная. Диспансеризация. МСЭ.
51. Болезни плевры. Клиника плевритов различной этиологии. Лечение. Диспансеризация реконвалесцентов. МСЭ.
52. Наследственный дефицит CX_1-антитрипсина. Кисты. Диагностика, функциональная и рентгенологическая. Лечение.
53.Поликистоз. Функциональная и рентгенологическая диагностика. Лечение. Реабилитация. МСЭ.
54.Муковисцидоз. Лабораторная, функциональная и рентгенологическая диагностика. Лечение. Реабилитация. МСЭ.
55.Профилактика наследственных заболеваний органов дыхания.
56. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром или болезнь Хаммена-Рича). Лабораторная и функциональная диагностика. Лечение.МСЭ. Диспансеризация.
57**.** Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии
58. Современные методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения
59.Гастриты. Лечение.Реабилитация. Диспансеризация. МСЭ.
60. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация язвенной болезни. Осложнения язвенной болезни. Перерождение язвы в рак. Деформация и стеноз. Кровотечение. Прободение. Пенетрация. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Профилактика язвенной болезни. Реабилитация. Диспансеризация больных язвенной болезнью. МСЭ.

61.Болезни оперированного желудка (патогенез, клиника, лечение). Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Пептические язвы анастомоза. Метаболические нарушения. Принципы этапного лечения больных, перенесших резекцию желудка. МСЭ.
62.Рак желудка. Классификация. Ранняя симптоматика. Дифференциальный диагноз. Методы инструментального обследования.
63. Атония пищевода. Аномалии развития. Ахалазия кардии. Дивертикулы пищевода. Эзофагиты. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная болезнь Определение. Классификация. Диагностика. Лечение и профилактика
64. Хронические диффузные заболевания печени
65. Патология желчевыводящих путей
66. Цирроз печени и его осложнения в практике терапевта
67. Алкогольное поражение органов пищеварения
68. Заболевания кишечника
69. Хронический панкреатит. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Реабилитация. Диспансеризация. МСЭ.
70.Алкогольные поражения поджелудочной железы. Опухоли поджелудочной железы. Классификация. Ранняя симптоматика. Дифференциальный диагноз. Методы обследования.

71. Гельминтозы. Определение. Классификация Диагностика. Лечение и профилактика

72. Природные физические факторы, используемые для реабилитации
73. Реабилитация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями
74. Реабилитация больных с бронхо-легочными заболеваниями
75. Реабилитация больных с заболеваниями органов пищеварения
76. Проблема коморбидности в современной терапевтической клинике**.** Коморбидный больной. Этапы появления и рассмотрения проблемы в медицине.
77.Коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
78.Коморбидность с легочными заболеваниями.
79.Коморбидность с заболеваниями органов пищеварения. Особенности реабилитации у коморбидных пациентов.
80.Легочная реабилитация при коморбидной патологии (ХОБЛ, сочетанной с артериальной гипертензией).
81.Реабилитация больных с коморбидной неврологической патологией.

2.Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий

Типовые тестовые задания			
№ по компетенции	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Вопрос. Препаратами первой линии для снижения частоты и интенсивности приступов стенокардии являются	Варианты ответов № 1. β-адреноблокаторы и антагонисты кальция № 2. антагонисты кальция и пролонгированные нитраты № 3. антагонисты кальция и дигоксин	Ответ 1
2	Вопрос. Является ли расслаивающая аневризма аорты жизнеугрожающим осложнением:	Правильный ответ: да	
3	Вопрос. Наиболее частым осложнением артериальной гипертонии у пожилых людей является:	Правильный ответ: инсульты	
4	Вопрос. В понятие "резорбционно-некротический синдром" не входит:	Варианты ответов: № 1. повышение температуры тела. № 2. увеличение уровня щелочной фосфатазы. № 3. нейтрофильный сдвиг. № 4. увеличение СОЭ. № 5. обнаружение С-реактивного белка.	Ответ 2
5	Вопрос. Для острой стадии инфаркта в крови не характерно:	Варианты ответов: № 1. увеличение уровня миоглобина. № 2. увеличение уровня АСТ. № 3. появление С-реактивного белка. № 4. увеличение активности ЩФ. № 5. увеличение МВ-фракции КФК.	Ответ 4
6	Вопрос. Достоверный рост КФК и КФК МВ в случае развития инфаркта миокарда отмечается через:	Варианты ответов: № 1. 1 час № 2. 2-3 часа № 3. 4-6 часов № 4. 10-12 часов	Ответ 3
7	Вопрос.	Варианты ответов	Ответ 3

	По окончании курса лечения витамином В12 пациенту с В12 дефицитной анемией следует контролировать клинический анализ крови с учетом ретикулоцитов 1 раз в	№ 1. год № 2. месяц № 3. 3-4 месяца	
8	Вопрос. Препаратами выбора при лечении артериальной гипертензии при бессимптомном атеросклерозе каротидных артерий является:	Правильный ответ. Ингибиторы АПФ.	
9	Вопрос. При лечении артериальной гипертензии у беременных противопоказано назначение	Варианты ответов № 1. бета-адреноблокаторов № 2. метилдопы № 3. антагонистов кальция № 4. иАПФ и сартанов	Ответ 4
10	Вопрос. Препаратами выбора при ХОБЛ легкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются	Варианты ответов № 1. теофиллины № 2. корткодействующие β2-агонисты «по требованию» № 3. длительно действующие β2-агонисты или антихолинергики № 4. короткодействующие антихолинергики «по требованию»	Ответ 3
11	Вопрос. Больная 23 лет обратилась по поводу периодических сердцебиений, дыхательного дискомфорта, ощущении неполноты вдоха, приступов коликообразных болей в животе, сопро-вождающихся частым жидким стулом с большим содержанием слизи. Как правило эти "пароксизмы" провоцируются психо-эмоциональным стрессом. При осмотре: пальпируется	Варианты ответов: № 1. амебиаз № 2. болезнь Крона № 3. неспецифический язвенный колит № 4. хронический панкреатит № 5. синдром раздраженного кишечника	Ответ 5

	спазми-рованная сигмовидная кишка. Другой патологии не выявлено. Ректо-романоскопия без особенностей. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния:		
12	Вопрос. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:	Правильный ответ: печень	
13	Вопрос. Наиболее частая локализация рака желудка в России:	Варианты ответов: № 1. большая его кривизна № 2. тело № 3. антральный отдел № 4. кардиальный отдел № 5. тотальное поражение	Ответ 3
14	Вопрос. К предраковым состояниям желудка относятся:	Варианты ответов: № 1. дисплазия слизистой желудка высокой степени № 2. хронический неатрофический гастрит № 3. язвенная болезнь 12-перстной кишки № 4. тонкокишечная метаплазия	Ответ 1
15	Вопрос. Наиболее частой гистологической формой злокачественной опухоли желудка является:	Варианты ответов: № 1. аденокарцинома № 2. плоскоклеточный рак № 3. недифференцированный рак № 4. саркома	Ответ 1
16	Вопрос. Тиреотоксический криз не сопровождается симптомами:	Варианты ответов: № 1. тошноты, рвоты, диареи № 2. профузного потоотделения № 3. гипертермией № 4. нормальной температуры № 5. значительной тахикардии	Ответ 4
17	Вопрос. Для больного с гипотиреозом не характерно:	Варианты ответов: № 1. отечности век, губ, кистей, стоп и т.д.	Ответ 5

		№ 2. сухой бледной кожи с желтоватым оттенком, холодной на ощупь № 3. выпадения волос № 4. медлительности, заторможенности, сонливости № 5. снижения массы тела	
18	Вопрос. Особенность течения эндемического зоба в пожилом и старческом возрасте:	Варианты ответов: № 1. преобладание узловых форм № 2. переход в атрофическую форму АИТ № 3. развитие гипотиреоза № 4. увеличение процента озлокачествления щитовидной железы	Ответ 1
19	Вопрос. Причины гипонатриемии:	Варианты ответов: № 1. Гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность № 2. Тиреотоксикоз, прием осмотических диуретиков № 3. Гипертонический гемодиализ № 4. Несахарный диабет	Ответ 1
20	Ситуационная задача. Пациент 32 года. Жалобы на одышку с затруднением выдоха, кашель с трудно отделяемой мокротой. Ухудшение самочувствия в течение 30 минут. Принимал сальбутамол. В анамнезе: бронхиальная астма. Объективно состояние средней тяжести. Положение вынужденное, больной возбужден, речь затруднена. П акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы грудной	Правильный ответ. Приступ бронхиальной астмы.	

	клетки. ЧДД 28 мин. Дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы. АД 140/90 мм рт. ст, PS-136 ударов в мин. Предварительный диагноз.		
21	Вопрос. Наиболее частая причина развития фибрилляции предсердий в молодом возрасте:	Варианты ответов: № 1. амилоидоз сердца № 2. рестриктивная кардиомиопатия № 3. дефект межжелудочковой перегородки № 4. ревматизм и митральный порок сердца	Ответ 4
22	Вопрос. В норме зубец Р всегда положительный в отведениях:	Правильный ответ I, II, aVF, V2-V6	
23	Вопрос. Назовите отведения в которых в норме не бывает зубца Q:	Варианты ответов: № 1. V4-V6 № 2. I, II, II, aVR № 3. V1-V3 № 4. aVL, aV	Ответ 3
24	Вопрос. Точным методом диагностики вазоренальной гипертензии является	Правильный ответ. Почечная ангиография	
25	Вопрос. Для синдрома цитолиза, развивающегося при острых повреждениях печени, характерно:	Варианты ответов: № 1. изменение белково-осадочных проб № 2. повышение уровня ЩФ № 3. повышение уровня АСТ, АЛТ, ЛДГ № 4. снижение уровня протромбина № 5. положительная проба Кумбса	Ответ 3
26	Вопрос. Важным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:	Варианты ответов: № 1. лейкоцитоз № 2. гипергликемия № 3. уровень ЩФ № 4. уровень амилазы крови и мочи № 5. уровень аминотрансфераз крови	Ответ 4

27	Вопрос. Для клинических проявлений пилоростеноза не характерно наличие:	Варианты ответов: № 1. диареи № 2. шума "плеска" № 3. гипотрофии и обезвоживания № 4. рвоты, приносящей облегчение № 5. тетании	Ответ 1
28	Вопрос. Пищевод Барретта - это:	Правильный ответ. Тонкокишечная метаплазия слизистой пищевода.	
29	Вопрос. При алгидной форме холеры потеря массы тела составляет	Варианты ответов № 1.3-5 % № 2. 4-7 % № 3. 10 % и более	Ответ 3
30	Вопрос. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:	Варианты ответов: № 1. колоноскопия № 2. ирригоскопия № 3. исследование пассажа бария по толстой кишке № 4. измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки № 5. анализ кала на дисбактериоз	Ответ 5
31	Вопрос. Тромбоцитопатию характеризует:	Правильный ответ Нормальное число тромбоцитов, но увеличенное время кровотечения.	
32	Вопрос. При тромбоцитопеническом синдроме кровотечения, независимо от локализации бывают:	Варианты ответов: № 1. кратковременными № 2. длительными № 3. могут быть и кратковременными и длительными	Ответ 2
33	Вопрос. Высокоинформативным диагностическим критерием хронического панкреатита при УЗИ является:	Варианты ответов: № 1. диффузное равномерное повышение эхоплотности поджелудочной железы № 2. преходящее расширение вирсунгова протока	Ответ 4

		№ 3. увеличение сагиттального размера головки поджелудочной железы до 30 мм № 4. кальцинаты ткани поджелудочной железы	
34	Вопрос. Лихорадка, желтуха, лейкоцитоз, повышение в крови непрямого билирубина характерны для:	Варианты ответов: № 1. холангита № 2. вирусного гепатита № 3. гемолитического криза	Ответ 3
35	Вопрос. Нормальные показатели Нв для мужчин	Варианты ответов: № 1. 120 г/л и выше № 2. 130 г/л и выше № 3. 140 г/л и выше	Ответ 2
36	Вопрос. Уровень Нв, соответствующий средней степени тяжести ЖДА:	Варианты ответов: № 1. Нв 70-90 г/л № 2. Нв 90-110 г/л № 3. Нв 60-70 г/л	Ответ 1
37	Вопрос. Повышение уровня панкреатической эластазы в крови является признаком:	Варианты ответов: № 1.внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы № 2.уклонения ферментов в кровь при обструкции вирсунгова протока № 3.нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы № 4.тотального панкреонекроза	Ответ 2
38	Вопрос. К факторам риска колоректального рака относится:	Варианты ответов: № 1. длительные запоры № 2. синдром раздраженного кишечника	Ответ 3

		№ 3. аденоматозный полип кишечника у близкого родственника № 4. дивертикулез кишечника	
39	Вопрос. Критерием билиарной колики не является:	Варианты ответов: № 1. длительность не менее 30 минут № 2. локализация в правом подреберье, подложечной области № 3. иррадиация под правую лопатку и/или в правую половину грудной клетки № 4. иррадиация по типу опоясывающей боли № 5. возникновение в связи с приемом пищи или в ночное время	Ответ 4
40	Вопрос. Больную 35 лет в течение 3 месяцев беспокоят тошнота, боли и тяжесть в эпигастрии после еды. При осмотре и пальпации живота патологических изменений нет. Какое из предложенных обследований является первоочередным?	Варианты ответов: № 1. Анализ желудочного сока № 2. Рентгеноскопия желудка № 3. Фиброгастроскопия с диагностикой пилорического хеликобактера № 4. УЗИ брюшной полости	Ответ 3
41	Вопрос. У 38-летнего мужчины, школьного учителя, в течение 6 месяцев выраженная изжога, отрыжка кислотой и ночное загрудинное жжение. Вес стабилен. Физикальное обследование - без патологии. Ваш диагноз:	Варианты ответов: № 1. Обострение хронического гастрита № 2. Дуоденальная язва № 3. Ахалазия кардии № 4. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь	Ответ 4
42	Вопрос. Диагноз пищевода Барретта должен быть установлен:	Варианты ответов: № 1. клинически	Ответ 3

		№ 2. при эндоскопическом осмотре № 3. при гистологическом исследовании биоптата слизистой пищевода № 4. при рентгеноскопии пищевода	
43	Вопрос. Для какого из перечисленных синдромов характерны кожный зуд, повышение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы и холестерина:	Варианты ответов: № 1.гемолитической желтухи № 2.синдрома Жильбера № 3.синдрома холестаза № 4.паренхиматозной желтухи	Ответ 3
44	Вопрос. К ведущим клиническим проявлениям хронического лимфолейкоза не относится:	Варианты ответов: № 1. интоксикационный синдром № 2. лимфоаденопатия № 3. склонность к инфекциям № 4. оссалгии	Ответ 4
45	Вопрос. Первичным билиарным циррозом печени чаще болеют:	Правильный ответ: женщины	
46	Вопрос. Первичным склерозирующим холангитом чаще болеют:	Правильный ответ: Мужчины	
47	Вопрос. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину, можно предположить:	Правильный ответ: пенетрацию	
48	Вопрос. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. У больного возникло:	Варианты ответов: № 1. пенетрация № 2. перфорация № 3. кровотечение № 4. стеноз привратника № 5. малигнизация	Ответ 4

49	Вопрос. Стрессовая язва желудка проявляется чаще:	Правильный ответ кровотечением	
50	Вопрос. Не является клиническим проявлением пилоростеноза:	Варианты ответов: № 1. рвота, приносящая облегчение № 2. истощение и обезвоживание № 3. тетания № 4. диарея № 5. шум"плеска"	Ответ 4
51	Вопрос. Хроническая диарея в сочетании с болями в животе, парапроктитом и наличием воспалительного инфильтрата в брюшной полости характерны для:	Варианты ответов: № 1.хронического панкреатита № 2.болезни Крона № 3.язвенного колита № 4.рака толстой кишки	Ответ 2
52	Вопрос. Избыток белка в пище приводит ко всему перечисленному, исключая	Варианты ответов: № 1. усиленное образование биогенных аминов (скатола, индола в кишечнике) № 2. повышения уровня мочевины в крови и кишечнике № 3. истощение № 4. усиление процессов гниения белков в кишечнике № 5. положительный азотистый баланс	Ответ 3
53	Вопрос. Женщина 35 лет. Предъявляет жалобы на кожный зуд. Больна в течении 3 лет. При обследовании выявлена плотная увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10см. Билирубин 96 мкмоль/л, прямой-80 мкмоль/л, ЩФ повышена в 6 раз , АЛТ- 2 нормы, Предположительный диагноз:	Варианты ответов: № 1. портальный цирроз печени № 2. хронический активный гепатит № 3. гемолитическая желтуха № 4. билиарный цирроз печени № 5. острый вирусный гепатит	Ответ 4
54	Вопрос.	Варианты ответов:	Ответ 2

	Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на:	№ 1. кровоточащую язву 12-перстной кишки № 2. кровотечение из расширенных вен пищевода при циррозе печени № 3. тромбоз мезентериальной артерии № 4. неспецифический язвенный колит № 5. кровоточащие язвы желудка	
55	Вопрос. У больного с активным циррозом печени ухудшилось состояние: появилась сонливость, спутанное сознание, усилилась желтуха, уменьшилась в размерах печень, изо рта сладковатый запах. Через некоторое время больной потерял сознание, дыхание Куссмауля, арефлексия. У больного развилось осложнение:	Варианты ответов: № 1. холестаз № 2. печеночная кома № 3. желудочно-кишечное кровотечение № 4. портальная гипертензия № 5. гепато-ренальный синдром	Ответ 2
56	Вопрос. Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	Варианты ответов: № 1. наследственном сфероцитозе № 2. синдроме Жильбера № 3. аутоиммунной гемолитической анемии № 4. активном гепатите	Ответ 4
57	Вопрос. Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение:	Варианты ответов: № 1. уровень фибриногена № 2. уровня гамма-глобулинов № 3. уровня аминотрансфераз № 4. уровня ЩФ № 5. уровня кислой фосфатазы	Ответ 4
58	Вопрос. Острую водную диарею не вызывают:	Варианты ответов: № 1.энтеротоксигенные энтеробактерии	Ответ 4

		№ 2.энтеровирусы № 3.лямблии № 4.дизентерийная амеба № 5.солевые слабительные № 6.касторовое масло	
59	Вопрос. Для панкреатита не характерны:	Варианты ответов: № 1. опоясывающие боли в эпигастрии № 2. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину № 3. поносы № 4. рвота, приносящая облегчение № 5. снижение или отсутствие аппетита	Ответ 4
60	Вопрос. Не относится к основным симптомам портальной гипертензии:	Варианты ответов: № 1. повышенное АД № 2. образование коллатералей № 3. кровотечение из вен пищевода, геммораидальных вен № 4. асцит № 5. спленомегалия	Ответ 1
61	Вопрос. К внепеченочным проявлениям цирроза печени не относятся:	Варианты ответов: № 1. сосудистые звездочки № 2. печеночные ладони № 3. гинекомастия № 4. ожирение	Ответ 4
62	Вопрос. Биохимические методы диагностики пилорического хеликобактера основаны на способности микроорганизма:	Правильный ответ. Разлагать мочевину.	
63	Вопрос.	Варианты ответов: № 1. гистологический	Ответ 5

	Для выявления пилорического хеликобактера не используется метод:	№ 2. бактериологический № 3. биохимический № 4. иммунологический № 5. хромоскопический	
64	Вопрос. Холестериновый конкремент желчного пузыря:	Варианты ответов: № 1.рентгенпозитивен № 2.виден на обзорной рентгенограмме № 3.при холеграфии дает дефект наполнения № 4.содержит много кальция и пигмента	Ответ 3
65	Вопрос. При желудочно-кишечном кровотечении эндоскопическое исследование:	Правильный ответ. Показано в экстренном порядке.	
66	Вопрос. Нефросклеротическая стадия диабетической нефропатии не характеризуется	Варианты ответов: № 1. отеками № 2. гипертензией № 3. нарушением азотовыделительной функции почек № 4. эритроцитурией № 5. повышением кортизола	Ответ 5
67	Вопрос. Для гипогликемической комы характерно:	Варианты ответов: № 1. высокий уровень сахара крови № 2. быстрое развитие комы № 3. запах ацетона № 4. шумное дыхание № 5. сухость кожных покровов	Ответ 2
68	Вопрос. При кетоацидотической коме отмечается:	Варианты ответов: № 1. гликемия менее и равная 5,0 ммол/л № 2. отсутствие кетоацидоза № 3. сохраненное сознание № 4. нет признаков обезвоживания № 5. шумное дыхание	Ответ 5
69	Вопрос.	Варианты ответов	Ответ 4

	К основной причине гиперосмолярной комы относится	№ 1. Дефицит инсулина № 2. Гипогликемия № 3. Инфекционная заболевание № 4. Дегидратация организма	
70	Вопрос. Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса встречаются при	Варианты ответов № 1. Фибрилляции предсердий № 2. Полной атриовентрикулярной блокаде № 3. Желудочковой экстрасистолии	Ответ 2
71	Вопрос. Основными биохимическими нарушениями при гиперосмолярной коме являются:	Варианты ответов: № 1. высокая гипергликемия № 2. понижение осмолярности крови № 3. отсутствие кетоацидоза № 4. гиперхлоремия № 5. наличие повышенной концентрации кетоновых тел	Ответ 1,3
72	Вопрос. Для легкой формы диффузно-токсического зоба не характерно:	Варианты ответов: № 1. повышение нервной возбудимости № 2. похудание на 10-15% от исходной массы тела № 3. постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин. № 4. постоянная тахикардия более 100 ударов в 1 мин. № 5. некоторое снижение трудоспособности	Ответ 4
73	Вопрос. Для 1-ой степени увеличения щитовидной железы характерно:	Варианты ответов: № 1. пальпируется перешеек щитовидной железы № 2. пальпируются доли щитовидной железы, превышающие концевую фалангу	Ответ 2

		большого пальца обследуемого № 3. железа, видимая при обычном положении шеи	
74	Вопрос. Сцинтиграфия служит основным способом выявления:	Варианты ответов: № 1. Подострого тиреоидита № 2. Зоба Хашимото № 3. Диффузного токсического зоба № 4. Рака щитовидной железы № 5. Токсической аденомы щитовидной железы	Ответ 5
75	Вопрос. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:	Правильный ответ. Биопсия щитовидной железы.	
76	Вопрос. Патогенез первичного гипотиреоза обусловлен	Варианты ответов: № 1. уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов № 2. уменьшением секреции ТТГ № 3. уменьшением синтеза тиролиберина № 4. увеличением массы железистой ткани щитовидной железы	Ответ 1
77	Ситуационная задача. Пациент 30 лет. Жалобы на сильную спастическую боль в левой поясничной и подвздошной области, иррадиирущую в мошонку и половой член, тошноту, частые позывы на мочеиспускание Поли появились 6 часов назад. Объективно t36,7. Живот участвует	Правильный ответ. Левосторонняя почечная колика.	

	в акте дыхания, мягкий, болезнен в левых боковых отделах, симптом Пастернацкого положительный слева. Ваш предварительный диагноз.	
78	Пациентка 54 лет жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца Об-но пациентка повышенного питания, заторможена, речь невнятная, кожные покровы бледные. ЧДД 20 мин, дыхание везикулярное. Пульс 60 мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 2см, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз.	ОНМК.
79	Вызов к пациенту. Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль за грудиной, усиливающуюся при кашле. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение лежа, кожные покровы цианотичные, шейные вены набухли, пульсируют. В легких дыхание ослаблено, ЧДД - 36. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, АД 100 60, FS- 96, аритмичен. Печень выступает из - под реберного края на 1,5 - 2,0 см. Предварительный диагноз.	ТЭЛА
80	Пациентка 38 лет, предъявляет жалобы на резкую головную боль в височных областях, тошноту, озноб, сопение, чувство страха. Пациент считает себя больной в течение 5 лет, когда в 1-ой половине беременности отмечалось повышение АД до 180	Правильный ответ: Ухудшение течения гипертонической болезни. Гипертонический криз.

	100 мм.рт.ст, к врачу не обращалась. Последние 2 года появились приступы с выше описанными жалобами Приступы провоцировались нервным напряжением и изменением погоды. Объективно: больная возбуждена, кожа бледная, влажная. Пульс 122 мин, АД 200/105 мм.рт.ст., границы сердца расширены влево на 1 см, ритм правильный, топы ясные, чистые, акцепт 2-го тона на аорте. Ваша предварительный диагноз.	
81	Пациент 18 лет предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, тяжесть в голове, «напряжение в теле», ощущение растяжения кожных покровов, резкую слабость, сонливость. Из анамнеза выяснено: болеет ОРЗ. После приема парацетамола отмечалась кожная сыпь и повышение t. Объективно лицо одутловатое, отек подкожной клетчатки, ЧД до 28 мин, АД 120 80мм рт.ст., ЧСС 60'мин, ритм правильный. Ваш предварительный диагноз.	Правильный ответ: Отек Квинке
82	Ситуационная задача. Вызов к пациенту. Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль за грудиной, усиливающуюся при кашле. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение лежа, кожные покровы цианотичные, шейные вены набухли, пульсируют. В легких дыхание ослаблено, ЧДД - 36. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 96, аритмичен. Печень выступает из - под реберного края на 1,5 - 2,0 см. Предварительный диагноз.	Правильный ответ. ТЭЛА.

83	Вопрос. В норме амплитуда зубца Q в 12 отведениях не более:	Варианты ответов: № 1. 1/2 R № 2. 1/4 R № 3. 1/3 R	Ответ 2
84	Вопрос. В норме депрессия сегмента ST на 0,5 мм может отмечаться в отведениях:	Варианты ответов: № 1. V1-V3 № 2. V3R-V5R № 3. I, II, III, aVR, aVL, aVF, V4-V6	Ответ 3
85	Вопрос. Нормальная продолжительность комплекса QRS у взрослых людей не более:	Варианты ответов: № 1. 0,07" № 2. 0,08" № 3. 0,09" (0,10" при брадикардии) № 4. 0,05"	Ответ 3
86	Ситуационная задача. Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на недавно возникшие боли в правой подвздошной области, общую слабость, головокружение при попытке встать с постели. Объективно: кожные покровы бледные. Язык влажный. АД 90/60 мм рт.ст., PS-100 в мин. Живот не вздут, при пальпации болезнен в нижней половине справа Симптом Щеткина-Блюмберга не резко выражен. При перкуссии живота притупление в отлогих местах. Ваш предварительный диагноз и неотложная помощь.	Правильный ответ. Аппендицит или **а**поплексия яичника, шок 1-2 ст.	
87	Вопрос. Признаком атриовентрикулярной блокады I степени считается удлинение интервала PQ более:	Варианты ответов: № 1. 0,12 сек № 2. 0,18 сек № 3. 0,22 сек	Ответ 3
88	Вопрос. Причиной гипертрофии левого предсердия является:	Варианты ответов: № 1. острый приступ бронхиальной астмы № 2. хронический обструктивный бронхит № 3. митральный стеноз № 4. первичная легочная гипертензия	Ответ 3
89	Вопрос.	Варианты ответов:	Ответ 4

	Причиной гипертрофии правого предсердия является:	№ 1. митральная недостаточность № 2. артериальная гипертензия № 3. аортальный стеноз № 4. хроническое легочное сердце № 5. острый инфаркт миокарда	
90	Ситуационная задача. Вызов к пациенту, которому со слов окружающих внезапно стало плохо: развилась слабость, появилась сильная боль в грудной клетке. выраженная одышка. Через несколько минут пациент потерял сознание. Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы в области лица, передней поверхности грудной клетки синюшны. Шейные вены набухшие. Дыхание поверхностное, тихое, ЧДД - 36 в минуту, АД - 70 систолическое, диастолическое не прослушивается, пульс определяется на сонной артерии, нитевидный. ЧСС - 100 в минуту, тоны сердца глухие. Предварительный диагноз.	Правильный ответ. ТЭЛА.	
91	Вопрос. Признаки типичного синдрома WPW:	Варианты ответов: № 1. PQ менее 0,12" № 2. QRS уширен, деформирован № 3. дельта-волна на восходящем колене R № 4. все ответы правильные	Ответ 4
92	Вопрос. При гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой сегмент ST смещен:	Варианты ответов: № 1. выше изолнии в I,aVL, V5-V6 № 2. ниже изолинии в III, aVF V1-V2 № 3. ниже изолинии в I, aVL, V5-V6	Ответ 3
93	Вопрос.	Варианты ответов: № 1. прогрессирующим удлинением PQ с	Ответ 1

	Атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц I характеризуется:	последующим выпадением комплекса QRS № 2. прогрессирующим удлинением интервалов PQ с последующим выпадением зубца P и комплекса QRS № 3. прогрессирующим удлинением интервала PQ без выпадения комплекса QRS № 4. периодическим выпадением комплекса QRS без прогрессирующего удлинения интервала PQ	
94	Вопрос. Для предсердной пароксизмальной тахикардии характерна частота сердечных сокращений:	Варианты ответов: № 1. 60 - 90 №2. 140 - 220 № 3. 40 - 60	Ответ 2
95	Вопрос. Комплекс QRS, характерный для трансмурального инфаркта миокарда:	Варианты ответов: № 1. QR № 2. qR № 3. RS № 4. rSR' № 5. QS	Ответ 5
96	Пациент 42-х лет доставлен бригадой СП в бессознательном состоянии. Из анамнеза: 6 лет назад перенес желтуху. В течение 5 лет чувствовал себя хорошо, но периодически возникали носовые кровотечения Диету не соблюдал, часто употреблял алкоголь. В последний месяц потерял аппетит, стал менее активен, испытывал резкую слабость. Накануне принимал алкоголь. Утром окружающие не могли его «разбудить». Об-но: сознание отсутствует. Кожные покровы и склеры желтушные. Имеются единичные сосудистые звездочки на плече. Пульс 56'мин. удовлетворительного наполнения и напряжения АД 100 60 мм.рт.ст.	Правильный ответ Печеночная кома.	

	Изо рта сладковатый запах. Размеры печени по Курлову 7-6-6 см. Пальпируется плотный край селезенки. Ваш предварительный диагноз.		
97	Вопрос. Форма комплекса QRS при крупноочаговом инфаркте миокарда:	Варианты ответов: № 1. QS № 2. qR, QR, Qr № 3. Rs № 4. rS	Ответ 2
98	Вопрос. При феохромоцитоме встречаются следующие варианты клинического течения артериальной гипертонии:	Варианты ответов: № 1. гипертонические кризы на фоне нормального АД № 2. стабильно высокое АД без гипертонических кризов № 3. гипертонические кризы на фоне повышенного АД № 4. все ответы верны	Ответ 3
99	Вопрос. ЭКГ-признаки острой стадии инфаркта миокарда:	Варианты ответов: № 1. патологический зубец Q № 2. смещение сегмента ST выше изолинии № 3. реципрокное смещение сегмента ST и зубца Т в противоположных отведениях № 4. все перечисленные признаки	Ответ 4
100	Пациент 36 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, "черный стул". С 28-ми лет беспокоят боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, изжога, запоры в последнее время стал отмечать боли ночью и натощак. Об-но: сознание ясное, бледен. В легких везикулярное дыхание. Границы	Правильный ответ: ЯБЖ-12-перстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение. Гиповолемический шок 1 степени	

	сердца не изменены, ритм правильный, тоны приглушены, пульс 120 мин, ритмичен, слабого наполнения. АД 100\60 мм рт.ст. Язык обложен беловато-серым налетом, сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной области. Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь при этом состоянии.		
101	Вопрос. Основной признак острой стадии трансмурального или крупноочагового инфаркта миокарда:	Правильный ответ смещение сегмента ST выше изолинии	
102	Вопрос. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно:	Варианты ответов: № 1. уменьшение глубины отрицательного зубца Т № 2. изоэлектричный или положительный зубец Т № 3. уменьшение глубины зубца Q, его зазубренность № 4. верно 1, 2 и 3	Ответ 4
103	Вопрос. ЭКГ-признаки некроза:	Правильный ответ. Патологический зубец Q	
104	Вопрос. Боковой инфаркт миокарда выявляется в отведениях:	Варианты ответов: № 1. V1-V3 № 2. V5-V6 № 3. III, aVF	Ответ 2
105	Пациент 24-х лет, ранее считавший себя здоровым, при подъеме тяжести почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании. Появился болезненный, сухой кашель, одышка Об-но: положение ортопноэ, серый цианоз. ЧД 38 мин. Грудная клетка слева увеличена в объеме, межрёберные промежутки расширены. Перкуторно слева	Правильный ответ: Спонтанный пневмоторакс.	

	тимпанический звук, голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС до 100 мин. АД 100 60 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз.		
106	Вопрос. Отведения, в которых регистрируется нижний инфаркт миокарда:	Варианты ответов: № 1. V4-V6 № 2. отведения Слопака № 3. III, II, aVF № 4. V1-V4	Ответ 3
107	Пациент 32 года. Жалобы на одышку с затруднением выдоха, кашель с трудно отделяемой мокротой. Ухудшение самочувствия в течение 30 минут. До приезда СП принимал сальбутамол. В анамнезе: бронхиальная астма. Объективно состояние средней тяжести. Положение вынужденное, больной возбужден, речь затруднена. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы грудной клетки. ЧДД 28 мин. Дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы. ЧД 140 90, PS- 136 ударов в мин. Диагноз.	Правильный ответ: Приступ бронхиальной астмы.	
108	Вопрос. Назовите основной функциональный метод, верифицирующий синдром пролабирования митрального клапана	Варианты ответов: № 1. фонокардиография № 2. электрокардиография № 3. апекскардиография № 4. эхокардиография № 5. сфигмография	Ответ 4
109	Вопрос. При дилатационной кардиомиопатии по ЭхоКГ определяется выраженная дилатация	Варианты ответов № 1. левых отделов сердца № 2. обоих предсердий № 3. всех отделов сердца № 4. правых отделов сердца	Ответ 3

110	Вопрос. Укажите клапан сердца, на котором не может быть физиологической регургитации, определяемой с помощью допплер-ЭхоКГ:	Правильный ответ: аортальный	
111	Вопрос. Назовите ультразвуковой метод, с помощью которого возможна достоверная диагностика недостаточности митрального клапана:	Правильный ответ: допплер-ЭхоКГ	
112	Пациент 30 лет. Жалобы на сильную спастическую боль в левой поясничной и подвздошной области, иррадиирущую в мошонку и половой член, тошноту, частые позывы на мочеиспускание Поли появились 6 часов назад. Объективно t36,7. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезнен в левых боковых отделах, симптом Пастернацкого положительный слева. Ваш предварительный диагноз.	Левосторонняя почечная колика	
113	Вопрос. Тон открытия митрального клапана определяется:	Варианты ответов: № 1. в систоле № 2. в пресистоле № 3. в диастоле	Ответ 3
114	Вопрос. Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:	Варианты ответов: № 1. системной красной волчанки № 2. аденокарциномы бронха № 3. туберкулеза легких № 4. мезотелиомы плевры 5. хронической недостаточности кровообращения	Ответ 4
115	Вопрос. Рефлекс Эйлера-Лильестранда вызывает:	Правильный ответ. Спазм ветвей лёгочной артерии.	

116	Вопрос. К причинным факторам экзогенного аллергического альвеолита не относятся:	Варианты ответов: № 1. термофильные актиномицеты № 2. пыльца растений № 3. перхоть и шерсть животных № 4. птичий помет 5. пищевые аллергены 6. кремниевая пыль 7. медикаменты	Ответ 5
117	Вопрос. Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:	Правильный ответ: немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка	
118	Вопрос. Наиболее информативный инструментальный метод диагностики ТЭЛА:	Варианты ответов: № 1. рентгенография органов грудной клетки № 2. ФКГ № 3. перфузионное и вентиляционное сканирование легких № 4. ЭКГ	Ответ 3
119	Вопрос. Наиболее ранний клинический признак гипертрофии правого желудочка:	Варианты ответов: № 1. набухание шейных вен № 2. гепатомегалия № 3. тахикардия № 4. эпигастральная пульсация 5. периферические отеки	Ответ 4
120	Вопрос. В клинической картине синдрома Айерсы (Аерза) доминирует:	Варианты ответов: № 1. "металлический" акцент 2-го тона над легочной артерией № 2. выраженная эпигастральная пульсация № 3. "чернильный" цианоз № 4. приступы болей в сердце	Ответ 3
121	Вопрос. О развитии сердечной недостаточности у больного с ХОБЛ свидетельствует:	Варианты ответов: № 1. "переход" одышки при нагрузке в одышку в покое № 2. появление ортопное	Ответ 1

		№ 3. появление цианоза № 4. наличие диастолического шума Грехема-Стилла 5. мерцательная аритмия	
122	Вопрос. Возвратная лихорадка, кашель, мокрота характерны для:	Варианты ответов: № 1. очагового туберкулеза легких № 2. бронхоэктатической болезни № 3. бронхиальной астмы	Ответ 2
123	Вопрос. К развитию хронического легочного сердца не приводит:	Варианты ответов: № 1. ХОБЛ № 2. силикоз № 3. фиброзирующий альвеолит № 4. ожирение № 5. пневмония	Ответ 5
124	Вопрос. Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев, ночные поты. За последние 4 месяца похудел на 4 кг. Объективно: кожные покровы бледные, умеренный цианоз губ, пульс 102 в мин, АД-165/95мм рт. ст., СОЭ- 18 мм/час, гемоглобин -115 г/л, лейкоциты - 4000. Рентгенологически в шестом сегменте справа фокус инфильтрации с признаками деструкции. Предположительный диагноз:	Правильный ответ Туберкулез легкого	
125	Вопрос. У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°, правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой	Варианты ответов: № 1. очаговая пневмония в нижней доле справа № 2. крупозная пневмония справа № 3. обострение хронического бронхита № 4. правосторонний экссудативный плеврит	Ответ 4

	области не проводится, левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Этим данным соответствует диагноз:	№ 5. правосторонний гидроторакс	
126	Вопрос. Осложнение, редко наблюдаемое при пневмониях:	Варианты ответов: № 1. плеврит № 2. абсцедирование № 3. инфаркт легкого № 4. эмпиема плевры	Ответ 3
127	Вопрос. Характеристика массивного ателектаза:	Варианты ответов: № 1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону № 2. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в сторону притупления № 3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы № 4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония № 5. инспираторная одышка, уменьшение объёма легких, крепитация	Ответ 2
128	Вопрос. К жизнеугрожающим состояниям не относят:	Варианты ответов: № 1. Тяжелый приступ бронхиальной астмы (астматический статус. № 2. Круглогодичный аллергический ринит № 3. Анафилактический шок № 4. Отек Квинке в области гортани № 5. Острый стеноз гортани	Ответ 2
129	Вопрос. Наиболее частый симптом ХОБЛ:	Варианты ответов: № 1. лихорадка № 2. кашель	Ответ 4

		№ 3. боли в грудной клетке № 4. одышка	
130	Вопрос. Нарастание в плевральной жидкости количества нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм свидетельствует	Варианты ответов: № 1. о затухании плеврита № 2. об угрозе нагноения № 3. о переходе в хроническое течение	Ответ 2
131	Вопрос. Какой возраст является фактором риска ОРВИ:	Правильный ответ. Детский и пожилой возраст.	
132	Вопрос. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у взрослых характеризуется:	Варианты ответов: № 1. Развитием риносинусита № 2. Развитием риноконъюктивита № 3. Развитием энтероколита № 4. Ринофарингита и катарального бронхита № 5. Развитием пневмонии	Ответ 4
133	Вопрос. Наиболее частая этиология острых фарингитов:	Варианты ответов: № 1. Вирусы № 2. Простейшие № 3. Бактерии № 4. Грибы	Ответ 1
134	Вопрос. Наиболее частой этиологией острого бронхита является:	Правильный ответ. Вирусная инфекция	
135	Вопрос. При микоплазменных и хламидийных бронхитах препаратами выбора будут:	Варианты ответов: № 1. Защищенные аминопенициллины № 2. Оральные цефалоспорины № 3. Фторхинолоны второго поколения № 4. Современные макролиды	Ответ 4
136	Вопрос. Наиболее часто причиной острого бронхита являются:	Варианты ответов: № 1. физические (сухой, горячий,	Ответ 3

		холодный воздух. факторы 2. химические (кислоты, щелочи, окись азота, кремний и др.. факторы 3. инфекционные факторы (вирусы, бактерии). 4. аллергические агенты (пыль, пыльца).	
137	Вопрос. Особенностью болей при сухом плеврите является их:	Варианты ответов: № 1. кратковременность № 2. длительность № 3. связь с кашлем и дыханием № 4. купирование нитроглицерином № 5. сочетание с кровохарканьем	Ответ 3
138	Вопрос. Для приступа бронхиальной астмы не характерно наличие:	Варианты ответов: № 1. экспираторной одышки. № 2. дискантных сухих хрипов. № 3. мелкопузырчатых влажных хрипов. № 4. кашля с трудноотделяемой вязкой мокротой.	Ответ 3
139	Вопрос. У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз. Наиболее вероятная причина:	Варианты ответов: № 1. гидропневмоторакс. № 2. фиброз. № 3. диффузная эмфизема легких. № 4. бронхиальная астма. № 5. лобарная пневмония.	Ответ 3
140	Вопрос. Основной рентгенологический признак пневмококковой пневмонии:	Правильный ответ. Гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту.	
141	Вопрос. Пространство Траубе исчезает при:	Варианты ответов:	Ответ 1

		№ 1. левостороннем экссудативном плеврите № 2. эмфиземе легких № 3. гипертрофии правого желудочка сердца № 4. перфорации язвы желудка № 5. Бронхоэктазах	
142	Вопрос. Для бронхиальной астмы характерно:	Варианты ответов: № 1. инспираторная одышка № 2. экспираторная одышка № 3. стридорозное дыхание	Ответ 2
143	Вопрос. Абсолютный признак неоперабельности рака желудка:	Варианты ответов: № 1. большие размеры опухоли № 2. метастазы в селезенку № 3. метастазы в большой сальник № 4. множественные метастазы в печень	Ответ 4
144	Вопрос. Аспирин вызывает тромбоцитопатию путем воздействия на:	Правильный ответ: синтез тромбоксана А2	
145	Вопрос. Стандартная продолжительность курса лечения эрозивного рефлюкс-эзофагита с циркулярным повреждением слизистой пищевода:	Варианты ответов: № 1. 1-2 недели № 2. 3-4 недели № 3. минимум 8 недель	Ответ 3
146	Вопрос. У мужчины 60 лет наблюдается тяжелая изжога, ночной кашель. При обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит 3 степени. В комплексную терапию целесообразно включить препараты, кроме:	Варианты ответов: № 1. Ингибиторы протонной помпы № 2. Мотилиум № 3. Дротаверин № 4 Маалокс.	Ответ 3
147	Вопрос.	Правильный ответ: ингибиторов протонной помпы.	

	У больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки после 2-летней ремиссии возник рецидив заболевания, подтвержденный гастродуоденоскопией. Больному необходимо оказать помощь в связи с сильными болями и рвотой кислым содержимым. Наряду с диетой и режимом необходимо применение:		
148	Вопрос. Показанием к эрадикационной терапии язвенной болезни является:	Варианты ответов: № 1.язвенная болезнь в стадии обострения № 2.язвенная болезнь в стадии ремиссии № 3.осложненная язвенная болезнь № 4.верно всё перечисленное	Ответ 4
149	Вопрос. При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете:	Варианты ответов: № 1. углеводы № 2. белки № 3. жиры № 4. жидкость № 5. минеральные соли	Ответ 2
150	Вопрос. Для лечения обострения хронического панкреатита не используют	Варианты ответов: № 1. антибиотики № 2. панкреатин № 3. спазмолитики № 4. блокаторы желудочной секреции № 5. октреотид	Ответ 1
151	Вопрос. При неспецифическом язвенном колите системные кортикостероиды использовать с целью поддержания ремиссии:	Правильный ответ: не рекомендуется.	
152	Вопрос. Для подавления репликации вируса гепатита В используется:	Варианты ответов: № 1. рибавирин № 2. азатиоприн № 3. преднизолон № 4. ламивудин	Ответ 4
153	Вопрос. На нормальную кишечную флору не оказывает влияния:	Варианты ответов: № 1. бисептол № 2. креон	Ответ 2

		№ 3. оксациллин № 4. тетрациклин № 5. метотрексат	
154	Вопрос. Длительную ремиссию язвенной болезни обеспечивает:	Варианты ответов: № 1. красный рубец № 2. купирование болевого синдрома № 3. белый рубец № 4. эрадикация (уничтожение. пилорического хеликобактера	Ответ 4
155	Вопрос. Контроль эффективности эрадикационной терапии пилорического хеликобактера проводится через:	Прнавильный ответ: 4 -6 недель после эрадикационной терапии.	
156	Вопрос. При целиакии из диеты исключается	Варианты ответов: № 1. цельное молоко № 2. яйца № 3. макароны № 4. соя	Ответ 3
157	Вопрос. Оптимальным методом контроля эффективности эрадикации пилорического хеликобактера является:	Варианты ответов: № 1. определение антител № 2. цитологическое исследование биоптатов слизистой желудка № 3. уреазный дыхательный тест № 4. быстрый уреазный тест	Ответ 3
158	Вопрос. Пилорический хеликобактер наиболее часто резистентен к:	Варианты ответов: № 1. метронидазолу № 2. амоксициллину № 3. коллоидному висмуту № 4. тетрациклину № 5. кларитромицину	Ответ 1
159	Вопрос. Уровень желудочной секреции не снижает:	Варианты ответов: № 1. ранитидин № 2. гастроцепин № 3. фамотидин № 4. де-нол	Ответ 4

		№ 5. омепразол	
160	Вопрос. Показанием к назначению желчегонных препаратов является:	Варианты ответов: № 1. хронический вирусный гепатит № 2. обострение хронического панкреатита № 3. обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки № 4. холедохолитиаз № 5. дисфункция желчных путей	Ответ 5
161	Вопрос. Показанием для назначения сульфаниламидов является	Варианты ответов: № 1. сахарный диабет 2 типа без ожирения № 2. высокая степень ожирения № 3. частые гипогликемические состояния № 4. диабетический кетоацидоз № 5. диабет 1-го типа	Ответ 1
162	Вопрос. Абсолютным противопоказанием для назначения сульфаниламидов у больных СД 2 типа является	Варианты ответов: № 1. кетоацидоз № 2. сахарный диабет 2 типа со стабильным течением № 3. латентный пиелонефрит № 4. диабетическая нефропатия I стадии № 5. стабильная стенокардия	Ответ 1
163	Вопрос. Абсолютным показанием для инсулинотерапии не является	Варианты ответов: № 1. кетоацидоз № 2. диабетическая нефропатия № 3. беременность и роды № 4. отсутствие эффекта от диетотерапии № 5. тяжелые поражения печени	Ответ 4

164	Вопрос. Механизм сахароснижающего действия препаратов сульфанилмочевины включает	Варианты ответов: № 1. увеличение числа тканевых рецепторов инсулина № 2. стимуляцию секреции инсулина β-клетками № 3. подавление продукции глюкагона № 4. уменьшение чувствительности к эндогенному инсулину № 5. уменьшение абсорбции глюкозы в кишечнике	Ответ 2
165	Вопрос. Лечебные мероприятия при диабетической коме не включают:	Варианты ответов: № 1. немедленную госпитализацию и интенсивную инсулинотерапию № 2. устранение нарушений углеводного и липидного обменов № 3. борьба с дегидратацией № 4. борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью № 5. прежний режим введения инсулина	Ответ 5
166	Ситуационная задач. Больная 48 лет, образование – высшее, специальность – педагог. Рост – 164 сантиметра, вес – 74 килограмма. Поступила в стационар с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, возникающие в ночные часы и натощак, изжогу после еды. Длительность заболевания, со слов пациентки, в течение 3,5 лет (указанные симптомы носили периодический характер). В последние 2 месяца отмечает усиление интенсивности болей, ежедневное появление изжоги. Лечилась народными средствами,	Правильные ответы. 1. ГЭРБ. 2. ФЭГДС. 3. Щадящая диета. 4. Нормокалорийный рацион; режим питания дробный; исключение горячей и холодной пищи; соблюдение антирефлюксного режима.	

	за медицинской помощью не обращалась. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Частота дыхания (далее – ЧД) – 18 в минуту, частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 75 в минуту, артериальное давление (далее – АД) – 120/70 миллиметров ртутного столба. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной, в пилородуоденальной зонах. Печень – у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Физиологические отправления в норме (стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски, дизурии нет). Вопросы 1. Сформулируйте предположительный диагноз данного пациента. 2. При верификации клинически предположенного диагноза важным диагностическим исследованием является? 3. Какой вариант диеты показан для пациента? 4. Основные требования данного рациона?		
167	Вопрос. Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются	Варианты ответов: № 1. большие размеры зоба с сдавлением органов шеи № 2. наличие узлов № 3. метаплазия тиреоидного эпителия № 4. все перечисленное	Ответ 4

168	Вопрос. Лечение эндемического зоба надо начинать	Варианты ответов: № 1. когда увеличения щитовидной железы нет № 2. при увеличении щитовидной железы I степени (эутиреоз) № 3. при увеличении щитовидной железы II степени (скрытый гипотиреоз) № 4. при смешанном зобе II степени	Ответ 2
169	Вопрос. Назовите одно из показаний к хирургическому лечению синдрома WPW:	Варианты ответов: № 1. приступы мерцания-трепетания предсердий с частотой 1-2 раза в год № 2. наличие хотя бы одного приступа документированной фибрилляции или трепетания желудочков № 3. приступы пароксизмальной предсердной тахикардии, купируемые вагусными пробами	Ответ 2
170	Вопрос. Основное лечение полной атриовентрикулярной блокады при остром инфаркте миокарда:	Правильный ответ: установка временного искусственного водителя ритма.	
171	Вопрос. При лечении остеоартроза проводится системная терапия, которая включает:	Варианты ответов: № 1. обезболивающие препараты № 2. противовоспалительные препараты № 3. структурно модифицирующие средства № 4. все перечисленное	Ответ 4
172	Вопрос. Больному ЛСН III стадии, с выраженным отечным синдромом, тахикардией более 100 в 1 мин., в первую очередь следует назначить:	Варианты ответов: № 1. сердечные гликозиды + салуретики № 2. ингибиторы АПФ + салуретики	Ответ 2

		№ 3. периферические вазодилататоры № 4. антикоагулянты № 5. лидокаин 6. блокаторы кальциевых каналов	
173	Вопрос. Неэффективность преднизолона при астматическом статусе объясняется	Варианты ответов: № 1. индивидуальной непереносимостью № 2. избыточным приемом преднизолона в прошлом № 3. снижением функции коры надпочечников № 4. наличием системной артериальной гипертензии № 5. наличием слизистых пробок в бронхах	Ответ 5
174	Вопрос. К муколитикам не относится:	Варианты ответов: № 1. бромгексин № 2. эуфиллин № 3. мукалтин № 4. бисолвон № 5. калия йодид	Ответ 2
175	В программы лечения острого бронхита антибактериальные препараты включаются:	Варианты ответов: № 1. Всегда № 2. При доказанной бактериальной инфекции	Ответ 2
176	Недостатком ингаляционных М-холинолитиков по сравнению с ß-2 агонистами является:	Варианты ответов: № 1. большая частота побочных эффектов № 2. наличие системных эффектов № 3. более позднее начало действия	Ответ 3
177	Вопрос. Уровень желудочной секреции не снижает:	Варианты ответов: № 1. ранитидин № 2. гастроцепин № 3. фамотидин № 4. де-нол № 5. омепразол	Ответ 4
178	Ситуационная задача.	Правильные ответы.	

	Больной К., 30 лет, служащий. Рост 175см, вес 74 кг. Поступил на стационарное лечение в гастро-энтерологическое отделение с жалобами на сильные боли в пилородуоденальной области на голодный желудок, боли через 1,5 - 2 часа после еды, ночные боли, выраженную изжогу, кислый вкус во рту, отрыжку кислым, запоры. Из анамнеза: больным себя считает со времени службы в Армии, когда впервые стали беспокоить изжога, запоры. К концу службы появились боли в подложечной области. К врачам не обращался. Обострения наблюдались в осенне-весенний период времени. Последнее выраженное обострение 2 недели назад. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. АД – 110/70 мм.рт.ст., язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации выраженная болезненность в пилородуоденальной области. Отделы толстой кишки спазмированы, болезненны. Печень не увеличена. Пузырные симптомы отрицательные. При лабораторно-инструментальном обследовании получены следующие результаты: Анализ крови общий: Эр. - 4,4×1012/л, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,94; Л - 6,5×109 /л (э – 4%, п – 12%, с – 57%, л - 24%, м - 3 %); СОЭ - 12 мм/час. Анализ мочи общий: соломенно-жёлтая, нейтральная, уд.вес - 1018, прозрачная, белок – отриц.; мочевой осадок: Эр. 0-1, Л. - 1-2 в п/зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 77 г/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, мочевина - 5,4 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, общий холестерин – 5,8 ммоль/л,	1. Язвенная болезнь 12-п кишки. 2. ГЭРБ, язвенная болезнь желудка. 3. ФЭГДС. 4. Щадящая диета. Нормокалорийный рацион; режим питания дробный; исключение горячей и холодной пищи; соблюдение антирефлюксного режима.

	глюкоза – 5,3 ммоль/л, калий – 3,4 мМ/л, натрий – 156 мМ\л. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, корни не расширены. Синусы свободны. ЭКГ: ЭОС не отклонена, ритм синусовый, Ч.С.С - 70 уд.в мин. Умеренные диффузные изменения миокарда. УЗИ печени, поджелудочной железы, почек - без патологических изменений. Вопросы. 1. Сформулируйте предположительный диагноз данного пациента. 2. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз у данного больного. 3. Метод первоочередной диагностики. 4. Какую диету необходимо назначить пациенту? Основные требования данного рациона?		
179	Вопрос. Препаратом выбора для лечения дуктулярного холестаза является:	Варианты ответов: № 1.кортикостероиды № 2.гептрал № 3.урсодезоксихолевая кислота № 4.иммунодепрессанты № 5.карсил	Ответ 3
180	Вопрос. Не является показанием к оперативному лечению:	Варианты ответов: № 1. нефункционирующий желчный пузырь № 2. камненосительство № 3. механическая желтуха № 4. эмпиема желчного пузыря	Ответ 2
181	Вопрос. Исход реанимации является наиболее благоприятным при:	Варианты ответов: № 1. первичной остановке кровообращения № 2. первичной остановке дыхания	Ответ 2

		№ 3. первичном поражении центральной нервной системы № 4. первичном поражении нейроэндокринной сферы № 5. остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы	
182	Вопрос. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.	Варианты ответов: 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: в)
183	Вопрос. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:	Правильный ответ: нижняя треть грудины	
184	Вопрос. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.	Варианты ответов: 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: а)
185	К механическим осложнениям острого инфаркта миокарда относятся, кроме:	Варианты ответов: № 1. отрыв папиллярной мышцы № 2. разрыв межжелудочковой перегородки № 3. наружный разрыв миокарда № 4. синдром Дресслера	Ответ 4

186	У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину, можно предположить:	Правильный ответ: Пенетрацию.	
187	Вопрос. Симптомом желудочно-кишечного кровотечения не является:	Варианты ответов: № 1. бледность № 2. слабость № 3. тахикардия № 4. снижение гемоглобина и эритроцитов № 5. повышение АД	Ответ 5
188	Вопрос. Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:	Варианты ответов: № 1. возникновение распространенных инфарктов № 2. сердечная недостаточность № 3. частые тромбоэмболические осложнения № 4. нетипичный болевой синдром № 5. все перечисленное	Ответ 5
189	Вопрос. Частота инфаркта миокарда при СД не зависит от:	Варианты ответов: № 1. длительности диабета № 2. возраста больных № 3. наличия ожирения № 4. от половой принадлежности № 5. наличия гипертензии	Ответ 4
190	Вопрос. Для гипогликемической комы характерно:	Варианты ответов: № 1. высокий уровень сахара крови № 2. быстрое развитие комы № 3. запах ацетона № 4. шумное дыхание № 5. сухость кожных покровов	Ответ 2

191	Вопрос. При кетоацидотической коме отмечается:	Варианты ответов: № 1. гликемия менее и равная 5,0 ммол/л № 2. отсутствие кетоацидоза № 3. сохраненное сознание № 4. нет признаков обезвоживания № 5. шумное дыхание	Ответ 5
192	Вопрос. Лечебные мероприятия при диабетической коме не включают:	Варианты ответов: № 1. немедленную госпитализацию и интенсивную инсулинотерапию № 2. устранение нарушений углеводного и липидного обменов № 3. борьба с дегидратацией № 4. борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью № 5. прежний режим введения инсулина	Ответ 5
193	Ситуационная задача. Больной М., 45 лет, служащий. Рост 174 см, вес 62 кг. Поступил на стационарное лечение в гастро-энтерологическое отделение по неотложной помощи с жалобами на тошноту, неоднократную рвоту, интенсивные боли в области левого подреберья и отрыжку пищей, неустойчивый стул. Из анамнеза: больным себя считает в течение 9 лет, когда впервые появилась тошнота, боли в животе опоясывающего характера, неустойчивый стул на фоне употребления жирной пищи. С тех пор периодически при погрешностях в питании, а также после употребления алкоголя отмечались обострения заболевания. Настоящее обострение также связывает с употреблением жирной и копченой пищи, в последние дни	Правильный ответ. Обострение хронического панкреатита.	

	вышеперечисленные жалобы усилились. При осмотре: общее состояние ближе к удовлетворительному. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. АД – 130/70 мм.рт.ст., язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечается резкая болезненность в эпигастральной области и в области левого подреберья. Печень не увеличена. Желчепузырные симптомы отрицательные. Стул маслянистый, склонен к жидкообразному. При лабораторно-инструментальном обследовании получены следующие результаты: Анализ крови общий: Эр. - 4,4×1012/л, Hb - 120 г/л, ЦП - 0,94; Л - 8,5×109 /л (э – 4%, п – 12%, с – 57%, л - 24%, м - 3 %); СОЭ - 26 мм/час. Анализ мочи общий: соломенно-жёлтая, нейтральная, уд.вес - 1018, прозрачная, белок – отриц.; мочевой осадок: Эр. 0-1, Л. - 1-2 в п/зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 77 г/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, мочевина - 5,4 ммоль/л, креатинин - 89 мкмоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л, калий – 4,4 мМ/л, натрий – 156 мМ\л. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, корни не расширены. Синусы свободны. ЭКГ: ЭОС не отклонена, ритм синусовый, ЧСС - 75 уд.в мин. Вопрос: Сформулируйте предположительный диагноз данного пациента.		
194	Вопрос. Молочные жиры являются источником:	Варианты ответов: № 1. витаминов А, Д, каротина № 2. витамина Е	Ответ 1

		№ 3. все перечисленное	
195	Вопрос. Комплекс QRS, характерный для трансмурального инфаркта миокарда:	Варианты ответов: № 1. QR № 2. qR № 3. RS № 4. rSR' № 5. QS	Ответ 5
196	Вопрос. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии; 2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.	Варианты ответов: 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, 4 и 5	Ответ а)
197	Вопрос. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.	Варианты ответов: 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 д)
198	Вопрос. К признакам шока относятся: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. гиперемия лица	Варианты ответов: 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 а)
199	Вопрос.	Правильный ответ. Повышается.	

	При недостаточности правых отделов сердца центральное венозное давление (ЦВД):		
200	Вопрос. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:	Правильный ответ. Наличие воздуха в плевральной полости	
201	Вопрос. Внезапная сердечная смерть в сочетании с симптомами, позволяющими заподозрить ишемию миокарда, по универсальной классификации инфаркта миокарда, может быть интерпретирована, как инфаркт миокарда:	Варианты ответов: № 1. I класса № 2. II класса № 3. III класса № 4. IV класса № 5. V класса	Ответ 3
202	Вопрос. Острый инфаркт миокарда, развившийся в ходе чрескожного коронарного вмешательства, относится, согласно универсальной классификации, к:	Варианты ответов: № 1. I классу № 2. II классу № 3. III классу № 4. IV классу № 5. V классу	Ответ 4
203	Вопрос. Острый инфаркт миокарда, ассоциированный с операцией аортокоронарного шунтирования, относится, согласно универсальной классификации, к:	Варианты ответов: № 1. I классу № 2. II классу № 3. III классу № 4. IV классу № 5. V классу	Ответ 5
204	Вопрос. В какие сроки с момента первого медицинского контакта оптимально начало введения тромболитика в случае проведения системного тромболизиса (время «дверь-игла»):	Варианты ответов: № 1. 10 минут № 2. 30 минут № 3. 45 минут № 4. 60 минут	Ответ 2
205	Вопрос. Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются, кроме:	Варианты ответов: № 1. геморрагический инсульт в анамнезе № 2. образование головного мозга № 3. хирургическое вмешательство в течение последнего месяца	Ответ 4

		№ 4. желудочно-кишечное кровотечение 1 год назад	
206	Вопрос. Больной 32 лет доставлен скорой помощью с затянувшимся приступом удушья. Страдает около 3-х лет бронхиальной астмой. Состояние ухудшилось около 10 дней назад: участились приступы удушья до 6-8-10 раз в сутки, резко возросла потребность в симпатомиметиках короткого действия (до 20-25 доз в сутки). При осмотре: возбужден, речь затруднена, пульс 120 в мин., дыхательная аритмия, ЧДД 32 в мин. При аускультации - дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Ph- 7.3; PO2-50 мм рт.ст. Начинать терапию следует с введения:	Варианты ответов: № 1. системных кортикостероидов № 2. эуфиллина парентерально № 3. беротека по потребности № 4. внутривенной регидратации № 5. оксигенотерапии	Ответ 1
207	Вопрос. Основными препаратами для лечения астматического статуса являются:	Варианты ответов: № 1. холинолитики № 2. кромоны № 3. муколитики № 4. глюкокортикоиды	Ответ 4
208	Вопрос. К жизнеугрожающим состояниям не относят:	Варианты ответов: № 1. Тяжелый приступ бронхиальной астмы (астматический статус) № 2. Круглогодичный аллергический ринит № 3. Анафилактический шок № 4. Отек Квинке в области гортани № 5. Острый стеноз гортани	Ответ 2
209	Вопрос. К признакам жизнеугрожающего состояния при аллергической реакции не относят:	Варианты ответов: № 1. Удушье. № 2. Выраженную одышку № 3. Артериальную гипертензию № 4. Потерю сознания № 5. Шок	Ответ 3

210	Вопрос. Препарат выбора при анафилактическом шоке:	Варианты ответов: № 1. Адреналин № 2. Хлористый кальций № 3. Димедрол № 4. Лоратадин	Ответ 1
211	Вопрос. К проявлениям ларингоспазма относится:	Варианты ответов: № 1. влажный кашель № 2. сухие свистящие хрипы № 3. экспираторная одышка № 4. затруднение выделения мокроты № 5. резкое затруднение вдоха и выдоха	Ответ 5
212	Вопрос. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:	Варианты ответов: № 1. 70% № 2. 80% № 3. 90% № 4. 100% № 5. 60%.	Ответ 2
213	Вопрос. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:	Варианты ответов: № 1. норадреналин № 2. преднизолон № 3. хлористый кальций № 4. димедрол № 5. адреналин.	Ответ 5
214	Вопрос. Препаратами, обладающими выраженными ангиопротективными и антиатеросклеротическимисвойствами, являются	Варианты ответов № 1. β-адреноблокаторы № 2. α-адреноблокаторы № 3. диуретики № 4. антагонисты кальция	Ответ 4
215	Вопрос. К селективным/специфическим ингибиторам ЦОГ-2 не относится	Варианты ответов № 1. нимесулид № 2. мелоксикам № 3. ацеклофенак	Ответ 3

216	Вопрос. В какие сроки с момента первого медицинского контакта при остром коронарном синдроме, необходимо записать ЭКГ:	Варианты ответов: № 1. в течение 5 минут № 2. в течение 10 минут № 3. в течение 15 минут № 4. в течение 30 минут	Ответ 2
217	Вопрос. Ответственность за организацию лечебного питания в отделении несет:	Правильный ответ: зав.отделением	
218	Вопрос. Критерием эффективности непрямого массажа сердца является: а) костная крепитация ребер и грудины; б) появление пульсации на сонных артериях; в) максимальное расширение зрачков; г) сужение зрачков.	Варианты ответов: № 1 если правильны ответы а), б) и в) № 2 если правильны ответы а) и в) № 3 если правильны ответы б) и г) № 4 если правильный ответ г) № 5 если правильны ответы а), б), в) и г).	Ответ 3
219	Вопрос. При использовании прямых пероральных антикоагулянтов (ПОАК) в профилактических дозах необходимо контролировать	Варианты ответов № 1. уровень фибринолитической активности крови № 2. появление геморрагических осложнений № 3. уровень агрегации тромбоцитов № 4. хронометрические показатели гемостаза	Ответ 2
220	Вопрос. При локальном стенозе крупной коронарной артерии методом лечения является	Варианты ответов № 1. транслюминальная ангиопластика коронарных артерий № 2. операция аортокоронарного шунтирования № 3. консервативное лечение коронаролитическими препаратами № 4. разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном	Ответ 1

221	Вопрос. Показанием к раннему оперативному вмещательству при инфекционном эндокардите является	Правильный ответ. Осложнения эмболического характера.	
222	Вопрос. ЭКГ-признаки острой стадии инфаркта миокарда:	Варианты ответов: № 1 патологический зубец Q № 2 смещение сегмента ST выше изолинии № 3 реципрокное смещение сегмента ST и зубца Т в противоположных отведениях № 4 все перечисленные признаки	Ответ 4
223	Вопрос. Для острой стадии инфаркта миокарда характерно:	Варианты ответов: № 1 реципрокное смещение сегмента ST в противоположных отведениях № 2 отсутствие реципрокных изменений	Ответ 1
224	Вопрос. Продолжительность острой стадии (стадии повреждения) инфаркта миокарда на ЭКГ по ВОЗ:	Варианты ответов: № 1. 7-15 дней № 2. более 15 дней № 3. 1-3 дня	Ответ 3
225	Вопрос. Иррадиация болей в спину наиболее характерна для:	Варианты ответов: № 1 стенокардии № 2 инфаркта миокарда № 3 раслаивающей аневризмы аорты № 4 всего перечисленного № 5 стенокардии, инфаркта миокарда	Ответ 3
226	Вопрос. В основе истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:	Правильный ответ: резкое снижение сократительной функции левого желудочка	
227	Вопрос.	Варианты ответов: № 1 выполнение 5 компрессий грудной	Ответ 1

	При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является:	клетки на одно вдувание воздуха в легкие № 2 выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие № 3 выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие	
228	Вопрос. Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:	Варианты ответа № 1 лазикса № 2 верапамила № 3 сердечных гликозидов № 4 обзидана	Ответ 1
229	Вопрос. Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных инфарктом миокарда можно использовать	Варианты ответов № 1. бета блокаторы № 2. ивабрадин № 3. сердечные гликозиды	Ответ 1
230	Вопрос. Наиболее выраженным нефропротективным действием при амбулаторном лечении при диабетической нефропатии обладают	Варианты ответов № 1. тиазидовые диуретики № 2. ингибиторы АПФ № 3. глюкокортикоиды № 4. бетаблокаторы	Ответ 2
231	Вопрос. Побочным явлением при пользовании ингаляционными глюкокортикойдами в обычных дозах является	Варианты ответов № 1. Язва желудочно-кишечного тракта № 2. Кандидоз ротоглотки и дисфония № 3. Сахарный диабет	Ответ 2
232	Вопрос. Препаратом выбора при лечении ревматоидного артрита является	Варианты ответов № 1. Метотрексат № 2. Гидроксихлорохин № 3. Сульфасалазин	Ответ 1

233	Вопрос. Препаратом группы глюконата железа является	Варианты ответов № 1. Тотема № 2. Мальтофер	Ответ 1
234	Вопрос. Базисной терапией бронхиальной астмы является	Варианты ответов № 1. Холинолитики № 2. Антигистаминные препараты № 3. Ингаляционные глюкокортикоиды	Ответ 3
235	Вопрос. Группа антибиотиков, чаще вызывающих почечную недостаточность	Варианты ответов № 1. Пенициллины № 2. Аминогликозиды № 3. Макролиды	Ответ 2
236	Вопрос. Оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии проводится после начала лечения через	Варианты ответов № 1. 12 часов № 2. 48-72 часа № 3. 7 суток	Ответ 2
237	Вопрос. Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой легкого течения включает	Варианты ответов № 1. Использование системных глюкокортикостероидов № 2. Ингаляционные глюкокортикостероиды +β2-агонисты короткого действия по показаниям № 3. Применение бронходилятаторов пролонгированного действия	Ответ 2
238	Вопрос. Наиболее выраженный гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме	Варианты ответов № 1. Симвастатина № 2. Аторвастатина № 3. Розувастатина	Ответ 3
239	Вопрос. Эффективная суточная доза амидарона (после насыщения) для лечения фибрилляции предсердий (мг)	Варианты ответов № 1. 800-1000 № 2. 100-200	Ответ 2
240	Вопрос. Побочным явлением при пользовании ингаляционными глюкокортикойдами в обычных дозах является	Варианты ответов № 1. Язва желудочно-кишечного тракта № 2. Кандидоз ротоглотки и дисфония	Ответ 2

		№ 3. Сахарный диабет	
241	Вопрос. Расслаивающая аневризма аорты является осложнением:	Варианты ответа № 1 требующим неотложных мероприятий № 2 хроническим состоянием № 3 жизнеугрожающим № 4 верного ответа нет	Ответ 3
242	Вопрос. Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:	Варианты ответов: № 1. паренхиматозной желтухи № 2. цитолитического синдрома № 3. портокавальных, кава-кавальных анастомозов № 4. холестатического синдрома № 5. синдрома холемии	Ответ 3
243	Вопрос. Все перечисленные признаки характерны для микронодулярного цирроза печени, кроме:	Варианты ответов: № 1. спленомегалии № 2. гинекомастии № 3. телеангиоэктазий № 4. асцита № 5. набухания шейных ве	Ответ 5
244	Вопрос. У больного с активным первичным билиарным циррозом печени ухудшилось состояние: стала нарастать желтуха, появилась спутанность сознания, сонливость, сладковатый запах изо рта, через сутки больной потерял сознание, присоединились арефлексия, дыхание Куссмауля, что следует объяснить:	Варианты ответов: № 1. желудочно-кишечным кровотечением № 2. портальной гипертензией № 3. печеночной комой	Ответ 3
245	Вопрос. Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:	Варианты ответов: № 1. кровоточивость десен № 2. гепатомегалия № 3. снижение уровня холинэстеразы № 4. кожный зуд № 5. повышение уровня АСТ и АЛТ	Ответ 4

246	Вопрос. Оптимальным методом диагностики остеопороза является	Правильный ответ. Остеоденситометрия.	
247	Вопрос Возбудителем хронического пиелонефрита чаще всего является	Варианты ответов № 1. синегнойная палочка № 2. золотистый стафилококк № 3. кишечная палочка № 4. клебсиелла	Ответ 3
248	Вопрос. Инфицирование слизистой оболочки желудка хеликобактерной инфекцией сопровождается	Варианты ответов № 1. ахлоргидрией № 2. недостаточностью кардии № 3. снижением секреции гастрина № 4. развитием антрального гастрита	Ответ 4
249	Вопрос. Прямая (коньюгированная) гипербилирубинемия характерна для желтухи, обусловленной:	Варианты ответов: № 1. гемолизом № 2. синдром Жильбера № 3. наследственным микросфероцитозом № 4. печеночно-клеточной недостаточностью	Ответ 4
250	Вопрос. Увеличение прямого и непрямого билирубина более характерно для:	Варианты ответов: № 1. наследственного сфероцитоза № 2. синдрома Жильбера № 3. холедохолитиаза № 4. опухоли поджелудочной железы № 5. завершённого цирроза печени	Ответ 5
251	Вопрос. Препаратами выбора для лечения больных с АГ с подагрой	Варианты ответов № 1. Сартаны № 2. β -блокаторы № 3. Тиазидовые диуретики	Ответ 1
252	Вопрос. Метотрексат вызывает дефицит	Варианты ответов № 1. Фолиевой кислоты № 2. Железа	Ответ 1

		№ 3. Йода	
253	Вопрос. При оперативном родоразрешении у роженицы с апластической анемией необходимо предусмотреть переливание	Варианты ответов № 1. Нативной плазмы № 2. Эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы № 3. Эритроцитарной и тромбоцитарной массы	Ответ 3
254	Вопрос. Побочный эффект в виде кашля при приеме ингибиторов АПФ вызван	Варианты ответов № 1. Психосоматическим компонентом № 2. Увеличением продукции и содержания брадикинина № 3. Снижением содержания ангиотензина-II	Ответ 2
255	Вопрос. Толерантность к углеводами нарушают	Варианты ответов № 1. Ингибиторы АПФ № 2. Глюкокортикостероиды № 3. Антагонисты кальция	Ответ 2
256	Вопрос. При пневмониях в воспалительный процесс обязательно вовлечение:	Правильные ответ: альвеол	
257	Вопрос. В крови больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживается:	Варианты ответов: № 1. высокий титр антител к стафилококку № 2. ускорение СОЭ №3. высокий уровень иммуноглобулина Е № 4. лейкоцитоз	Ответ 3
258	Вопрос. К развитию хронического легочного сердца не приводит:	Варианты ответов: № 1. ХОБЛ № 2. силикоз № 3. фиброзирующий альвеолит № 4. ожирение № 5. пневмония	Ответ 5
259	Вопрос. Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	Варианты ответов: № 1. наследственном сфероцитозе	Ответ 4

		№ 2. синдроме Жильбера № 3. аутоиммунной гемолитической анемии № 4. активном гепатите	
260	Вопрос. Домперидон относится к группе препаратов:	Варианты ответов: № 1. холинолитиков № 2. блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов № 3. ингибиторов протонной помпы № 4. антацидов № 5. Прокинетиков	Ответ 5
261	Вопрос. Фамотидин относится к группе препаратов:	Варианты ответов: № 1. блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов № 2. антацидов № 3. спазмолитиков № 4. холинолитиков № 5. ингибиторов протонной помпы	Ответ 1
262	Вопрос. При пневмониях в воспалительный процесс обязательно вовлечение:	Правильные ответ: альвеол	
263	Вопрос. В крови больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживается:	Варианты ответов: № 1. высокий титр антител к стафилококку № 2. ускорение СОЭ №3. высокий уровень иммуноглобулина Е № 4. лейкоцитоз	Ответ 3
264	Вопрос. К развитию хронического легочного сердца не приводит:	Варианты ответов: № 1. ХОБЛ № 2. силикоз № 3. фиброзирующий альвеолит № 4. ожирение № 5. пневмония	Ответ 5
265	Вопрос. Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	Варианты ответов: № 1. наследственном сфероцитозе № 2. синдроме Жильбера № 3. аутоиммунной гемолитической анемии	Ответ 4

		№ 4. активном гепатите	
1	Вопрос Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются	Варианты ответов № 1. демографические показатели № 2. заболеваемость № 3. инвалидность № 4. физическое развитие № 5. временная нетрудоспособность	Ответ 1
2	Вопрос Основными показателями естественного движения населения являются	Правильный ответ: рождаемость смертность	
3	Вопрос Обобщающим показателем естественного движения населения является:	Варианты ответов № 1. рождаемость № 2. смертность № 3. естественный прирост	Ответ 3
4	Вопрос Коэффициент рождаемости рассчитывается путем:	Варианты ответов № 1. соотношение численности родившихся в данном году к среднегодовой численности населения № 2. соотношение численности умерших к численности родившихся № 3. вычитания числа умерших из числа родившихся	Ответ 1
5	Вопрос Общий коэффициент смертности это:	Варианты ответов № 1. отношение числа умерших к среднегодовой численности населения № 2. отношение числа умерших к численности населения на 01.01 данного года № 3. общее количество умерших в течении	Ответ 1

		межпереписного периода	
6	Вопрос Показатель младенческой смертности вычисляется по формуле: Варианты ответов № 1. $\frac{((\text{число дет, умер в возрасте до одного года})+(\text{число дет, родив мертвыми}))\cdot 1000}{(\text{число всех родившихся (мертвых и живых)})}$ № 2. $\frac{(\text{число детей, умерших в возрасте до одного месяца})\cdot 1000}{(\text{число всех родившихся (мертвых и живых)})}$ № 3. $\frac{(\text{число детей, умерших в возрасте до одного года})\cdot 1000}{(\text{средняя численность населения})}$ № 4. $\frac{(\text{число дет, умер в возрасте до одного года в данном календ году})\cdot 1000}{\frac{2}{3}(\text{родившихся в данном календпрном году})+\frac{1}{3}(\text{родившихся в предыдущем году})}$		Ответ 4
7	Вопрос Показатель перинатальной смертности вычисляется по формуле: Варианты ответов № 1. $\frac{((\text{число дет, умер в теч первого года жизни})+(\text{число дет, род мертвыми}))\cdot 1000}{(\text{число всех родившихся живыми})}$ № 2. $\frac{((\text{число дет, умер в течении первых 28 дней жизни})+(\text{число дет, род мертвыми}))\cdot 1000}{(\text{число всех родившихся (мертвых и живых)})}$ № 3. $\frac{((\text{число дет, умер в течении первых 7 дней жизни})+(\text{число дет, род мертвыми}))\cdot 1000}{(\text{число детей родившихся живыми})}$ $\frac{((\text{число детей, умерших в течении первых 7 дней жизни})+(\text{число детей, родившихся мертвы}$ $(\text{число детей родившихся живыми})$		Ответ 2
8	Вопрос Средняя величина - это	Варианты ответов № 1. частота явления № 2. структура явления № 3. обобщающая характеристика варьирующего признака	Ответ 3

9	Вопрос Варианта – это	Варианты ответов № 1. величина признака № 2. частота проявления признака	Ответ 1
10	Вопрос Какой метод стандартизации следует применять, если имеются численность населения, численность умерших, их возрастно-половой состав	Варианты ответов № 1. прямой метод № 2. косвенный метод	Ответ 1
11	Вопрос Стандартизованные показатели применяются	Варианты ответов № 1. для характеристики первичного материала № 2. для полученных данных № 3. для сравнения между собой № 4. все вышеперечисленное	Ответ 3
12	Вопрос Медиана ряда – это	Варианты ответов № 1. наибольшая по значению варианта № 2. варианта, встречающаяся чаще других № 3. центральная варианта, делящая ряд пополам	Ответ 3
13	Вопрос Мода – это	№ 1. центральная варианта № 2. варианта, встречающаяся чаще других № 3. варианта с наименьшим значением признака	Ответ 2
14	Вопрос Основная цель выравнивания динамического ряда зависимости переменной Y от времени X состоит в	Варианты ответов № 1. усреднении величин Y для данного значения X № 2. выявлении основной тенденции изменений Y в зависимости от X	Ответ 2

15	Вопрос Достоверность различий показателей считается доказанной, если выполняется неравенство	Варианты ответов № 1. $\mid p_1 - p_2 \mid \geq 2 * \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$ № 2. $\mid p_1 - p_2 \mid \leq 2 * \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$	Ответ 1
16	Вопрос Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться	Варианты ответов № 1. на федеральном уровне № 2. на региональном уровне № 3. на уровне руководителя учреждения	Ответ 3
17	Вопрос Основными путями улучшения первичной медико-санитарной помощи являются	Варианты ответов № 1. введение врача общей практики и семейного врача № 2 повышение квалификации медицинского персонала № 3. совершенствование информационного обеспечения № 4. совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи № 5. повышение эффективности профилактической работы № 6. введение обязательной платы за обслуживание в поликлинике из личных средств пациента № 7. введение санитарно-гигиенического мониторинга № 8. верно все перечисленное №. 9 верно 6). 7)	Ответ 10

		№ 10. верно 1). 2). 3). 4). 5)	
18	Вопрос Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений	Варианты ответов № 1. лечебно-диагностическая работа № 2. экспертиза стойкой утраты трудоспособности № 3. профилактическая работа, диспансеризация № 4. организационно-методическая работа № 5. гигиеническое воспитание и обучение населения	Ответ 2
19	Вопрос ВОП (семейный врач) принимает и проводит лечение пациентов	Варианты ответов № 1. с любыми нозологическими формами заболеваний № 2. с наиболее часто встречающимися и доступными для диагностики заболеваниями № 3. с острыми инфекционными заболеваниями	Ответ 2
20	Вопрос Численность обслуживаемого врачом общей практики (семейным врачом) населения должна составлять	Варианты ответов № 1. 800-1000 человек № 2. 1001-1500 человек № 3. 1501-2000 человек № 4. 2000 и более человек	Ответ 3
21	Вопрос Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме	Варианты ответов № 1. территориально-участкового № 2. бригадного № 3. ведомственного № 4. частного	Ответ 4
22	Вопрос Не входит в функции регистратуры поликлиники	Варианты ответов № 1. запись посетителей на прием к врачу № 2. прием вызовов на посещение больных на	Ответ 4

		дому № 3. обеспечение оптимального потока посетителей № 4. массовое направление посетителей на исследования	
23	Вопрос При обслуживании больных на дому участковый врач не должен	Варианты ответов № 1. обеспечить раннее выявление заболевания № 2. своевременно оказывать помощь нуждающимся № 3. посещать больных на дому в день вызова № 4. ежедневно посещать больных на дому без показаний	Ответ 4
24	Вопрос Не является функциональными обязанностями заведующего отделением поликлиники	Варианты ответов № 1. повышение квалификации участковых терапевтов № 2. анализ деятельности участковых терапевтов и контроль за их работой № 3. текущая организационно-методическая и консультативная работа № 4. издание приказов по отделению	Ответ 4
25	Вопрос Основными разделами деятельности врача-специалиста являются все кроме	Варианты ответов № 1. лечебно-диагностической работы в поликлинике и на дому № 2. консультативной работы в поликлинике и на дому № 3 проведения профилактических мероприятий по своему профилю № 4. контроля за деятельностью	Ответ 4

		участкового терапевта	
26	Вопрос В соответствии с номенклатурой к стационарным учреждениям не относится	Варианты ответов № 1. республиканская больница для взрослых № 2. краевая, областная больницы для взрослых № 3. краевая, областная больницы для детей № 4. центральная районная больницы № 5. центральная городская аптека	Ответ 5
27	Вопрос Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают	Варианты ответов № 1. создание межрайонных специализированных центров и больниц № 2. специализацию коечного фонда № 3. дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса № 4. этапность в оказании медицинской помощи № 5. все вышеперечисленное	Ответ 5
28	Вопрос Не осуществляется в отделении интенсивной терапии и реанимации	Варианты ответов № 1. оказание помощи наиболее тяжелому контингенту больных № 2. интенсивное наблюдение за послеоперационными больными № 3. оказание медицинской помощи амбулаторным больным № 4. интенсивное наблюдение за больными инфарктом миокарда в острой стадии № 5. выдачу документов, удостоверяющих	Ответ 3

		временную нетрудоспособность	
29	Вопрос. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ к видам медицинской помощи относится медицинская помощь	Варианты ответов № 1. Первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная № 2. Амбулаторная, стационарная № 3. Экстренная, плановая .	Ответ 1
30	Вопрос. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на терапевтическом участке ___ человек взрослого населения старше 18 лет	Варианты ответов № 1. 1000 № 2. 1700 № 3. 2500	Ответ 2
31	Вопрос. Форме N 025-1/У «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» полежат учету	Варианты ответов № 1. Обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинских учреждений № 2. Посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием	Ответ 2
32	Вопрос. Достоинство непараметрических методов в медицинской статистике в том, что они	Варианты ответов № 1. Могут применяться при небольшом числе наблюдений № 2. Применяются при нормальном распределении признаков № 3. № 4.	Ответ 1
33	Вопрос. Не считается нарушением режима	Варианты ответов № 1. Отказ от госпитализации № 2. Несвоевременная	Ответ 1

		явка на прием № 3. Несоблюдение предписанного лечения	
34	Вопрос Основными разделами лечебно-профилактической помощи населению являются	Варианты ответов № 1. профилактика, координация, лечение № 2. профилактика, диагностика, лечение, реабилитация № 3. диагностика и лечение	Ответ 2
35	Вопрос Больницы восстановительного лечения создаются	Варианты ответов № 1. в городах с населением 1,5 млн человек и более № 2. в городах с населением 500 тыс. человек	Ответ 2
36	Вопрос Главная медицинская сестра выполняет следующие функции, кроме	Варианты ответов № 1. возглавляет работу совета медсестер больницы № 2. контролирует работу всего сестринского и младшего медперсонала № 3. несет материальную ответственность за мягкий инвентарь № 4. контролирует выполнение внутреннего распорядка в больнице	Ответ 3
37	Вопрос Старшая медсестра отделения выполняет следующие функции	Варианты ответов № 1. контролирует работу постовых медсестер отделения № 2. обеспечивает больных медикаментами № 3. обеспечивает выполнение внутреннего распорядка больными и персоналом отделения	Ответ 4

		№ 4. все вышеперечисленное	
38	Вопрос Дежурный врач осуществляет следующие функции, кроме	Варианты ответов № 1. принимает и оказывает помощь поступающим больным № 2. наблюдает за тяжелыми больными № 3. консультирует больных в приемном отделении № 4. выдает справки о смерти больного	Ответ 4
39	Вопрос Не входит в функции дежурной медсестры	Варианты ответов № 1. контроль за поведением больных № 2. выдача больным медикаментов № 3 обеспечение больных питанием № 4. контроль за работой пищеблока больницы	Ответ 4
40	Вопрос Механизации не подлежит	Варианты ответов № 1. уборка палат № 2. обработка суден № 3. сбор грязного белья № 4. раздача пищи	Ответ 4
41	Вопрос Преемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает	Варианты ответов № 1. подготовку больного к госпитализации № 2. анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара № 3. анализ обоснованности направления на госпитализацию № 4. централизацию плановой госпитализации	Ответ 4

42	Вопрос Каналами госпитализации являются	Варианты ответов № 1. направление поликлиники № 2. направление "скорой" № 3. "самотек" № 4. с разрешения главного врача № 5. все вышеперечисленное	Ответ 5
43	Вопрос Консультации больных в стационаре осуществляют	Варианты ответов № 1. прикрепленные к отделениям или привлеченные через оперативный отдел специалисты № 2. консультанты, привлеченные родственниками больных без согласования с администрацией больницы № 3. все вышеперечисленное	Ответ 1
44	Вопрос Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме	Варианты ответов № 1. контроля качества стационарной помощи № 2. соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса № 3. обоснованности направления больного в стационар № 4. направления больного в профильное отделение стационара № 5. тотальной госпитализации больных	Ответ 5
45	Вопрос Факторами, определяющими особенности организации медицинской помощи сельскому населению, являются	Варианты ответов № 1. географические, экономические, медицинские, социальные № 2. экстремальные, природно-	Ответ 1

		климатические	
46	Вопрос На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют	Варианты ответов № 1. удаленность медицинских учреждений от места жительства пациентов № 2. укомплектованность квалифицированными кадрами № 3. оснащенность медицинских учреждений оборудованием № 4. возможность получения специализированной медицинской помощи № 5. возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения № 6. Все выше перечисленное	Ответ 6
47	Вопрос Медицинская помощь сельскому населению оказывается на следующих этапах, кроме	Варианты ответов № 1. ФАП № 2. врачебной амбулатории № 3. сельского врачебного участка № 4. центральной районной больницы № 5. областных лечебно-профилактических учреждений № 6. межрайонных консультативных центров № 7. городской поликлиники	Ответ 7
48	Вопрос Под социально-гигиеническими факторами, влияющими на уровень медицинского обслуживания сельских жителей понимаются все, кроме	Вариант ответов № 1. условий труда сельских жителей № 2. условий быта сельского населения № 3. санитарной культуры сельских	Ответ 4

		жителей № 4. метеорологических условий	
49	Вопрос В состав сельского врачебного участка не входит	Вариант ответов № 1. фельдшерско-акушерские пункты № 2. участковая больница № 3. санаторий, располагающийся на территории сельского населенного пункта	Ответ 3
50	Вопрос Функции сельского врачебного участка сводятся к следующим, за исключением	Вариант ответов № 1. оказания населению лечебно-профилактической помощи № 2. проведения санитарных мероприятий № 3. родовспоможения № 4. охраны здоровья детей и подростков № 5. оказания консультативной помощи больным	Ответ 5
51	Вопрос Основными задачами и функциями сельской участковой больницы являются все, кроме	Вариант ответов № 1. оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению № 2. проведения лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка № 3. организации диспансерного наблюдения сельских жителей № 4. осуществления врачебно-трудовой экспертизы	Ответ 4

52	Вопрос В функции фельдшерско-акушерского пункта входят все, кроме	Вариант ответов № 1. оказания населению доврачебной медицинской помощи № 2. оценки качества диспансеризации населения № 3. проведения мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения № 4. повышения санитарно-гигиенической культуры населения	Ответ 2
53	Вопрос Основными функциями ЦРБ являются все перечисленные, кроме	Варианты ответов № 1. обеспечения квалифицированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению района и райцентра № 2. оперативного руководства всеми лечебно-профилактическими учреждениями района № 3. организации работы ВТЭК № 4. внедрения передового опыта, инновации и маркетинга № 5. организации контроля качества лечения больных	Ответ 3
54	Вопрос Разделом работы оргметод кабинета ЦРБ не является	Вариант ответов № 1. обобщение статистических данных о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений района № 2. разработка организационно-методических	Ответ 3

		мероприятий медицинского обслуживания населения района № 3. планирование санэпид мероприятий в районе	
55	Вопрос Административно-управленческая деятельность здравоохранения района осуществляется главным врачом района, в функции которого входят все перечисленное, кроме	Вариант ответов № 1. организации лечебно-профилактической, административно-хозяйственной и финансовой деятельности № 2. работы с кадрами № 3. организации работы ВТЭК № 4. организации работы по обеспечению населения всеми видами медицинской помощи № 5. организации информационно-статистической деятельности № 6. организации работы с общественностью	Ответ 3
56	Вопрос Задачей областной больницы не является	Варианты ответов № 1. обеспечение населения области в полном объеме высоко специализированной, квалифицированной, консультативной, поликлинической и стационарной помощью № 2. оказание организационно-методической помощи медицинским учреждениям области № 3. оказание экстренной и плановой медицинской помощи № 4. организация санитарно-противоэпидемических	Ответ 4

		мероприятий в области	
57	Вопрос В состав областной больницы не входит	Варианты ответов № 1. стационар со специализированными отделениями № 2. консультативная поликлиника № 3. отделение экстренной и плановой помощи № 4. областной отдел врачебно-трудовой экспертизы № 5. оргметодотдел	Ответ 4
58	Вопрос Организационно-методический отдел областной больницы не осуществляет	Варианты ответов № 1. анализ деятельности медицинских учреждений области с последующей разработкой мер по улучшению их работы № 2. руководство городскими станциями скорой медицинской помощи № 3. разработку планов первичной специализации и повышения квалификации врачей № 4. организацию планово-консультативных выездов высоко квалифицированных врачей - специалистов № 5. организационно-методическое руководство деятельностью городских и сельских медицинских учреждений	Ответ 2
59	Вопрос Функции главных специалистов в органах управления	Варианты ответов № 1. административной	Ответ 1

	здравоохранением включают следующее, кроме	функции № 2. руководства специализированной медицинской помощью № 3. консультативной № 4. повышения квалификации медицинских кадров	
60	Вопрос Основным источником сведений о состоянии здоровья ребенка являются данные	Варианты ответов № 1. об обращаемости за медицинской помощью № 2. осмотра ребенка после перенесенного острого заболевания № 3. обязательных медицинских осмотров (диспансеризации)	Ответ 3
61	Вопрос Укажите приоритетное направление медицинской деятельности в регионе с высоким уровнем материнской и детской смертности	Варианты ответов № 1. борьба с абортами № 2. увеличение интервала между родами № 3. формирование здорового образа жизни	Ответ 2
62	Вопрос Максимальный уровень общей заболеваемости детей РФ регистрируется в возрасте	Варианты ответов № 1. до года № 2. 1-2 года № 3. 3-4 года № 4. 5-6 лет № 5. 7-9 лет № 6. 10-14 лет	Ответ 3
63	Вопрос Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями, относятся	Варианты ответов № 1. к 1 группе здоровья № 2. к 2 группе здоровья № 3. к 3 группе здоровья № 4. к 4 группе здоровья № 5. к 5 группе здоровья	Ответ 4
64	Вопрос Наиболее популярный метод планирования семьи в России	Варианты ответов № 1. гормональная терапия	Ответ 3

		№ 2. внутриматочная контрацепция № 3. искусственный аборт № 4. стерилизация № 5. другие методы контрацепции	
65	Вопрос Цели и задачи государственной службы охраны материнства и детства	Варианты ответов № 1. обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства № 2. разработка и обеспечение законодательных актов о браке и семье № 3. охрана женского труда и трудовой деятельности подростков № 4. государственная материальная и социальная помощь семьям, имеющим детей № 5. качественная, гарантированная и доступная медико-социальная помощь, дальнейшее наращивание коечного фонда № 6. верно все перечисленное № 7. верно 1), 3), 5)	Ответ 6
66	Вопрос За последнее десятилетие уровень общей заболеваемости детей	Варианты ответов № 1. снизился № 2. остался на прежнем уровне № 3. повысился	Ответ 3
67	Вопрос За последнее десятилетие распространенность хронической патологии среди детей	Варианты ответов № 1. снизилась № 2. осталась на прежнем уровне № 3. повысилась	Ответ 3
68	Вопрос	Варианты ответов	Ответ 2

	Качество профилактической работы в детской поликлинике определяется	№ 1. числом профилактических посещений на одного ребенка в год № 2. полнотой и своевременностью проведения профилактических мероприятий № 3. изменением показателей здоровья детей	
69	Вопрос Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации со значительно сниженными функциональными возможностями, относятся	Варианты ответов № 1. к 1 группе здоровья № 2. к 2 группе здоровья № 3. к 3 группе здоровья № 4. к 4 группе здоровья № 5. к 5 группе здоровья	Ответ 5
70	Вопрос Какие прививки можно проводить беременным женщинам?	Варианты ответов № 1. никаких № 2. против кори № 3. против краснухи № 4. АДС	Ответ 1
71	Вопрос Часто болеющий ребенок определяется количеством заболеваний в год	Варианты ответов № 1. от 0 до 3 раз в год № 2. от 4 до 7 раз в год № 3. от 8 и более раз в год	Ответ 2
72	Вопрос Наиболее эффективная форма работы с семьей по вопросам воспитания здорового ребенка	Варианты ответов № 1. проведение бесед № 2. чтение лекций № 3. проведение анкетирования среди населения № 4. патронаж	Ответ 4
73	Вопрос При организации работы медицинского персонала с семьей принимается во внимание	Варианты ответов № 1. структура и состав семьи № 2. укомплектованность штатами лечебно-профилактического	Ответ 1

		учреждения № 3. состояние здоровья семьи № 4. потребность в медико-социальной помощи	
74	Вопрос Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье подростков	Варианты ответов № 1. экологические № 2. генетические № 3. наличие экстрагенитальных заболеваний № 4. наличие вредных привычек № 5. раннее начало половой жизни № 6. все вышеперечисленные	Ответ 6
75	Вопрос На каком из этапов наибольший резерв снижения перинатальных потерь?	Варианты ответов № 1. женская консультация № 2. родильный дом № 3. неонатальная служба родильного дома	Ответ 3
76	Вопрос Понятие "планирование семьи" наиболее точно отражает следующее определение	Варианты ответов № 1. система мероприятий, направленных на ограничение рождаемости № 2. методы, позволяющие супружеским парам и отдельным лицам избежать нежеланных рождений	Ответ 2
77	Вопрос Гарантированный объем медицинской помощи детям и подросткам в системе ОМС	Варианты ответов № 1. оказание медицинской помощи при острых заболеваниях № 2. оказание профилактической, лечебно-диагностической и оздоровительной	Ответ 5

		помощи участковым педиатром № 3. оказание медицинской помощи во вспомогательных и специализированных кабинетах № 4. диспансерные осмотры № 5. все перечисленное правильно	
78	Вопрос Совершенствование стационарной помощи детям может быть достигнуто за счет	Варианты ответов № 1. использования новых современных медицинских и медико-организационных технологий № 2. организации стационаров дневного пребывания № 3. применения доктрины тотальной госпитализации № 4. создания условий для совместного пребывания детей с родителями	Ответ 1
79	Вопрос Как часто заместитель главного врача по клинико-экспертной работе обязан проводить врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности?	Варианты ответов № 1. ежемесячно № 2. не реже 1 раза в квартал	Ответ 2
80	Вопрос Больному выдан листок нетрудоспособности с 18.02 по 27.02 с явкой 27.02 на прием. Больной явился лишь 5.03 (по личной инициативе находился за городом). При осмотре установлено прогрессирование процесса. Как должен быть	Варианты ответов № 1. продлен с 5.03 с указанием "нарушение режима с 27.02" № 2. продлен с 5.03	Ответ 1

	оформлен листок нетрудоспособности?		
81	Вопрос Женщинам в случае нормально протекающей беременности, родов и послеродового периода и рождения живого ребенка листок нетрудоспособности выдается на срок	Варианты ответов № 1. 86 дней № 2. 140 дней № 3. 156 дней № 4. 180 дней № 5. 194 дня	Ответ 2
82	Вопрос С какого срока беременности выдается листок нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. с 26 недель беременности № 2. с 30 недель беременности № 3. с 32 недель беременности № 4. с 29 недель беременности	Ответ 2
83	Вопрос На кого возлагается ответственность за всю постановку работы по экспертизе трудоспособности, выдаче, хранению и учету листков нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. на главного врача № 2. на главного врача и главную (старшую) медсестру № 3. на заместителя главного врача по клинико-экспертной работе	Ответ 1
84	Вопрос На какой день пребывания больного в стационаре ему должен быть выдан листок нетрудоспособности и кем подписан?	Варианты ответов № 1. в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением № 2. в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и главным врачом № 3. при выписке больного из стационара или по его требованию для предъявления по месту работы для получения пособия, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением	Ответ 3

85	Вопрос Укажите средний уровень показателя первичной инвалидности населения	Варианты ответов № 1. 45-50 на 10000 населения № 2. 28 на 100000 взрослого населения № 3. 70-80 на 10000 населения № 4. 45-40 на 10000 рабочих и служащих, колхозников № 5. 28-30 на 10000 рабочих и служащих, колхозников	Ответ 3
86	Вопрос Кто не имеет права на выдачу листков нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. лечащие врачи госсистемы здравоохранения № 2. лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения № 3. лечащие врачи частной системы здравоохранения № 4. главные врачи и их заместители	Ответ 4
87	Вопрос Кто имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу?	Варианты ответов № 1. руководители ЛПУ и поликлиник № 2. лечащий врач самостоятельно № 3. лечащий врач с утверждением зав. отделением № 4. лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ	Ответ 4
88	Вопрос Какой документ предъявляется пациентом в медучреждении для получения листка нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. справка с места работы № 2. документ о семейном положении № 3. документ, удостоверяющий личность пациента № 4. документ о прописке и месте жительства	Ответ 3

89	Вопрос При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается	Варианты ответов № 1. с 1-го дня нетрудоспособности № 2. с 3-го дня нетрудоспособности № 3. с 6-го дня нетрудоспособности № 4. с 10-го дня нетрудоспособности № 5. со дня окончания отпуска	Ответ 4
90	Вопрос Может ли быть выдан листок нетрудоспособности больному, обратившемуся за неотложной помощью в приемное отделение стационара, но не госпитализированному в стационар?	Варианты ответов № 1. листок нетрудоспособности не выдается, делается только запись об оказанной помощи, при необходимости выдается справка произвольной формы № 2. выдается справка установленной формы № 3. может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 3 дней	Ответ 1
91	Вопрос Кто выдает листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения?	Варианты ответов № 1. отраслевые профсоюзы № 2. фонд социального страхования № 3. орган управления здравоохранением № 4. лечебно-профилактическое учреждение	Ответ 4
92	Вопрос В каком случае в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по клинико-экспертной работе?	Варианты ответов № 1. при наличии поликлиники (поликлинического отделения) № 2. при наличии 30 и более врачебных должностей № 3. при наличии 20 и более врачебных	Ответ 4

		должностей амбулаторного приема № 4. при наличии 25 и более врачебных должностей амбулаторного приема	
93	Вопрос На сколько дней неоплачиваемого отпуска имеют право граждане в случае заболевания по личному заявлению без предоставления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания?	Варианты ответов № 1. на 10 дней № 2. на 30 дней № 3. на 3 дня № 4. на 5 дней	Ответ 3
94	Вопрос Кто оплачивает обязательные и периодические осмотры лиц, работающих в условиях профвредностей?	Варианты ответов № 1. страховые медицинские организации № 2. местная администрация № 3. орган управления здравоохранением № 4. работодатели этих учреждений	Ответ 4
95	Вопрос В каком случае листок нетрудоспособности выдается за все время пребывания в санатории	Варианты ответов № 1. во всех случаях направления больного в санаторий № 2. при направлении на долечивание в санаторий после стационарного лечения перенесших острый инфаркт миокарда; при санаторном лечении больных туберкулезом легких № 3. во всех случаях санаторного лечения листок нетрудоспособности выдается только на недостающие дни трудового отпуска	Ответ 2
96	Вопрос В каких случаях и кому медицинская помощь оказывается	Варианты ответов № 1. несовершеннолетним детям	Ответ 4

	без согласия граждан или их представителей?	№ 2. при несчастных случаях, травмах, отравлениях № 3. лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ № 4. лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих	
97	Вопрос С кого взыскиваются средства, затраченные на оказание мед. помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий?	Варианты ответов № 1. со страховой медицинской организации № 2. с органов социальной защиты населения № 3. с территориального фонда обязательного медицинского страхования № 4. с предприятий, учреждений, организаций или лиц, причинивших вред пострадавшему	Ответ 4
98	Вопрос Кому непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по клинико-экспертной работе?	Варианты ответов № 1. главному врачу больницы № 2. заместителю главного врача больницы по медицинскому обслуживанию населения № 3. заместителю главного врача больницы по организационно-	Ответ 1

		методической работе № 4. заместителю главного врача больницы по лечебной работе № 5. заместителю главного врача больницы по поликлиническому разделу работы	
99	Вопрос При каком сроке беременности проводится искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям?	Варианты ответов № 1. до 22 недель № 2. до 12 недель № 3. до 32 недель № 4. независимо от срока	Ответ 4
100	Вопрос Кому, в отдельных случаях, по решению местных органов управления здравоохранением может быть поручена экспертиза временной нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. работникам страховой мед. организации № 2. представителям профессиональной мед. ассоциации № 3. представителям органов социальной защиты населения № 4. средним мед. работникам учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения	Ответ 4
101	Вопрос Может ли быть проведено переосвидетельствование лиц, которым инвалидность установлена без срока переосвидетельствования (бессрочно)?	Варианты ответов № 1. не может быть ни при каких условиях № 2. может быть проведено по ходатайству инвалида № 3. может быть проведено по требованию вышестоящих органов № 4. может быть проведено по требованию органов суда и прокуратуры № 5. может быть проведено при изменении состояния	Ответ 5

		здоровья и трудоспособности или при выявлении факта необоснованного решения МСЭК	
102	Вопрос В каких случаях матери выдается листок нетрудоспособности на весь срок пребывания ребенка в стационаре?	Варианты ответов № 1. во всех случаях, когда тяжелобольные дети нуждаются в уходе № 2. при госпитализации детей в возрасте до двух лет № 3. при госпитализации детей в возрасте до 7 лет, а также тяжело больных детей старших возрастов, нуждающихся по заключению КЭК в материнском уходе	Ответ 3
103	Вопрос Сроком переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы инвалидов III группы (за исключением случаев установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования) является	Варианты ответов № 1. 6 месяцев № 2. 1 год № 3. 2 года № 4. 3 года	Ответ 2
104	Вопрос 7.02. работник уволен с предприятия по собственному желанию. В 18 часов того же дня обращается в поликлинику. Врач констатирует временную нетрудоспособность. Какой документ должен выдать врач?	Варианты ответов № 1. листок нетрудоспособности № 2. справку произвольной формы № 3. не выдает ничего	Ответ 1
105	Вопрос До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?	Варианты ответов № 1. до 10 дней № 2. до 15 дней № 3. до 45 дней № 4. до 60 дней	Ответ 2
106	Вопрос На какой максимальный срок может продлить КЭК листок нетрудоспособности?	Варианты ответов № 1. до 2 месяцев № 2. до 3 месяцев № 3. до 6 месяцев № 4. до 10 месяцев № 5. до 4 месяцев	Ответ 4

107	Вопрос В каких случаях КЭК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев?	Варианты ответов № 1. после инфаркта миокарда № 2. после инсульта № 3. при онкозаболеваниях № 4. при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций	Ответ 4
108	Вопрос Целями службы скорой и неотложной медицинской помощи являются	Варианты ответов № 1. оказание помощи при угрожающих жизни состояниях № 2. оказание помощи в кратчайшее время № 3. все вышесказанное	Ответ 3
109	Вопрос Задачами службы скорой и неотложной помощи являются все, кроме	Варианты ответов № 1. постоянной мобилизационной готовности № 2. высокой квалификации персонала выездных бригад № 3. соответствующего медицинского оснащения № 4. наличия специального транспорта № 5. анализа заболеваемости в регионе	Ответ 5
110	Вопрос Функциями службы скорой и неотложной помощи являются	Варианты ответов № 1. прием вызовов по "03", выезд бригады, оказание медицинской помощи на месте и доставка больного в стационар № 2. констатация факта смерти и выдача справки о смерти пострадавшего	Ответ 1
111	Вопрос	Варианты ответов	Ответ 2

	Госпитализация экстренных больных производится	№ 1. централизованно № 2. децентрализованно	
112	Вопрос Принцип расположения подстанции (станции) "скорой"	Варианты ответов № 1. доезжаемость до дальней точки региона обслуживания 5 мин № 2. доезжаемость до дальней точки региона обслуживания 10 мин № 3. доезжаемость до дальней точки региона обслуживания 15 мин	Ответ 3
113	Вопрос К медицинской документации "скорой" не относятся	Варианты ответов № 1. карты приема вызова по "03" № 2. карты вызова № 3. магнитофонная запись приема вызова № 4. список израсходованных медикаментов № 5. сигнальный талон в поликлинику	Ответ 4
114	Вопрос Врач выездной бригады не имеет права	Варианты ответов № 1. участвовать в управлении станцией, используя совещания, собрания, конференции № 2. вносить предложения по совершенствованию оказания помощи № 3. решать вопросы диагностики и лечения на догоспитальном этапе № 4. отказать в помощи нуждающимся по пути следования	Ответ 4
115	Вопрос Специализированная бригада выполняет выезд	Варианты ответов № 1. по указанию диспетчера направления № 2. по указанию старшего врача смены или по вызову линейной бригады	Ответ 2

		№ 3. верно все перечисленное	
116	Вопрос В функции отделения переливания крови БСМП не входит	Варианты ответов № 1. заготовка крови для трансфузий № 2. обеспечение всех отделений БСМП свежезаготовленной или консервированной кровью № 3. выполнение изосерологических исследований по определению резус-принадлежности и др. № 4. индивидуальный подбор крови № 5. учет работы, отражающей службу трансфузиологии региона	Ответ 5
117	Вопрос В функции организационно-методического отдела БСМП не входит	Варианты ответов № 1. управление службой скорой и неотложной помощи в регионе № 2. анализ показателей деятельности учреждений, оказывающих экстренную помощь № 3. анализ деятельности учреждений здравоохранения района	Ответ 3
118	Вопрос Скорую и неотложную помощь на селе обеспечивают	Варианты ответов № 1. отделения скорой помощи при ЦРБ № 2. станции СМП № 3. подстанции скорой помощи ЦРБ при участковой больнице № 4. все вышеперечисленное	Ответ 4
119	Вопрос Медицинское страхование - это	Правильный ответ: форма социальной	

		защиты интересов населения в области охраны здоровья	
120	Вопрос Субъектами обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом "О медицинском страховании граждан в РФ" являются вес. кроме	№ 1. фонда медицинского страхования № 2. страховой организации № 3. органа государственного управления, местной администрации № 4. медицинского учреждения № 5. гражданин	Ответ 1
121	Вопрос Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет ниже перечисленных, кроме	№ 1. средств местной администрации № 2. средств государственных предприятий и учреждений № 3. средств частных и коммерческих предприятий и учреждений № 4. средств граждан	Ответ 4
122	Вопрос Правовой базой обязательного медицинского страхования являются следующие документы, кроме	№ 1. Закона РФ "О медицинском страховании граждан" № 2. дополнения и изменения к Закону "О медицинском страховании" № 3. Закона "О санитарно-эпидемическом благополучии населения" № 4. Основ законодательства об охране здоровья граждан	Ответ 3
123	Вопрос Основной задачей страховых организаций в реализации системы	№ 1. оплата медицинских услуг ЛПУ, контроль качества	Ответ 1

	обязательного медицинского страхования является	медицинской помощи № 2. финансирование других функций ЛПУ № 3. финансирование противоэпидемических мероприятий на территории	
124	Вопрос Медицинская страховая компания не может осуществлять	№ 1. обязательное медицинское страхование № 2. добровольное медицинское страхование № 3. социальное страхование	Ответ 3
125	Вопрос Преимущественным методом финансирования ЛПУ в системе ОМС через страховые компании является	№ 1. предварительное кредитование ЛПУ № 2. оплата счетов-фактур за оказанные услуги, реестров за пролеченных больных № 3. оплата определенных видов деятельности ЛПУ	Ответ 2
126	Вопрос Обязанности и права страховых организаций не включают	№ 1. заключение договора с медицинским учреждением № 2. расчет стоимости медицинских услуг № 3. финансирование медицинского учреждения в зависимости от объема и вида деятельности № 4. контроль качества медицинской помощи	Ответ 2
127	Вопрос Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются все, кроме	№ 1. базовой программы ОМС № 2. численности и состава населения территории № 3. перечня медицинских учреждений, участвующих в ОМС № 4. показателя	Ответ 6

		объема медицинской помощи населению № 5. объема финансовых средств № 6. объема платных медицинских услуг	
128	Вопрос Гражданин, имеющий страховой полис ОМС. может получить медицинскую помощь	№ 1. в территориальной поликлинике № 2. в любой поликлинике населенного пункта № 3. в любой поликлинике Российской Федерации	Ответ 3
129	Вопрос В качестве страхователей при ОМС выступают	Правильный ответ: юридические или физические лица, уплачивающие страховые взносы	
130	Вопрос Кто является страхователем неработающего населения в системе ОМС?	Правильный ответ: местная администрация	
131	Вопрос Цель медицинского страхования гарантировать гражданам	№ 1. жизнь № 2. сохранение и поддержание здоровья № 3. профилактику заболеваний № 4.получение медицинской помощи за счет накопленных средств	Ответ 4
132	Вопрос По какой программе обеспечивается бесплатная медицинская помощь?	№ 1. по программе платных услуг № 2. по программе добровольного медицинского страхования № 3. по программе бесплатных медицинских услуг № 4. по программе обязательного медицинского страхования № 5. по программе государственных	Ответ 5

		гарантий обеспечения граждан медицинской помощью	
133	Вопрос Что (кто) является объектом медицинского страхования?	№ 1. больной человек № 2. всё здоровое население № 3. человек, получивший травму или заболевание № 4. страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая № 5. страховой случай	Ответ 5
134	Вопрос Кому подчиняется страховая медицинская организация?	№ 1. министру здравоохранения Российской Федерации № 2. министру финансов Российской Федерации № 3. министру социальной защиты населения № 4. не подчиняется никому	Ответ 4
135	Вопрос В собственности кого находятся финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования?	№ 1. страховых медицинских организаций № 2. предприятий, организаций № 3. фонда социального страхования населения Российской Федерации № 4. в государственной собственности	Ответ 4
136	Вопрос Для чего предназначены фонды обязательного медицинского страхования?	№ 1. для профессиональной подготовки кадров № 2. для финансирования медицинских учреждений,	Ответ 4

		оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях № 3. для финансирования системы добровольного медицинского страхования. № 4. для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и финансирования ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь застрахованным	
137	Вопрос За какие виды медицинской помощи платит сам пациент?	№ 1. за медицинскую помощь, оказываемую в порядке скорой и неотложной помощи № 2. за виды медицинской помощи, предусмотренные программой обязательного медицинского страхования № 3. за дополнительные и сервисные медицинские услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования	Ответ 3
138	Вопрос С какими дисциплинами не связана система наук о труде и персонале?	Варианты ответов № 1. Экономика труда № 2. Транспортные системы № 3. Психология № 4. Физиология труда № 5. Социология труда	Ответ 2
139	Вопрос.	Варианты ответов № 1. определение	Ответ 1

	Должностная инструкция работника разрабатывается с целью:	определенных квалификационных требований, обязанностей, прав и ответственности персонала предприятия; № 2. найма работника на предприятие; № 3. отбора персонала для занимания определенной должности; № 4. согласно действующему законодательству; № 5. достижения стратегических целей предприятия.	
140	Вопрос. Функции управления персоналом представляют собой:	Варианты ответов № 1. комплекс направлений и подходов работы в с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия; № 2. комплекс направлений и подходов по повышению эффективности функционирования предприятия; № 3. комплекс направлений и подходов по увеличению уставного фонда организации; № 4. комплекс направлений и подходов по совершенствованию стратегии предприятия; № 5. комплекс направлений и мероприятий по снижению себестоимости продукции	Ответ 1

141	Вопрос. Потенциал специалиста – это:	Варианты ответов № 1. совокупность возможностей, знаний, опыта, устремлений и потребностей; № 2. здоровье человека; № 3. способность адаптироваться к новым условиям; № 4. способность повышать квалификацию без отрыва от производства; № 5. способность человека производить продукцию	Ответ 1
142	Вопрос. Горизонтальное перемещение рабочего предусматривает такую ситуацию:	Варианты ответов № 1. переведение с одной работы на другую с изменением заработной платы или уровня ответственности; № 2. переведение с одной работы на другую без изменения заработной ты или уровня ответственности; № 3. освобождение рабочего; № 4. понижение рабочего в должности; № 5. повышение рабочего в должности.	Ответ 1
143	Вопрос. Какой раздел не содержит должностная инструкция?	Варианты ответов № 1. Общие положения № 2. Основные задачи № 3. Должностные обязанности № 4. Управленческие полномочия № 5. Выводы	Ответ 5
144	Вопрос. Сущность социально-психологического аспекта управления персоналом состоит в следующем:	Варианты ответов № 1. отражает уровень развития конкретного производственного процесса, особенности	Ответ 2

		используемых в нем технологии и др. № 2. отражает вопросы социально-психологичного обеспечения управления персоналом, внедрения различных социологических и психологических процедур в практику кадровой работы; № 3. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства № 4. включает вопросы соблюдения трудового законодательства в кадровой работе.	
145	Вопрос. Сущность организационно-экономичного аспекта управления персоналом	Варианты ответов № 1. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства; № 2. предусматривает решение вопросов, связанных с воспитанием кадров, наставничеством; № 3. включает вопросы соблюдения трудового законодательства в кадровой работе; № 4. отражает уровень развития конкретного	Ответ 1

		производства, особенности используемых в нем техники и технологии, производственные условия и др..	
146	Вопрос. Физически развитая часть населения, обладающая умственными способностями и знаниями, которые необходимы для работы — это	Варианты ответов № 1. рабочая сила; № 2. трудовые ресурсы; № 3. трудовой потенциал; № 4. персонал.	Ответ 2
147	Вопрос. Работники предприятия, работающих по найму и имеющих трудовые отношения с работодателем — это:	Варианты ответов № 1. трудовые ресурсы; № 2. человеческие ресурсы; № 3. персонал; № 4. трудовой потенциал.	Ответ 3
148	Вопрос. При участии в процессе производства и управления персонал делится на:	Варианты ответов № 1. Руководителей и специалистов; № 2. Основной и обслуживающий персонал; № 3. Основной, вспомогательный и обслуживающий персонал; № 4. Производственный и управленческий персонал.	Ответ 4
149	Вопрос. Основными функциями системы управления	Варианты ответов № 1. анализ, планирование, мотивация и контроль; № 2. учет, аудит, планирование, прогнозирование, контроль; № 3. планирование, организация, мотивация, контроль, регулирование; № 4. планирование, прогнозирование,	Ответ 3

		организация, мониторинг, контроль.	
150	Вопрос. По содержанию оказания влияния на исполнителей методы управления персоналом подразделяются	Варианты ответов № 1. организационные, экономические, психологические; № 2. экономические, распорядительные, социальные; № 3. административные, организационные, социально-психологические; № 4. административные, экономические, социально-психологические.	Ответ 4
151	Вопрос. К общим принципам управления персоналом относятся:	Варианты ответов № 1. научность, непрерывность, нормативность, экономичность; № 2. комплексность, плановость, заинтересованность, ответственность; № 3. научность, системность, непрерывность, нормативность; № 4. все вышеперечисленные.	Ответ 4
152	Вопрос. В историческом развитии в управлении персоналом можно выделить последовательную смену следующих современных концепций и подходов:	Варианты ответов № 1. управление трудовыми ресурсами, управление персоналом, управление человеческими ресурсами, управление трудовым потенциалом, управления человеческим капиталом. № 2. управление персоналом, управление кадрами, управление человеком. № 3. менеджмент персонала, управление	Ответ 1

		трудовыми ресурсами, управление человеческими ресурсами, управление человеком. № 4. управление кадрами, управление персоналом.	
153	Вопрос. Процесс усовершенствования моральных, психологических, социальных, профессиональных и физических качеств личности в их единстве — это:	Варианты ответов № 1. духовное развитие личности; № 2. нравственное развитие личности; № 3. гармоничное развитие личности; № 4. профессиональное развитие личности.	Ответ 3
154	Вопрос. Группа качеств работника в которую входят: честность, образованность, ответственность, порядочность, уважение к людям — это:	Варианты ответов № 1. личностная; № 2. социальная; № 3. адаптационная; № 4. культурная.	Ответ 1
155	Вопрос. Группа качеств работника, в которую входят: сообразительность, способность к быстрой адаптации, стрессоустойчивость, обучаемость — это:	Варианты ответов № 1. личностная; № 2. социальная; № 3. адаптационная; № 4. культурная.	Ответ 3
156	Вопрос. Факторами формирования организационного поведения личности, которые определяют поведение в зависимости от взаимоотношений индивидов, являются:	Варианты ответов № 1. культурологические; № 2. социально-психологические; № 3. биопсихологических; № 4. демографические.	Ответ 2
157	Вопрос. Социальная структура персонала — это:	Варианты ответов № 1. совокупность групп, классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению,	Ответ 1

		направлением мотивации и т.д.; № 2. количественно-профессиональный состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников; № 3. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками; № 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций.	
158	Вопрос. Штатная структура персонала — это:	Варианты ответов № 1. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками; № 2. совокупность групп классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению, направлением мотивации и т.д.; № 3. количественно-профессийний состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников; № 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций.	Ответ 3
159	Вопрос. Группа работников, которая направляет, координирует и	Варианты ответов № 1. линейные руководители;	Ответ 1

	стимулирует деятельность предприятия, распоряжается его ресурсами, несет полную ответственность за достижение целей предприятия — это:	№ 2. функциональные руководители; № 3. специалисты; № 4. производственный персонал.	
160	Вопрос Обобщающим показателем естественного движения населения является:	Варианты ответов № 1. рождаемость № 2. смертность № 3. естественный прирост	Ответ 3
161	Вопрос Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются	Варианты ответов № 1. демографические показатели № 2. заболеваемость № 3. инвалидность № 4. физическое развитие № 5. временная нетрудоспособность	Ответ 1
№ по компетенции	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Вопрос. Медико-статистическое исследование включает следующие этапы, кроме:	Варианты ответов № 1. сбора статистического материала; № 2. проведения стандартизации; № 3. анализа статистического материала; № 4. разработки, группировки, сводки статистического материала; № 5. составления программы и плана статистического исследования.	Ответ 2
2	Вопрос. По времени статистическое наблюдение может быть:	Варианты ответов № 1. единовременное и текущее; № 2. сопряженное и несопряженное; № 3. сплошное и выборочное; № 4. интервальное и	Ответ 1

		моментное	
3	Вопрос. Третий этап статистического исследования включает:	Варианты ответов № 1. анализ статистического материала; № 2. выкопировку сведений; № 3. разработку учетного документа; № 4. разработку, группировку и сводку статистического материала; № 5. формулировку выводов.	Ответ 3
4	Вопрос. Статистическим сказуемым является:	Варианты ответов № 1. сумма показателей в графах таблицы; № 2. показатели горизонтального ряда (по строкам); № 3. признаки, применяемые для характеристики подлежащего и расположенные по графам таблицы; № 4. сводная количественная характеристика статистической совокупности по строкам; № 5. сводная количественная характеристика статистической совокупности по графам	Ответ 3
5	Вопрос. Из перечисленных видов статистических таблиц наилучшее представление об исследуемой совокупности дает:	Варианты ответов № 1. простая таблица; № 2. групповая таблица; № 3. четырехпольная таблица; № 4. многопольная таблица; № 5. комбинационная таблица.	Ответ 5

6	Вопрос. Четвертый этап статистического исследования включает:	Варианты ответов № 1. анализ полученных данных; № 2. формирование комбинационных таблиц; № 3. графические изображения; № 4. контроль собранного статистического материала; № 5. группировку статистического материала.	Ответ
7	Вопрос. Основное требование, предъявляемое к выборочной совокупности:	Варианты ответов № 1. объективность; № 2. репрезентативность; № 3. сопряженность; № 4. выборочность; № 5. дискретность.	Ответ 2
8	Вопрос. Условием для расчета средних величин является построение:	Варианты ответов № 1. интервального ряда; № 2. вариационного ряда; № 3. динамического ряда; № 4. моментного ряда; № 5. групповой таблицы.	Ответ 2
9	Вопрос. Характеристиками вариационного ряда являются:	Варианты ответов № 1. среднее квадратическое отклонение и коэффициент вариации; № 2. средняя ошибка и коэффициент корреляции; № 3. показатель соотношения и коэффициент координации; № 4. показатель наглядности и стандартизированный	Ответ

		коэффициент; № 5. темп роста и темп прироста.	
10	Вопрос. К средним величинам относятся:	Варианты ответов № 1. амплитуда; № 2. среднее квадратическое отклонение № 3. лимит № 4. средняя арифметическая	Ответ 4
11	Вопрос. Степень варьирования вариационного ряда определяется посредством вычисления:	Варианты ответов № 1. показателя наглядности; № 2. темпа роста; № 3. среднего квадратического отклонения	Ответ 3
12	Вопрос. Среднее квадратическое отклонение вычисляется для определения	Варианты ответов № 1. ошибки репрезентативности; № 2. степени варьирования вариационного ряда; № 3. достоверности разности средних величин; № 4. достоверности разности относительных величин; № 5. прогнозируемого уровня явления.	Ответ 2
13	Вопрос. Для вариационного ряда, в котором каждая величина представлена единичным наблюдением, рассчитывается средняя арифметическая:	Варианты ответов № 1. взвешенная; № 2. сложная; № 3. простая; № 4. сгруппированная	Ответ 3
14	Вопрос. Статистический метод, позволяющий исключить влияние неодинакового состава сравниваемых групп:	Варианты ответов № 1. стандартизация; № 2. дисперсионный анализ; № 3. оценка достоверности различий показателей;	Ответ 1

15	Вопрос. Функциональной связью называется связь, при которой каждому значению одного признака соответствует:	Варианты ответов № 1. одно значение другого, невзаимосвязанного с ним признака; № 2. одно значение другого, взаимосвязанного с ним признака; № 3. несколько значений другого, невзаимосвязанного с ним признака	Ответ 2
16	Вопрос. Стандартизованные коэффициенты используются для:	Варианты ответов № 1. определения достоверности различия сравниваемых показателей; № 2. сравнения групп по качественному признаку; № 3. определения характера и силы связи между явлениями; № 4. анализа показателей здоровья населения в динамике № 5. сравнения интенсивных показателей, полученных на неоднородных по составу совокупностях	Ответ 5
17	Вопрос. Коэффициент корреляции, равный нулю, свидетельствует об:	Варианты ответов № 1. слабой силе связи между явлениями; № 2. отсутствии связи между явлениями; № 3. функциональной связи между явлениями; № 4. средней силе связи между явлениями;	Ответ 2
18	Вопрос. Величина коэффициента корреляции r = 0,6 свидетельствует о силе связи между явлениями:	Варианты ответов № 1. средней; № 2. слабой; № 3. функциональной;	Ответ 1

19	Вопрос. Основное условие применения метода стандартизации:	Варианты ответов № 1. резкие различия состава изучаемых совокупностей № 2. сопряженность выборочных совокупностей. № 3. наличие данных о структуре среды и явления;	Ответ 1
20	Вопрос. Корреляционный анализ используется для:	Варианты ответов № 1. расчета обобщающих коэффициентов, характеризующих различные стороны каждого из изучаемых признаков; № 2. сравнения интенсивных показателей, полученных на неоднородных по составу совокупностях. № 3. определения пределов возможных колебаний выборочных показателей при данном числе наблюдений; № 4. выявления взаимодействия факторов, определения силы и направленности	Ответ 4
21	Вопрос. Стандартизованные показатели применяются для:	Варианты ответов № 1. выявления взаимодействия факторов, определения силы и направленности № 2. сравнения между собой; № 3. характеристики первичного материала;	Ответ 2
22	Вопрос. По направлению связи корреляция может быть прямой и:	Варианты ответов № 1. обратной; № 2. сопряженной; № 3. несопряженной;	Ответ 1

23	Вопрос. Коэффициент корреляции r = -0,8 соответствует о связи:	Варианты ответов № 1. прямой сильной; № 2. обратной слабой № 3. обратной сильной; № 4. прямой слабой;	Ответ 3
24	Вопрос. Малым числом наблюдений (малой выборкой) является число наблюдений:	Варианты ответов № 1. менее 100; № 2. менее 30; № 3. менее 70;	Ответ 2
25	Вопрос. Для определения достоверности различий средних и относительных величин (t) кроме значений этих величин нужно знать их	Варианты ответов № 1. среднюю ошибку; № 2. абсолютный прирост; № 3. показатель наглядности.	Ответ 1
26	Вопрос. Данные, необходимые для определения средней ошибки (m) средней величины (M):	Варианты ответов № 1. абсолютный прирост; № 2. общее число наблюдений; № 3. мода и общее число наблюдений; № 4. среднее квадратическое отклонение и общее число наблюдений.	Ответ 4
27	Вопрос. В каких границах возможны случайные колебания средней величины (M) с вероятностью 95,5 %:	Варианты ответов № 1. M ± m; № 2. M ± 2m; № 3. M ± 5m;	Ответ 2
28	Вопрос. К параметрическим критериям оценки статистической значимости результатов исследований относится t-критерий достоверности	Варианты ответов № 1. Манна — Уитни; № 2. Стьюдента;	Ответ 2
29	Вопрос. Выравнивание динамического ряда проводится, если он состоит из:	Варианты ответов № 1. резко колеблющихся величин; № 2. экстенсивных показателей. № 3. абсолютных величин;	Ответ 1
30	Вопрос.	Варианты ответов	Ответ 3

	Моментный динамический ряд состоит из величин, характеризующих признак:	№ 1. за год; № 2. за месяц; № 3. на определенную дату;	
31	Вопрос. Интервальный динамический ряд состоит из величин, характеризующих признак:	Варианты ответов № 1. на определенный момент; № 2. на конец года; № 3. в течение ряда лет	Ответ 3
32	Вопрос. Отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню динамического ряда, выраженное в процентах, называется:	Варианты ответов № 1. показателем наглядности; № 2. темпом прироста; № 3. абсолютным приростом;	Ответ 2
33	Вопрос. Темп прироста всегда меньше темпа роста:	Варианты ответов № 1. в 5 раз; № 2. на 100 %;	Ответ 2
34	Вопрос. Групповой средней называется:	Варианты ответов № 1. средняя величина каждого укрупненного периода; № 2. средняя скорость изменения явления в единицу времени; № 3. средняя скорость изменения явления в единицу времени;	Ответ 1
35	Вопрос. Скользящей средней называется:	Варианты ответов № 1. средняя величина из данного уровня динамического ряда и двух соседних с ним (последующего и предыдущего); № 2. разновидность групповой средней; № 3. средняя величина каждого укрупненного периода;	Ответ 1
36	Вопрос. Отношение каждого из уровней динамического ряда к одному из них (чаще начальному), принятому за 100 %, называется:	Варианты ответов № 1. темпом роста; № 2. показателем наглядности; № 3. абсолютным	Ответ 2

		приростом;	
37	Вопрос. Динамические ряды применяют в случаях, кроме:	Варианты ответов № 1изучения явления в динамике;. № 2. определения закономерностей (тенденций: роста, стабилизации, снижения; цикличности, сезонности) № 3. получения средних величин;	Ответ 3
38	Вопрос. Организационно-подготовительный этап статистического исследования включает все, кроме:	Варианты ответов: № 1. постановки цели исследования; № 2. постановки задач исследования; № 3. определения научно-практической значимости исследования; № 4. выбора темы исследования; № 5. шифровки материала.	Ответ 5
39	Вопрос. Программа сбора материала включает:	Варианты ответов: № 1. выбор объекта исследования; № 2. выкопировку сведений; № 3. контроль качества регистрации; № 4. разработку учетного документа; № 5. определение объема выборки.	Ответ 4
40	Вопрос. Группировка, разработка, сводка материала являются этапом статистического исследования:	Варианты ответов: № 1. первым; № 2. вторым; № 3. третьим; № 4. четвертым; № 5. пятым.	Ответ 3
41	Вопрос. План проекта исследования включает	Варианты ответов: № 1. определение видов и способов наблюдения;	Ответ 1

		№ 2. разработку статистического документа; № 3. определение единицы наблюдения; № 4. разработку учетного документа.	
42	Вопрос. Составление плана и программы исследования является:	Варианты ответов: № 1. первым этапом исследования; № 2. вторым этапом исследования; № 3. третьим этапом исследования; № 4. четвертым этапом исследования; № 5. пятым этапом исследования.	Ответ 1
43	Вопрос. К способам получения первичной информации относятся все, за исключением:	Варианты ответов: № 1. непосредственного наблюдения; № 2. выкопировки данных из первичной медицинской документации; № 3. анамнестического способа; № 4. анкетирования; № 5. случайного отбора.	Ответ 5
44	Вопрос. Частоту явления в данной среде характеризует коэффициент:	Варианты ответов: № 1. интенсивный; № 2. экстенсивный;	Ответ 1
45	Вопрос. Показатель соотношения характеризует:	Варианты ответов: № 1. изменение явления во времени; № 2. отношение двух независимых совокупностей; № 3. распределение целого на части;	Ответ 2
46	Вопрос. Наиболее часто встречающаяся варианта вариационного ряда:	Варианты ответов: № 1. средняя арифметическая; № 2. средняя геометрическая; № 3. мода; № 4. медиана; № 5. амплитуда.	Ответ
47	Вопрос.	Варианты ответов	Ответ 2

	Медико-статистическое исследование включает следующие этапы, кроме:	№ 1. сбора статистического материала; № 2. проведения стандартизации; № 3. анализа статистического материала; № 4. разработки, группировки, сводки статистического материала; № 5. составления программы и плана статистического исследования.	
48	Вопрос. По времени статистическое наблюдение может быть:	Варианты ответов № 1. единовременное и текущее; № 2. сопряженное и несопряженное; № 3. сплошное и выборочное; № 4. интервальное и моментное;	Ответ 1
49	Вопрос. Третий этап статистического исследования включает:	Варианты ответов № 1. анализ статистического материала; № 2. выкопировку сведений; № 3. разработку учетного документа; № 4. разработку, группировку и сводку статистического материала; № 5. формулировку выводов.	Ответ 3
50	Вопрос. Организационно-подготовительный этап статистического исследования включает все, кроме:	Варианты ответов: № 1. постановки цели исследования; № 2. постановки задач исследования; № 3. определения научно-практической значимости исследования;	Ответ 5

		№ 4. выбора темы исследования; № 5. шифровки материала.	

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛАМ ТЕРАПИИ

КАРДИОЛОГИЯ

№	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Назначать антиангинальные препараты больным ИБС с безболевыми эпизодами ишемии миокарда:	1. не следует 2. следует 3. да, но только при наличии дополнительных показаний	#Ответ 2
2	Операция аортокоронарного шунтирования у больных ИБС с поражением трех основных коронарных артерий:	1. улучшает ближайший, но не влияет на отдаленный прогноз 2. улучшает отдаленный прогноз	#Ответ 2

		3. не влияет на прогноз заболевания	
3	Для установления диагноза артериальной гипертонии:	1. достаточно однократной регистрации повышенного АД 2. необходимо, чтобы АД было выше нормы не менее чем при двух посещениях в разные дни 3. обязательна регистрация повышенного АД не менее чем при трех посещениях с интервалом в 2 недели	#Ответ 2
4	В норме депрессия сегмента ST на 0,5 мм может отмечаться в отведениях:	1. V1-V3 2. V3R-V5R 3. I, II, III, aVR, aVL, aVF, V4-V6	Ответ 3
5	Причиной гипертрофии левого предсердия является:	1. острый приступ бронхиальной астмы 2. хронический обструктивный бронхит 3. митральный стеноз 4. первичная легочная гипертензия	#Ответ 3
6	При атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II наблюдается:	1. прогрессирующее удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса QRS 2. прогрессирующее удлинение интервалов PQ с последующим выпадением зубца P и комплекса QRS 3. прогрессирующее удлинение интервала PQ без выпадения комплекса QRS 4. периодическое выпадение комплекса QRS без прогрессирующего удлинения интервала PQ	#Ответ 4
7	Синдром Фредерика характеризуется:	1. сочетанием синусового ритма для предсердий и	#Ответ 2

		ритма из АВ-соединения для желудочков 2. сочетанием фибрилляции предсердий и полной атриовентрикулярной блокады 3. наличием глубоких отрицательных зубцов Т в отведениях V1-V4, сочетающихся с удлинением интервала QT при полной атриовентрикулярной блокаде	
8	Больным с имплантированным ЭКС можно проводить:	1. ЯМР 2. УЗИ 3. литотрипсию 4. УФО 5. ДДТ	#Ответ 2
9	При гипертонической болезни по ЭхоКГ определяется гипертрофия стенок левого желудочка	1. выраженная 2. резко выраженная 3. незначительная (умеренная)	#Ответ 3
10	При наличии клиники и отсутствии вегетаций на клапанах сердца при ЭхоКГ-исследовании диагноз инфекционного эндокардита:	1. исключается 2. не исключается 3. ставится под сомнения	#Ответ 2
11	При аортальной недостаточности характерный шум определяется	1. в начале систолы 2. в диастоле 3. в конце систолы	#Ответ 2
	Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается при:	1. митральном стенозе 2. митральной недостаточности 3. стенозе устья легочной артерии 4. стенозе устья аорты 5. недостаточности аортального клапана	#Ответ 4
12	У больных со стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:	1. при подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2-х пролетов лестницы) 2. при подъеме по лестнице более, чем на	#Ответ 2

		один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 3. только при очень больших физических нагрузках 4. при любой, даже минимальной физической нагрузке	
13	Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно:	1. непостоянный систолический шум 2. систолический шум иррадиирующий в подмышечную область 3. резкое ослабление первого тона на верхушке	#Ответ 1
14	Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией:	1. в пределах нормы 2. увеличена 3. снижена	#Ответ 2
15	Признаками стенокардии напряжения являются:	1. боли в левой половине грудной клетки при нагрузке 2. иррадиация болей влево - по медиальной поверхности левой руки 3. эффект от нитроглицерина или прекращения нагрузки в течение 1-3 минут 4. все перечисленное	#Ответ 4
16	Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает	1. холодовая проба 2. дипиридамоловая проба 3. проба с физической нагрузкой на велоэргометре 4. проба со статической физической нагрузкой	#Ответ 3
17	Развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца способствует	1. тиреотоксикоз 2. сахарный диабет 3. ревматоидный артрит 4. легочное сердце 5. цирроз печени	#Ответ 2
18	Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии у лиц старше 50 лет является:	1. неспецифический аортоартериит	#Ответ 4

		2. фибромускулярная дисплазия почечной артерии 3. аневризмы почечных артерий 4. атеросклеротический стеноз почечной артерии 5. тромбозы и эмболии почечных артерий	
19	Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:	1. коарктация аорты 2. заболевания почек 3. черепно-мозговая травма 4. аденома предстательной железы	#Ответ 2
20	Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии у лиц старше 50 лет является:	1. неспецифический аортоартериит 2. фибромускулярная дисплазия почечной артерии 3. аневризмы почечных артерий 4. атеросклеротический стеноз почечной артерии 5. тромбозы и эмболии почечных артерий	#Ответ 4
21	Предвестники возникновения фибрилляции предсердий:	1. АВ-блокада I степени 2. полная АВ-блокада 3. блокада левой ножки пучка Гиса 4. ранние и политопые предсердные экстрасистолы, полиморфная предсердная пароксизмальная тахикардия	#Ответ 4
22	При гипертрофии правого предсердия зубец Р:	1. высокий заостренный II, III, aVF 2. широкий двухвершинный в I, II, aVF, V5-V6 3. высокий и широкий больше 0,11" в II, III, aVF отведениях	#Ответ 1
23	При проведении ВЭМ можно:	1. верифицировать диагноз ИБС	#Ответ 5

		2. определить толерантность к физической нагрузке 3. оценить эффективность антиангинальной терапии 4. выявить нарушения сердечного ритма 5. возможно все перечисленное	
24	При дилатационной кардиомиопатии по ЭхоКГ определяется выраженная дилатация	1. левых отделов сердца 2. обоих предсердий 3. всех отделов сердца 4. правых отделов сердца	#Ответ 3
25	Основные формы аортального стеноза	1. клапанная (врожденная или приобретенная) 2. подклапанная (вроженная или приобретенная) 3. надклапанная (врожденная) 4. все перечисленное	#Ответ 4
26	Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается при:	1. митральном стенозе 2. митральной недостаточности 3. стенозе устья легочной артерии 4. стенозе устья аорты 5. недостаточности аортального клапана	#Ответ 4
27	У больных со стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:	1. при подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2-х пролетов лестницы) 2. при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 3. только при очень больших физических нагрузках 4. при любой, даже минимальной физической нагрузке	#Ответ 2
28	Уменьшение кровоснабжения головного мозга начинается при снижении среднего АД:	1. ниже 30 мм рт.ст. 2. до 50 мм рт.ст. 3. до 80 мм рт.ст.	#Ответ 2

		4. до 100 мм рт.ст.	
29	Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает	1. холодовая проба 2. дипиридамоловая проба 3. проба с физической нагрузкой на велоэргометре 4. проба со статической физической нагрузкой	#Ответ 3
30	Развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца способствует	1. тиреотоксикоз 2. сахарный диабет 3. ревматоидный артрит 4. легочное сердце 5. цирроз печени	#Ответ 2
31	При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы	1. высокое артериальное давление (более 220 и 130 мм рт ст) 2. тяжелое поражение глазного дна 3. нарушение функции почек 4. гипертоническая энцефалопатия 5. все перечисленное	#Ответ 5
32	Операция аортокоронарного шунтирования у больных ИБС:	1. улучшает качество жизни 2. улучшает прогноз заболевания 3. и то, и другое 4. ни то, и ни другое	#Ответ 3
33	Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются, кроме:	1. геморрагический инсульт в анамнезе 2. образование головного мозга 3. хирургическое вмешательство в течение последнего месяца 4. желудочно-кишечное кровотечение 1 год назад	#Ответ 4
34	Операция аортокоронарного шунтирования у больных ИБС с поражением трех основных коронарных артерий:	1. улучшает ближайший, но не влияет на отдаленный прогноз 2. улучшает отдаленный прогноз 3. не влияет на прогноз заболевания	#Ответ 2

35	Наиболее вероятной причиной возобновления приступов стенокардии в ближайшие сроки после выполнения операции аортокоронарного шунтирования является:	1. прогрессирование коронарного атеросклероза 2. окончание "плацебо-эффекта" оперативного вмешательства 3. окклюзия шунтов 4. все перечисленное	#Ответ 3
36	После операции аортокоронарного шунтирования целесообразен прием:	1. бета-адреноблокаторов 2. нифедипина 3. дипиридамола 4. липидснижающих препаратов 5. верно 1. и 4.	#Ответ 5
37	Из перечисленных факторов в наибольшей степени влияет на результаты аортокоронарного шунтирования:	1. пол 2. возраст 3. сократительная функция левого желудочка 4. масса тела 5. число пораженных коронарных артерий	#Ответ 3
38	Показаниями к проведению транслюминальной балонной пластики коронарных артерий являются:	1. многососудистые варианты диффузного поражения коронарных артерий 2. стенозирование дистальных участков коронарных артерий 3. проксимальное стенозирование при односсудистом поражении коронарных артерий	#Ответ 3
39	У больных с так называемым "синдромом Х":	1. имеются приступы стенокардии напряжения 2. коронарные артерии не изменены 3. прогноз, как правило, благоприятный 4. все перечисленное 5. правильного ответа нет	#Ответ 4
40	В норме зубец Р всегда положительный в:	1. I, II, aVF, V2-V6 2. aVR 3. III, aVL, V1	#Ответ 1

41	Классические признаки полной АВ блокады:	1. зубец Р занимает различное место по отношению к QRS 2. интервал Р-Р короче интервала R-R 3. редкий ритм для желудочков (менее 60 в 1 мин). 4. интервалы R-R равны между собой 5. все перечисленное	#Ответ 5
42	Назовите основной признак (критерий. стеноза по допплер-ЭхоКГ)	1. регистрация ретроградного турбулентного потока крови 2. регистрация ускоренного турбулентного потока крови дистальнее клапана 3. регистрация замедленного ретроградного потока крови	#Ответ 2
43	Укажите клапан сердца, на котором не может быть физиологической регургитации, определяемой с помощью допплер-ЭхоКГ:	1. митральный 2. трикуспидальный 3. аортальный 4. клапан легочной артерии	#Ответ 3
44	III тон на верхушке сердца – это:	1. тон наполнения 2. тон изгнания 3. тон растяжения	#Ответ 1
45	Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается при:	1. митральном стенозе 2. митральной недостаточности 3. стенозе устья легочной артерии 4. стенозе устья аорты 5. недостаточности аортального клапана	#Ответ 4
46	У больных со стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:	1. при подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2-х пролетов лестницы. 2. при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы. 3. только при очень больших физических нагрузках	#Ответ 2

		4. при любой, даже минимальной физической нагрузке	
47	Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:	1. сердечные гликозиды и диуретики 2. бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция 3. периферические вазодилататоры 4. сердечные гликозиды, диуретики, бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция 5. сердечные гликозиды, диуретики, периферические вазодилататоры	#Ответ 2
48	Объективным критерием положительной ВЭМ-пробы является:	1. горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более 2. инверсия зубца Т 3. частая желудочковая экстрасистолия 4. все вышеперечисленное	#Ответ 1
49	Положительное действие нитроглицерина заключается	1. в увеличении притока венозной крови к сердцу 2. в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления 3. в увеличении конечного диастолического давления 4. в уменьшении преднагрузки 5. в увеличении работы сердца	#Ответ 4
50	Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:	1. 1-4 см2 2. 4-6 см2 3. 4-8 см2 4. все ответы правильные	#Ответ 2
51	Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:	1. однонаправленное движение створок митрального клапана 2. отсутствие расширения полости левого желудочка 3. расширение левого предсердия 4. утолщение створок митрального клапана 5. все ответы правильные	#Ответ 5

52	Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно:	1. непостоянный систолический шум 2. систолический шум иррадиирующий в подмышечную область 3. резкое ослабление первого тона на верхушке	#Ответ 1
53	Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включается:	1. систолический шум на верхушке 2. ослабление I тона 3. наличие III тона 4. все перечисленное 5. все ответы неправильные	#Ответ 4
54	Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается	1. более часто, чем у больных с митральным стенозом 2. реже, чем у больных с митральным стенозом 3. нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности	#Ответ 2
55	При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:	1. увеличивается 2. уменьшается 3. не изменяется	#Ответ 1
56	Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:	1. митральном стенозе 2. недостаточности митрального клапана 3. недостаточности аортального клапана 4. стенозе устья аорты	#Ответ 4
57	Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:	1. митральном стенозе 2. стенозе устья аорты 3. недостаточности аортального клапана 4. недостаточности митрального клапана	#Ответ 3
58	Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:	1. стеноза устья аорты 2. недостаточности клапана легочной артерии 3. недостаточности аортального клапана 4. недостаточности митрального клапана	#Ответ 3
59	Острая ревматическая лихорадка чаще всего приводит к развитию:	1. аортального стеноза 2. митрального стеноза 3. стеноза легочной артерии	#Ответ 2

		4. митральной недостаточности	
60	Атриовентрикулярная блокада II степени диагностируется при:	1. удлинении интервала PQ 2. периодическом выпадении комплекса QRS 3. периодическим выпадением зубца Р и комплекса QRS	#Ответ 2
61	При гипертрофии левого желудочка электрическая ось сердца отклоняется:	1. влево 2. вправо 3. резко вправо	#Ответ 1
62	В норме у взрослых людей зубец Т может быть положительным, двухфазным и отрицательным:	1. III, aVL, V1(V2) 2. aVR 3. V2-V6 4. I, II, aVF	#Ответ 1
63	Назовите основной признак (критерий) клапанной регургитации по допплер-ЭхоКГ	1. регистрация замедленного потока крови дистальнее клапана 2. регистрация ускоренного турбулентного ретроградного потока крови проксимальнее клапана 3. регистрация ускоренного турбулентного потока крови дистальнее клапана	#Ответ 2
64	Иррадиация болей в спину наиболее характерна для:	1. стенокардии 2. инфаркта миокарда 3. раслаивающей аневризмы аорты 4. всего перечисленного 5. стенокардии, инфаркта миокарда	Ответ 3
65	Госпитализация больных с впервые возникшей стенокардией:	1. показана всем больным 2. не показана 3. показана в отдельных случаях 4. решается индивидуально	#Ответ 1
66	Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:	1. возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 2. возникновение стенокардии при любой,	#Ответ 2

		даже минимальной физической нагрузке 3. возникновение спонтанной стенокардии 4. отсутствие эффекта от нитроглицерина	
67	Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:	1. митрального стеноза 2. аортальной недостаточности 3. аортального стеноза 4. митральной недостаточности	#Ответ 3
68	Положительное действие нитроглицерина заключается	1. в увеличении притока венозной крови к сердцу 2. в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления 3. в увеличении конечного диастолического давления 4. в уменьшении преднагрузки 5. в увеличении работы сердца	#Ответ 4
69	Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерны:	1. гематурия 2. цилиндрурия 3. высокая протеинурия 4. все перечисленное	#Ответ 3
70	При гипертонической болезни выраженность гипертрофии левого желудочка:	1. часто коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД 2. не коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД 3. корреляция с этими факторами имеется, но не является выраженной	#Ответ 1
71	Митральный стеноз следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:	1. пролапса митрального клапана 2. дефекта межпредсердной перегородки 3. недостаточности аортального клапана 4. миксомы левого предсердия 5. коарктации аорты	#Ответ 5

72	Основными жалобами при асимметричной гипертрофической кардиомиопатии являются:	1. головокружение 2. обморочные состояния 3. боли в области сердца 4. все перечисленное	#Ответ 4
73	У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается	1. пароксизмальная предсердная тахикардия 2. трепетание предсердий 3. фибрилляция (мерцание) предсердий 4. атриовентрикулярная диссоциация 5. желудочковая экстрасистолия	#Ответ 3
75	У больных со стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:	1. при подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2-х пролетов лестницы) 2. при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 3. только при очень больших физических нагрузках 4. при любой, даже минимальной физической нагрузке	#Ответ 2
76	Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:	1. возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 2. возникновение стенокардии при любой, даже минимальной физической нагрузке 3. возникновение спонтанной стенокардии 4. отсутствие эффекта от нитроглицерина	#Ответ 2
77	В основе истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:	1. резкое снижение сократительной функции левого желудочка 2. стрессовая реакция на боль 3. артериальная гипотония 4. гиповолемия	#Ответ 1
78	При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:	1. диффузный гломерулонефрит 2. инфаркт почки 3. очаговый нефрит	#Ответ 4

		4. все перечисленное 5. ничего из перечисленного	
79	Эмболии при остром инфекционном эндокардите, вызванным золотистым стафилококком развиваются:	1. на первой неделе 2. через 1 месяц 3. через 3 месяца	#Ответ 1
80	При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:	1. умеренная лихорадка 2. боль в груди 3. одышка 4. слабость 5. все перечисленное	#Ответ 5
81	Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии у лиц старше 50 лет является:	1. неспецифический аортоартериит 2. фибромускулярная дисплазия почечной артерии 3. аневризмы почечных артерий 4. атеросклеротический стеноз почечной артерии 5. тромбозы и эмболии почечных артерий	#Ответ 4
82	При типичном (классическом) синдроме WPW интервал PQ:	1. нормальный 2. менее 0,12" 3. удлинен	#Ответ 2
83	Желудочковые экстрасистолы называются полиморфными, если они:	1. одинаковой формы 2. разной формы 3. правильного ответа нет	#Ответ 2
84	Назовите основной признак аневризмы сердца по ЭхоКГ	1. наличие рубцовых изменений миокарда 2. наличие пристеночного тромба 3. диастолическая деформация полости левого желудочка	#Ответ 3
85	Госпитализация больных с впервые возникшей стенокардией:	1. показана всем больным 2. не показана 3. показана в отдельных случаях 4. решается индивидуально	#Ответ 1
86	Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:	1. возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы) 2. возникновение стенокардии при любой,	#Ответ 2

		даже минимальной физической нагрузке 3. возникновение спонтанной стенокардии 4. отсутствие эффекта от нитроглицерина	
87	Для постановки диагноза инфекционного эндокардита на амбулаторном этапе необходимо использование:	1. клинических данных 2. лабораторных данных 3. эхокардиографических данных 4. верно 1 и 2 5. всего перечисленного	#Ответ 5
88	Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих состояний:	1. ИБС 2. инсульта 3. ХСН 4. всех перечисленных	#Ответ 4
89	Избыточное потребление поваренной соли в патогенезе гипертонической болезни является:	1. решающим фактором 2. сугубо второстепенным фактором 3. важным, но не решающим фактором	#Ответ 3
90	Гипотензивный эффект ИАПФ может уменьшаться при сочетанном приёме:	1. клопидогреля 2. седативных препаратов 3. НПВС 4. правильного ответа нет	#Ответ 3
91	Этиология недостаточности митрального клапана:	1. сморщивание и укорочение створок клапана 2. расширение фиброзного кольца 3. пролабирование митрального клапана 4. разрыв хорд или папиллярных мышц 5. все перечисленное	#Ответ 5
92	Внезапной коронарной смертью называют смерть:	1. при остром инфаркте миокарда 2. смерть в течение 1-го часа после возникновения неблагоприятных симптомов 3. смерть при документированной фибрилляции желудочков 4. все ответы правильные	#Ответ 2
93	В основе истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:	1. резкое снижение сократительной функции левого желудочка 2. стрессовая реакция на боль 3. артериальная гипотония	#Ответ 1

		4. гиповолемия	
94	Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:	1. митрального клапана 2. аортального клапана 3. трехстворчатого клапана 4. митрального и трехстворчатого клапанов	#Ответ 3
95	При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:	1. диффузный гломерулонефрит 2. инфаркт почки 3. очаговый нефрит 4. все перечисленное 5. ничего из перечисленного	#Ответ 4
96	При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:	1. умеренная лихорадка 2. боль в груди 3. одышка 4. слабость 5. все перечисленное	#Ответ 5
97	Тактика антибактериальной терапии при остром инфекционном эндокардите сводится к:	1. немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае 2. назначению больших доз антибиотиков только после получения результатов бактериологического исследования 3. возможны оба варианта 4. правильного ответа нет	#Ответ 1
98	При остром инфекционном эндокардите рекомендуется:	1. внутривенное введение антибиотиков 2. внутримышечное введение антибиотиков 3. применение препаратов per os 4. любой из перечисленных способов	#Ответ 1
99	Митральный стеноз чаще всего является следствием:	1. ревматизма 2. инфекционного эндокардита 3. системной красной волчанки 4. атеросклероза	#Ответ 1
100	Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:	1. 1-4 см2 2. 4-6 см2 3. 4-8 см2 4. все ответы правильные	#Ответ 2

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

№	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:	1. системной красной волчанки 2. аденокарциномы бронха 3. туберкулеза легких 4. мезотелиомы плевры 5. хронической недостаточности кровообращения	#Ответ 4
2	К причинным факторам экзогенного аллергического альвеолита не относятся:	1. термофильные актиномицеты 2. пыльца растений 3. перхоть и шерсть животных 4. птичий помет 5. пищевые аллергены 6. кремниевая пыль 7. медикаменты	#Ответ 5
3	Основная причина загрудинных болей при остром легочном сердце:	1. коронарная недостаточность 2. плевральный синдром 3. расширение ствола легочной артерии 4. острая правожелудочковая недостаточность	#Ответ 3
4	ХОБЛ, клинически протекающая с преобладанием эмфиземы ("эмфизематозный тип"), сопровождается формированием хронического легочного сердца:	1. на ранних стадиях 2. на поздних стадиях 3. возможно и на ранних, и на поздних стадиях	#Ответ 2
5	При актиномикозе легких в мокроте обнаруживают:	1. кристаллы гематоидина 2. обызвествленные эластические волокна 3. казеозный некроз 4. друзы актиномицетов 5. большое количество диплококков	#Ответ 4
6	Причиной смерти при массивном легочном кровотечении является:	1. потеря крови 2. коллапс 3. сердечная слабость 4. интоксикация 5. асфиксия	#Ответ 5
7	Гематогенное проникновение стафилококка в легкие приводит к развитию:	1. единичного абсцесса 2. множественных тонкостенных полостей	#Ответ 2

		3. пневмосклероза 4. гнойного плеврита 5. спонтанного пневмоторакса	
8	Наиболее частая причина эксудативного плеврита в молодом возрасте:	1. диффузное заболевание соединительной ткани 2. травма грудной клетки 3. туберкулез 4. гемофилия 5. сахарный диабет	#Ответ 3
9	Стабильное состояние альвеол обеспечивается:	1. тонусом бронхиального дерева 2. стабильностью функции бета2-рецепторов 3. сурфактантом 4. капиллярным кровотоком	#Ответ 3
10	Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:	1. внезапно возникающий цианоз 2. немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка 3. акцент 2-го тона над легочной артерией 4. набухание шейных вен	#Ответ 2
11	Наиболее информативный инструментальный метод диагностики ТЭЛА:	1. рентгенография органов грудной клетки 2. ФКГ 3. перфузионное и вентиляционное сканирование легких 4. ЭКГ	#Ответ 3
	Наиболее ранний клинический признак гипертрофии правого желудочка:	1. набухание шейных вен 2. гепатомегалия 3. тахикардия 4. эпигастральная пульсация 5. периферические отеки	#Ответ 4
12	С патогенетических позиций оптимальный мочегонный препарат при хронической легочно-сердечной недостаточности:	1. тиазидное производное 2. салуретик 3. спиронолактон 4. ингибитор карбоангидразы	#Ответ 4
13	В клинической картине синдрома Айерсы (Аерза) доминирует:	1. "металлический" акцент 2-го тона над легочной артерией 2. выраженная эпигастральная пульсация	#Ответ 3

		3. "чернильный" цианоз 4. приступы болей в сердце	
14	При хроническом легочном сердце акцент 2-го тона над легочной артерией исчезает при появлении:	1. левожелудочковой недостаточности 2. относительной трикуспидальной недостаточности 3. гипертрофии и дилатации левого предсердия 4. относительной аортальной недостаточности	#Ответ 2
15	О развитии сердечной недостаточности у больного с ХОБЛ свидетельствует:	1. "переход" одышки при нагрузке в одышку в покое 2. появление ортопное 3. появление цианоза 4. наличие диастолического шума Грехема-Стилла 5. мерцательная аритмия	#Ответ 1
16	Больному ЛСН III стадии, с выраженным отечным синдромом, тахикардией более 100 в 1 мин., в первую очередь следует назначить:	1. сердечные гликозиды + салуретики 2. ингибиторы АПФ + салуретики 3. периферические вазодилататоры 4. антикоагулянты 5. лидокаин 6. блокаторы кальциевых каналов	#Ответ 2
17	Для эмпиемы плевры, легочного абсцесса, остеомиелита характерна лихорадка:	1. субфебрильная 2. септическая 3. постоянная	#Ответ 2
18	Возвратная лихорадка, кашель, мокрота характерны для:	1. очагового туберкулеза легких 2. бронхоэктатической болезни 3. бронхиальной астмы	#Ответ 2
19	К жизнеугрожающим состояниям не относят:	1) Тяжелый приступ бронхиальной астмы (астматический статус) 2) Круглогодичный аллергический ринит 3) Анафилактический шок 4) Отек Квинке в области гортани 5) Острый стеноз гортани	#Ответ 2

20	К развитию хронического легочного сердца не приводит:	1. ХОБЛ 2. силикоз 3. фиброзирующий альвеолит 4. ожирение 5. пневмония	#Ответ 5
21	У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа, на ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний может обусловить приведенную выше клиническую картину:	1. острый инфаркт миокарда 2. спонтанный пневмоторакс 3. бронхиальная астма 4. тромбоэмболия легочной артерии 5. пневмония	#Ответ 4
22	Для острого ателектаза наиболее типично:	1. боль в грудной клетке 2. внезапная одышка и удушье 3. сильный внезапный кашель 4. кровотечение 5. смещение органов средостения в здоровую сторону	#Ответ 2
23	Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев, ночные поты. За последние 4 месяца похудел на 4 кг. Объективно: кожные покровы бледные, умеренный цианоз губ, пульс 102 в мин, АД-165/95мм рт. ст., СОЭ- 18 мм/час, гемоглобин -115 г/л, лейкоциты - 4000. Рентгенологически в шестом сегменте справа фокус инфильтрации с признаками деструкции. Предположительный диагноз:	1. болезнь Кушинга 2. рак легкого 3. хроническая пневмония 4. эхинококкоз легкого 5. туберкулез легкого	#Ответ 5
24	У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°, правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно от 3-го межреберья	1. очаговая пневмония в нижней доле справа 2. крупозная пневмония справа 3. обострение хронического бронхита 4. правосторонний экссудативный плеврит	#Ответ 4

	спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой области не проводится, левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Этим данным соответствует диагноз:	5. правосторонний гидроторакс	
25	Выслушивание сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких характерно для:	1. повышения воздушности легких 2. наличия жидкости в полости плевры 3. нарушения бронхиальной проходимости 4. уплотнения легочной ткани 5. наличия полости в легочной ткани	#Ответ 3
26	Осложнение, редко наблюдаемое при пневмониях:	1. плеврит 2. абсцедирование 3. инфаркт легкого 4. эмпиема плевры	#Ответ 3
27	Рефлекс Эйлера-Лильестранда вызывает:	1. тахикардию 2. центральное тахипноэ 3. бронхиолоспазм 4. спазм ветвей лёгочной артерии 5. релаксацию диафрагмы	#Ответ 4
28	Характеристика массивного ателектаза:	1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону 2. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в сторону притупления 3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы 4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония 5. инспираторная одышка, уменьшение объёма легких, крепитация	#Ответ 2

29	Недостатком ингаляционных М-холинолитиков по сравнению с ß-2 агонистами является:	1. большая частота побочных эффектов 2. наличие системных эффектов 3. более позднее начало действия	#Ответ 3
30	Для необструктивного бронхита характерно:	1. коробочный звук 2. инспираторная одышка 3. удлиненный выдох 4. сухие хрипы на выдохе 5. продуктивный кашель в утренние часы	#Ответ 5
31	В крови больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживается:	1. высокий титр антител к стафилококку 2. ускорение СОЭ 3. высокий уровень иммуноглобулина Е 4. лейкоцитоз	#Ответ 3
32	Основным показателем ФВД, определяющим тяжесть течения ХОБЛ является:	1. ДО 2. ОФВ1 3. ЖЕЛ.	#Ответ 2
33	Хронический необструктивный бронхит не сопровождается:	1. отделением гнойной мокроты 2. сухими хрипами 3. одышкой	#Ответ 3
34	Неэффективность преднизолона при астматическом статусе объясняется	1. индивидуальной непереносимостью 2. избыточным приемом преднизолона в прошлом 3. снижением функции коры надпочечников 4. наличием системной артериальной гипертензии 5. наличием слизистых пробок в бронхах	#Ответ 5
35	К муколитикам не относится:	1. бромгексин 2. эуфиллин 3. мукалтин 4. бисолвон 5. калия йодид	#Ответ 2
36	Генетическое заболевание, приводящее к первично-прогрессирующей эмфиземе:	1. альвеолярный протеиноз 2. первичный амилоидоз 3. синдром Марфана 4. дефицит альфа-1-антитрипсина 5. альвеолярный микролитиаз	#Ответ 4

37	Наиболее частый симптом ХОБЛ:	1. лихорадка 2. кашель 3. боли в грудной клетке 4. одышка	#Ответ 4
38	При остром воспалительном процессе в плевральном выпоте преобладают:	1. лимфоциты 2. эозинофилы 3. нейтрофилы 4. эритроциты 5. моноциты	#Ответ 3
39	Нарастание в плевральной жидкости количества нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм свидетельствует:	1. о затухании плеврита 2. об угрозе нагноения 3. о переходе в хроническое течение	#Ответ 2
40	Какое утверждение верно:	1) внебольничные и внутрибольничные пневмонии различаются по тяжести течения 2) “ржавая” мокрота характерна для туберкулеза легких 3) пневмоцистные пневмонии характерны для больных СПИДом 4) при пневмонии лимфогенный путь заражения – ведущий 5) пенициллин показан при микоплазменной пневмонии	#Ответ 3
41	Наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются:	№ 1. пневмококк № 2. простейшие № 3. вирусы № 4. грибы № 5. микоплазма	#Ответ 3
42	Факторы риска ОРВИ:	№ 1. Детский и пожилой возраст № 2. Бактериальные инфекции № 3. Контакт с летучими поллютантами № 4. Назначение иммуномодуляторов	#Ответ 1
43	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОПС) вызывается:	№ 1. Пневмококком № 2. Легионеллой № 3. Короновирусом № 4. Анаэробами № 5. Микоплазмой	#Ответ 3
44	Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у взрослых характеризуется:	№ 1. Развитием риносинусита № 2. Развитием риноконъюктивита	#Ответ 4

		№ 3. Развитием энтероколита № 4. Ринофарингита и катарального бронхита № 5. Развитием пневмонии	
45	Микоплазменная инфекция наиболее часто осложняется:	№ 1. Энтеритом № 2. Пневмонией № 3. Трахеобронхитом № 4. Инфекцией мочевыводящих путей № 5. Инфекционно-токсическим шоком	#Ответ 2
46	Наиболее частая этиология острых фарингитов:	№ 1. Вирусы № 2. Простейшие № 3. Бактерии № 4. Грибы	#Ответ 1
47	Для лечения острого синусита антибиотики:	№ 1. Показаны, а при доказанной бактериальной инфекции их назначение является обязательным № 2. Не показаны № 3. Должны назначаться лицам пожилого возраста не зависимо от этиологии № 4. Не назначаются № 5. Назначаются детям раннего возраста	#Ответ 1
48	Наиболее частой этиологией острого бронхита является:	№ 1. Бактериальная инфекция № 2. Вирусная инфекция № 3. Микоплазменная и хламидийная инфекция № 4. Воздействие ирритантов	#Ответ 2
49	В программы лечения острого бронхита антибактериальные препараты включаются:	№ 1. Всегда № 2. При доказанной бактериальной инфекции	#Ответ 2
50	При микоплазменных и хламидийных бронхитах препаратами выбора будут:	№ 1. Защищенные аминопенициллины № 2. Оральные цефалоспорины № 3. Фторхинолоны второго поколения № 4. Современные макролиды	#Ответ 4
51	Наиболее часто причиной острого бронхита являются:	1. физические (сухой, горячий, холодный воздух) факторы 2. химические (кислоты, щелочи, окись азота, кремний и др.) факторы 3. инфекционные (вирусы, бактерии) факторы 4. аллергические (пыль, пыльца) агенты	#Ответ 3
52	Клиника острого бронхита встречается при:	1. коклюше 2. кори	#Ответ 1

		3. брюшном тифе 4. описторхозе	
53	Особенностью болей при сухом плеврите является их:	1. кратковременность 2. длительность 3. связь с кашлем и дыханием 4. купирование нитроглицерином 5. сочетание с кровохарканьем	#Ответ 3
54	У больного 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление ниже уровня 3-го ребра, ослабленное дыхание. Рентгенологически - смещение тени сердца влево. Наиболее вероятный диагноз:	1. экссудативный плеврит. 2. крупозная пневмония. 3. ателектаз. 4. пневмоцирроз. 5. пневмоторакс.	#Ответ 1
55	Для приступа бронхиальной астмы не характерно наличие:	1. экспираторной одышки. 2. дискантных сухих хрипов. 3. мелкопузырчатых влажных хрипов. 4. кашля с трудноотделяемой вязкой мокротой.	#Ответ 3
56	У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз. Наиболее вероятная причина:	1. гидропневмоторакс. 2. фиброз. 3. диффузная эмфизема легких. 4. бронхиальная астма. 5. лобарная пневмония.	#Ответ 3
57	После прорыва острого одиночного абсцесса в бронхи не наблюдается:	1. улучшение общего состояния. 2. кашель с выделением большого количества мокроты и неприятным запахом. 3. температуры тела до 40 гр. 4. кровохарканье.	#Ответ 3
58	Основной рентгенологический признак пневмококковой пневмонии:	1. гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту. 2. картина ателектаза. 3. тяжистый легочной рисунок. 4. очаговые тени. 5. диффузное снижение прозрачности.	#Ответ 1
59	Влажные хрипы в легких выслушиваются при:	1. пневмотораксе. 2. фиброзирующем альвеолите. 3. плевральном выпоте. 4. раке легкого. 5. эмфиземе легких. 6. пневмонии	#Ответ 6

60	Для лечения астматического статуса препаратом выбора является:	1. атропин 2. сальбутамол 3. интал 4. преднизолон 5. мукалтин	#Ответ 4
61	Механизм действия эуфиллина:	1. угнетение вагусных влияний 2. блокада медиаторов аллергических реакций 3. угнетение фосфодиэстеразы 4. активация адренорецепторов 5. угнетение дыхательного центра	#Ответ 3
62	Пространство Траубе исчезает при:	1. левостороннем экссудативном плеврите 2. эмфиземе легких 3. гипертрофии правого желудочка сердца 4. перфорации язвы желудка 5. бронхоэктазах	#Ответ 1
63	Основной метод установления этиологии диссеминаций легких:	1. пункционная биопсия легких; 2. торакоскопия с биопсией; 3. бронхоскопия с трахеобронхиальной биопсией	#Ответ 2
64	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОПС) вызывается:	№ 1. Пневмококком № 2. Легионеллой № 3. Короновирусом № 4. Анаэробами № 5. Микоплазмой	#Ответ 3
65	Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у взрослых характеризуется:	№ 1. Развитием риносинусита № 2. Развитием риноконъюктивита № 3. Развитием энтероколита № 4. Ринофарингита и катарального бронхита № 5. Развитием пневмонии	#Ответ 4
66	Микоплазменная инфекция наиболее часто осложняется:	№ 1. Энтеритом № 2. Пневмонией № 3. Трахеобронхитом № 4. Инфекцией мочевыводящих путей № 5. Инфекционно-токсическим шоком	#Ответ 2
67	Наиболее частая этиология острых фарингитов:	№ 1. Вирусы № 2. Простейшие № 3. Бактерии № 4. Грибы	#Ответ 1
68	Для лечения острого синусита антибиотики:	№ 1. Показаны, а при доказанной бактериальной инфекции их назначение является обязательным № 2. Не показаны	#Ответ 1

		№ 3. Должны назначаться лицам пожилого возраста не зависимо от этиологии № 4. Не назначаются № 5. Назначаются детям раннего возраста	
69	Длительность лечения антибактериальными препаратами острых бактериальных синуситов должна составлять:	№ 1. 3-5 дней № 2. 5-7 дней № 3. 7-10 дней № 4. Не менее 10 дней № 5. 10-14 дней и более	#Ответ 4
70	В программы лечения острого бронхита антибактериальные препараты включаются:	№ 1. Всегда № 2. При доказанной бактериальной инфекции	#Ответ 2
71	Для бронхиальной астмы характерно:	1. инспираторная одышка 2. экспираторная одышка 3. стридорозное дыхание	#Ответ 2
72	Характер мокроты при бронхиальной астме:	1. вязкая, трудно откашливаемая 2. пенистая (иногда розовая) 3. обильная, гнойная	#Ответ 1
73	При пневмониях в воспалительный процесс обязательно вовлечение:	1. органов средостения 2. плевры 3. альвеол 4. бронхов	#Ответ 3
75	Затяжная пневмония разрешается в сроки (в неделях):	1. 1-3 2. 2-4 3. 4-6 4. до 12 5. до 18	#Ответ 3
76	В крови больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживается:	1. высокий титр антител к стафилококку 2. ускорение СОЭ 3. высокий уровень иммуноглобулина Е 4. лейкоцитоз	#Ответ 3
77	Основным показателем ФВД, определяющим тяжесть течения ХОБЛ является:	1. ДО 2. ОФВ1 3. ЖЕЛ.	#Ответ 2
78	Неэффективность преднизолона при астматическом статусе объясняется	1. индивидуальной непереносимостью 2. избыточным приемом преднизолона в прошлом 3. снижением функции коры надпочечников 4. наличием системной артериальной гипертензии 5. наличием слизистых пробок в бронхах	#Ответ 5
79	К муколитикам не относится:	1. бромгексин 2. эуфиллин 3. мукалтин	#Ответ 2

		4. бисолвон 5. калия йодид	
80	Наиболее частый симптом ХОБЛ:	1. лихорадка 2. кашель 3. боли в грудной клетке 4. одышка	#Ответ 4
81	К развитию хронического легочного сердца не приводит:	1. ХОБЛ 2. силикоз 3. фиброзирующий альвеолит 4. ожирение 5. пневмония	#Ответ 5
82	У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа, на ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний может обусловить приведенную выше клиническую картину:	1. острый инфаркт миокарда 2. спонтанный пневмоторакс 3. бронхиальная астма 4. тромбоэмболия легочной артерии 5. пневмония	#Ответ 4
83	Для острого ателектаза наиболее типично:	1. боль в грудной клетке 2. внезапная одышка и удушье 3. сильный внезапный кашель 4. кровотечение 5. смещение органов средостения в здоровую сторону	#Ответ 2
84	Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев, ночные поты. За последние 4 месяца похудел на 4 кг. Объективно: кожные покровы бледные, умеренный цианоз губ, пульс 102 в мин, АД-165/95мм рт. ст., СОЭ- 18 мм/час, гемоглобин -115 г/л, лейкоциты - 4000. Рентгенологически в шестом сегменте справа фокус инфильтрации с признаками деструкции. Предположительный диагноз:	1. болезнь Кушинга 2. рак легкого 3. хроническая пневмония 4. эхинококкоз легкого 5. туберкулез легкого	#Ответ 5
85	У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°,	1. очаговая пневмония в нижней доле справа 2. крупозная пневмония справа	#Ответ 4

	правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой области не проводится, левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Этим данным соответствует диагноз:	3. обострение хронического бронхита 4. правосторонний экссудативный плеврит 5. правосторонний гидроторакс	
86	Выслушивание сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких характерно для:	1. повышения воздушности легких 2. наличия жидкости в полости плевры 3. нарушения бронхиальной проходимости 4. уплотнения легочной ткани 5. наличия полости в легочной ткани	#Ответ 3
87	Осложнение, редко наблюдаемое при пневмониях:	1. плеврит 2. абсцедирование 3. инфаркт легкого 4. эмпиема плевры	#Ответ 3
88	Рефлекс Эйлера-Лильестранда вызывает:	1. тахикардию 2. центральное тахипноэ 3. бронхиолоспазм 4. спазм ветвей лёгочной артерии 5. релаксацию диафрагмы	#Ответ 4
89	Характеристика массивного ателектаза:	1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону 2. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в сторону притупления 3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы 4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония 5. инспираторная одышка, уменьшение объёма легких, крепитация	#Ответ 2
90	Недостатком ингаляционных М-холинолитиков по	1. большая частота побочных эффектов 2. наличие системных эффектов	#Ответ 3

	сравнению с ß-2 агонистами является:	3. более позднее начало действия	
91	Для необструктивного бронхита характерно:	1. коробочный звук 2. инспираторная одышка 3. удлиненный выдох 4. сухие хрипы на выдохе 5. продуктивный кашель в утренние часы	#Ответ 5
92	В крови больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживается:	1. высокий титр антител к стафилококку 2. ускорение СОЭ 3. высокий уровень иммуноглобулина Е 4. лейкоцитоз	#Ответ 3
93	Основным показателем ФВД, определяющим тяжесть течения ХОБЛ является:	1. ДО 2. ОФВ1 3. ЖЕЛ.	#Ответ 2
94	Хронический необструктивный бронхит не сопровождается:	1. отделением гнойной мокроты 2. сухими хрипами 3. одышкой	#Ответ 3
95	Неэффективность преднизолона при астматическом статусе объясняется	1. индивидуальной непереносимостью 2. избыточным приемом преднизолона в прошлом 3. снижением функции коры надпочечников 4. наличием системной артериальной гипертензии 5. наличием слизистых пробок в бронхах	#Ответ 5
96	К муколитикам не относится:	1. бромгексин 2. эуфиллин 3. мукалтин 4. бисолвон 5. калия йодид	#Ответ 2
97	Генетическое заболевание, приводящее к первичнопрогрессирующей эмфиземе:	1. альвеолярный протеиноз 2. первичный амилоидоз 3. синдром Марфана 4. дефицит альфа-1-антитрипсина 5. альвеолярный микролитиаз	#Ответ 4
98	Наиболее частый симптом ХОБЛ:	1. лихорадка 2. кашель 3. боли в грудной клетке 4. одышка	#Ответ 4
99	При остром воспалительном процессе в плевральном выпоте преобладают:	1. лимфоциты 2. эозинофилы 3. нейтрофилы 4. эритроциты 5. моноциты	#Ответ 3

100	Нарастание в плевральной жидкости количества нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм свидетельствует:	1. о затухании плеврита 2. об угрозе нагноения 3. о переходе в хроническое течение	#Ответ 2

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

№	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Все перечисленные признаки характерны для микронодулярного цирроза печени, кроме:	№ 1. спленомегалии № 2. гинекомастии № 3. телеангиоэктазий № 4. асцита № 5. набухания шейных вен	#Ответ 5
2	Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:	№ 1. холестаз № 2. портальная гипертензия № 3. печеночная недостаточность № 4. астенический синдром № 5. диспепсический синдром	#Ответ 1
3	Основная причина формирования асцита при циррозе печени:	№ 1. гиперферментемия № 2. увеличение уровня гамма-глобулинов № 3. портальная гипертензия № 4. гипераль буминемия	#Ответ 3
4	Для подтверждения репликативной фазы хронического HBV гепатита необходимо:	№ 1. наличие в сыворотке крови альфафетопротеина № 2. острый вирусный гепатит в анамнезе № 3. выявление в сыворотке крови австралийского антигена (HBs Ag) № 4. выявление в сыворотке крови ДНК HBV	#Ответ 4
5	Причиной механической желтухи не является:	№ 1. рак головки поджелудочной железы № 2. стриктура Фатерова соска № 3. холедохолитиаз № 4. синдром Бадда-Хиари	#Ответ 4
6	О внутрипеченочном холестазе свидетельствует:	№ 1. снижение уровня кислой фосфатазы № 2. снижение уровня липопротеидов № 3. повышение ЩФ	#Ответ 3

		№ 4. повышение уровня АСТ и АЛТ № 5. увеличение уровня гамма-глобулинов	
7	Увеличение прямого и непрямого билирубина более характерно для:	№ 1. наследственного сфероцитоза № 2. синдрома Жильбера № 3. холедохолитиаза № 4. опухоли поджелудочной железы № 5. завершённого цирроза печени	#Ответ 5
8	Синдром цитолиза наиболее выражен при:	№ 1. синдроме Жильбера № 2. наследственном сфероцитозе № 3. хроническом активном гепатите № 4. циррозе печени № 5. желчно-каменной болезни	#Ответ 3
9	При "угрозе" развития печеночной комы в диете следует ограничить:	№ 1. минеральные соли № 2. жидкость № 3. белки № 4. углеводы № 5. жиры	#Ответ 3
10	Основным методом для диагностики калькулезного холецистита служит:	№ 1. УЗИ № 2. рентгеноскопия желудка № 3. ретроградная панкреатохолангиография № 4. холецистография № 5. дуоденальное зондирование	#Ответ 1
11	Высокий уровень амилазы сыворотки крови не характерен для:	№ 1. острого панкреатита № 2. хронической застойной сердечной недостаточности № 3. внематочной беременности № 4. разрыва панкреатической кисты № 5. инфекционного паротита	#Ответ 2
12	Для рака головки поджелудочной железы не характерно наличие:	№ 1. повышения уровня ЩФ № 2. появления желтухи после приступа болей № 3. гипергликемии № 4. интенсивной желтухи с зудом	#Ответ 2

		№ 5. увеличение желчного пузыря	
13	Нехарактерной для панкреатита жалобой является:	№ 1. опоясывающая боль в верхней трети живота № 2. боль в левом подреберье с иррадиацией в спину № 3. кашицеобразный стул № 4. рвота, приносящая облегчение № 5. снижение или отсутствие аппетита	#Ответ 4
14	Больная 23 лет обратилась по поводу периодических сердцебиений, дыхательного дискомфорта, выражающегося в ощущении неполноты вдоха, приступов коликообразных болей в животе, сопровождающихся частым жидким стулом с большим содержанием слизи. Как правило эти "пароксизмы" провоцируются психоэмоциональным стрессом. При осмотре: пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Другой патологии не выявлено. Ректороманоскопия без особенностей. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния:	№ 1. амебиаз № 2. болезнь Крона № 3. неспецифический язвенный колит № 4. хронический панкреатит № 5. синдром раздраженного кишечника	#Ответ 5
15	Этиологическими факторами панкреатита являются все, кроме:	№ 1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска № 2. проникновение инфекции лимфогенным путём из соседних органов № 3. низкая кислотная продукция в желудке № 4. злоупотребление алкоголем № 5. аутоиммунная агрессия	#Ответ 3
16	Для клинических проявлений пилоростеноза не характерно наличие:	№ 1. диареи № 2. шума "плеска" № 3. гипотрофии и обезвоживания	#Ответ 1

		№ 4. рвоты, приносящей облегчение № 5. тетании	
17	Купирование болевого синдрома при язвенной болезни свидетельствует о	№ 1.рубцевании язвы № 2.снижении активности гастрита № 3.снижении кислотной продукции № 4.излечении язвенной болезни № 5.достижении клинической ремиссии	#Ответ 5
18	Снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:	№ 1. хроническом антрум-гастрите № 2. синдроме Золлингер-Эллисона № 3. хроническом эрозивном гастрите № 4. хроническом атрофическом гастрите	#Ответ 4
19	Стрессовая язва желудка чаще проявляется:	№ 1. малигнизацией № 2. перфорацией № 3. пенетрацией № 4. кровотечением № 5. Демпинг-синдромом	#Ответ 4
20	Домперидон относится к группе препаратов:	№ 1. холинолитиков № 2. блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов № 3. ингибиторов протонной помпы № 4. антацидов № 5. прокинетиков	#Ответ 5
21	Высокоинформативным диагностическим критерием хронического панкреатита при УЗИ является:	№ 1. диффузное равномерное повышение эхоплотности поджелудочной железы № 2. преходящее расширение вирсунгова протока № 3. увеличение сагиттального размера головки поджелудочной железы до 30 мм № 4. кальцинаты ткани поджелудочной железы	#Ответ 4
22	Течение желчнокаменной болезни при беременности:	№ 1. ухудшается № 2. улучшается	#Ответ 1

		№ 3. не изменяется	
23	Лихорадка, желтуха, лейкоцитоз, повышение в крови непрямого билирубина характерны для:	№ 1. холангита № 2. вирусного гепатита № 3. гемолитического криза	#Ответ 3
24	Лихорадка, боль в правом подреберье, бронхоспазм, артралгии, эозинофилия наиболее характерны для:	№ 1. ЖКБ № 2. вирусного гепатита № 3. острого описторхоза	#Ответ 3
25	Повышение уровня панкреатической эластазы в крови является признаком:	№ 1.внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы № 2.уклонения ферментов в кровь при обструкции вирсунгова протока № 3.нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы № 4.тотального панкреонекроза	#Ответ 2
26	К факторам риска колоректального рака относится:	№ 1. длительные запоры № 2. синдром раздраженного кишечника № 3. аденоматозный полип кишечника у близкого родственника № 4. дивертикулез кишечника	#Ответ 3
27	К симптомам тревоги при дифференциальной диагностике органических и функциональных кишечных расстройств относится:	№ 1. ночная диарея № 2. рецидивирующие боли в животе № 3. слизь в кале № 4. длительное течение заболевания	#Ответ 1
28	Критерием билиарной колики не является:	№ 1. длительность не менее 30 минут № 2. локализация в правом подреберье, подложечной области № 3. иррадиация под правую лопатку и/или в правую половину грудной клетки № 4. иррадиация по типу опоясывающей боли № 5. возникновение в связи с приемом пищи или в ночное время	#Ответ 4

29	Критерием дисфункции сфинктера Одди не является:	№ 1.билиарная боль № 2. преходящее повышение активности трансаминаз в крови выше двух норм № 3. преходящее повышение уровня ГГТП и ЩФ в крови выше двух норм № 4. преходящее повышение активности панкреатических ферментов в крови выше двух норм № 5. гипертермия	#Ответ 5
30	Критерием дисфункции желчного пузыря не является:	№ 1. билиарная боль № 2. нарушение сократительной функции желчного пузыря по данным УЗИ и сцинтиграфии № 3. преходящее двукратное повышение активности в крови печеночных и панкреатических ферментов	#Ответ 3
31	Первичным склерозирующим холангитом чаще болеют:	№ 1. молодые женщины № 2. мужчины № 3. подростки № 4. женщины среднего возраста	#Ответ 2
32	С первичным склерозирующим холангитом чаще ассоциируются:	№ 1. язвенная болезнь № 2 желчно-каменная болезнь № 3. хронические воспалительные заболевания кишечника № 4. хронический панкреатит	#Ответ 3
33	Для купирования болей при обострении язвенной болезни 12-перстной кишки предпочтительны:	№ 1. спазмолитики № 2. прокинетики. № 3. анальгетики № 4. ингибиторы протонной помпы № 5. панкреатические ферменты	#Ответ 4
35	Снижение секреторно-кислотобразующей функции желудка наблюдается при:	№ 1. хроническом антрум-гастрите № 2. хроническом фундальном гастрите № 3. синдроме Золлингера-Эллисона	#Ответ 2

36	При лечебном голодании и гипокалорийных диетах литогенность желчи и риск камнеобразования в желчевыводящих путях	№ 1. повышается № 2. понижается № 3. не изменяется	#Ответ 1
38	Инфицированность пилорическим хеликобактером взрослого населения Сибири составляет:	№ 1.30-40% № 2.50-60% № 3.60-70% № 4.выше 70%	#Ответ 4
39	У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину, можно предположить:	№ 1. стеноз привратника № 2. пенетрацию № 3. малигнизацию № 4. перфорацию № 5. демпинг-синдром	#Ответ 2
40	Показанием к эрадикационной терапии язвенной болезни является:	№ 1.язвенная болезнь в стадии обострения № 2.язвенная болезнь в стадии ремиссии № 3.осложненная язвенная болезнь № 4.верно всё перечисленное	#Ответ 4
41	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. У больного возникло:	№ 1. пенетрация № 2. перфорация № 3. кровотечение № 4. стеноз привратника № 5. малигнизация	#Ответ 4
42	К вам на прием обратился больной с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натощак. Этот симптом типичен для:	№ 1. хронического гастрита № 2. язвенной болезни желудка № 3. язвенной болезни 12-перстной кишки № 4. холецистита № 5. панкреатита	#Ответ 3
43	Первичным билиарным циррозом печени чаще болеют:	№ 1. молодые мужчины № 2. женщины № 3. дети № 4. пожилые мужчины	#Ответ 2
44	У больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки после 2-летней ремиссии возник рецидив заболевания, подтвержденный гастродуоденоскопией. Больному необходимо оказать помощь в связи с сильными болями и рвотой	№ 1. ингибиторов протонной помпы № 2 промедола № 3. атропина № 4. анальгина № 5. но-шпы	#Ответ 1

	кислым содержимым. Наряду с диетой и режимом необходимо применение:		
45	Снижение секреторно-кислотобразующей функции желудка наблюдается при:	№ 1. хроническом антрум-гастрите № 2. хроническом фундальном гастрите № 3. синдроме Золлингера-Эллисона	#Ответ 2
46	Инфицированность пилорическим хеликобактером взрослого населения Сибири составляет:	№ 1.30-40% № 2.50-60% № 3.60-70% № 4.выше 70%	#Ответ 4
47	Показанием к эрадикационной терапии язвенной болезни является:	№ 1.язвенная болезнь в стадии обострения № 2.язвенная болезнь в стадии ремиссии № 3.осложненная язвенная болезнь № 4.верно всё перечисленное	#Ответ 4
48	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. У больного возникло:	№ 1. пенетрация № 2. перфорация № 3. кровотечение № 4. стеноз привратника № 5. малигнизация	#Ответ 4
49	Стрессовая язва желудка проявляется чаще:	№ 1. перфорацией № 2. кровотечением № 3. пенетрацией № 4. Малигнизацией	#Ответ 2
50	Не используются для лечения язвенной болезни:	№ 1. холинолитики № 2. симпатомиметики № 3. полусинтетические пенициллины № 4. Н2-гистаминовые блокаторы № 5. висмутсодержащие препараты (де-нол)	#Ответ 2
51	Множественные рецидивирующие, плохо рубцующиеся дуоденальные язвы при базальной кислотной продукции более 20 ммоль за час характерны для:	№ 1. рака 12-перстной кишки № 2. гастриномы № 3. В12-дефицитной анемии № 4. карциноидного синдрома	#Ответ 2
52	Не характерно для язвенной болезни 12-перстной кишки:	№ 1. стеноз привратника № 2. перфорация № 3. кровотечение № 4. пенетрация № 5. малигнизация	#Ответ 5

53	Наиболее характерные клинические симптомы холангита:	№ 1. боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота. № 2. приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появление обесцвеченного кала, темной мочи № 3. кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос № 4. фебрильная температура с ознобом увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз № 5. тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью	#Ответ 4
54	Критерием эффективности заместительной терапии при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы является:	№ 1. снижение избыточной массы тела № 2. нормализация массы тела при исходном ее дефиците № 3. купирование диспепсии № 4. купирование болевого синдрома № 5. купирование гипергликемии	#Ответ 2
55	Больная 60 лет длительное время страдает калькулезным холециститом с рецидивирующими приступами желчной колики. При УЗИ в желчном пузыре множество мелких конкрементов. Больной противопоказаны:	№ 1. спазмолитики № 2. антациды № 3. антибиотики № 4. холеретики № 5. холекинетики	#Ответ 5
56	У женщины 45 лет чередование поносов и запоров, вздутие живота, ощущение приливов, боли в животе при акте дефекации, отсутствие менструаций. Кал с примесью слизи. Замкнута, депрессивна. Живот мягкий, чувствительный по ходу толстого кишечника. Полное клинико-лабораторное исследование патологии не выявило. Диагноз:	№ 1. хронический панкреатит № 2. неспецифический язвенный колит № 3. болезнь Крона № 4. амебиаз № 5. синдром раздраженного кишечника	#Ответ 5
57	При сочетании диареи с болью в животе и обызвествлением мезентериальных лимфоузлов можно предполагать:	№ 1. рак толстого кишечника № 2. болезнь Крона № 3. туберкулезный мезаденит № 4. целиакию	#Ответ 3
58	У 50-летней больной желчнокаменной болезнью возник очередной приступ колики. Не	№ 1. атропин № 2. папаверин № 3. нитроглицерин № 4. морфин	#Ответ 4

	показан для купирования болевого синдрома:	№ 5. анальгин	
59	Для надпеченочной желтухи характерно:	№ 1. гипербилирубинемия прямая, повышение трансаминаз, нормальный уровень щелочной фосфатазы. № 2. гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген (может отсутствовать),нормальные трансферазы, щелочная фосфатаза резко повышена № 3. гипербилирубиемия прямая, уробилиногенурия, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген № 4. гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень трансаминаз.	#Ответ 4
60	Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени характерно:	№ 1. повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ. № 2. повышение уровня ЩФ, повышение гамма-гллютаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия № 3. снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия № 4. повышение уровня гамма-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуногло булинов. № 5. повышение уровня ЩФ, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня гамма глобулинов, гипербилирубинемия.	#Ответ 1
61	Хроническая диарея в сочетании с болями в животе, парапроктитом и наличием воспалительного инфильтрата в брюшной полости характерны для:	№ 1.хронического панкреатита № 2.болезни Крона № 3.язвенного колита № 4.рака толстой кишки	#Ответ 2

62	Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени:	№ 1. желтуха № 2. бугристость печени № 3. повышение уровня аминотрансфераз № 4. повышение уровня алфа-фетопротеина в крови № 5. повышение уровня билирубина	#Ответ 4
63	При хронических заболеваниях печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии яаляется:	№ 1. аутоиммунный гепатит № 2. хронический активный вирусный гепатит № 3. хронический неактивный гепатит № 4. новообразование печени	#Ответ 1
65	Решающим в постановке диагноза хронического активного гепатита является:	№ 1. вирусный гепатит в анамнезе № 2. гистологическое исследование печени № 3. выявление в сыворотке крови австралийского антигена № 4. периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия № 5. выявление в крови а-фетопротеина	#Ответ 2
66	Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	№ 1. наследственном сфероцитозе № 2. синдроме Жильбера № 3. аутоиммунной гемолитической анемии № 4. активном гепатите	#Ответ 4
67	Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение:	№ 1. уровень фибриногена № 2. уровня гамма-глобулинов № 3. уровня аминотрансфераз № 4. уровня ЩФ № 5. уровня кислой фосфатазы	#Ответ 4
68	Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:	№ 1. цитолитического синдрома № 2. холестатического синдрома № 3. синдрома портальной гипертензии № 4. синдрома холемии № 5. паренхиматозной желтухи	#Ответ 3
69	Поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием:	№ 1. холецистокинина № 2. секретина № 3. атропина № 4. молока	#Ответ 2

		№ 5. аскорбиновой кислоты	
70	При хроническом гастрите с постпрандиальным дистресс-синдромом препарат выбора:	№ 1. омепразол № 2. креон № 3. альмагель № 4. итоприд № 5. фамотидин	#Ответ 4
71	При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете:	№ 1. углеводы № 2. белки № 3. жиры № 4. жидкость № 5. минеральные соли	#Ответ 2
72	Наиболее специфичны отдаленные метастазы рака желудка в:	№ 1. регионарные лимфоузлы № 2. печень № 3. вирховскую железу № 4. дугласово пространство № 5. легкие	#Ответ 3
73	К этиологическим факторам панкреатита нельзя отнести:	№ 1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска № 2. низкую кислотность желудочного сока № 3. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы № 4. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов № 5. злоупотребление алкоголем	#Ответ 2
74	Для лечения обострения хронического панкреатита не используют	№ 1. антибиотики № 2. панкреатин № 3. спазмолитики № 4. блокаторы желудочной секреции № 5. октреотид	#Ответ 1
75	При неспецифическом язвенном колите системные кортикостероиды не рекомендуется использовать:	№ 1. при острой тяжелой форме № 2. местно (ректально) № 3. в комбинации с препаратами 5-аминосалициловой кислоты № 4. с целью поддержания ремиссии № 5. при системных проявлениях	#Ответ 4
76	Для цирроза печени не характерно:	№ 1. набухание шейных вен № 2. спленомегалия № 3. телеангиоэктазии № 4. гинекомастия	#Ответ 1

		№ 5. асцит	
77	Не относится к основным симптомам портальной гипертензии:	№ 1. повышенное АД № 2. образование коллатералей № 3. кровотечение из вен пищевода, геммороидальных вен № 4. асцит № 5. спленомегалия	#Ответ 1
78	К внепеченочным проявлениям цирроза печени не относятся:	№ 1. сосудистые звездочки № 2. печеночные ладони № 3. гинекомастия № 4. ожирение	#Ответ 4
79	Биохимические методы диагностики пилорического хеликобактера основаны на способности микроорганизма:	№ 1.синтезировать мочевину № 2.разлагать мочевину № 3.поглощать аммиак № 4.стимулировать секрецию соляной кислоты	#Ответ 2
80	Для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно осложнение:	№ 1. перфорация № 2. малигнизация № 3. кровотечение № 4. стеноз	#Ответ 2
81	При длительном подавлении желудочной секреции пилорический хеликобактер	№ 1. способствует усилению желудочно-пищеводного рефлюкса № 2. погибает № 3. теряет патогенные свойства № 4. проникает в собственный слой слизистой желудка № 5. активно размножается	#Ответ 5
82	Для синдрома мальабсорбции не характерно:	№ 1. диарея № 2. прогрессирующая потеря массы тела, кахексия № 3. В12-фолиево-железодефицитная анемия № 4. остеопороз, остеомаляция № 5. полигландулярная недостаточность № 6. ожирение	#Ответ 6
83	Наиболее специфичным симптомом при неспецифическом язвенном колите является:	№ 1. диарея с кровью № 2. хроническая диарея без крови № 3. боль в животе № 4. лихорадка № 5. парапроктит	#Ответ 1
84	При хронических заболеваниях печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии яаляется:	№ 1. аутоиммунный гепатит № 2. хронический активный вирусный гепатит № 3. хронический неактивный гепатит	#Ответ 1

		№ 4. новообразование печени	
85	Решающим в постановке диагноза хронического активного гепатита является:	№ 1. вирусный гепатит в анамнезе № 2. гистологическое исследование печени № 3. выявление в сыворотке крови австралийского антигена № 4. периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия № 5. выявление в крови а-фетопротеина	#Ответ 2
86	Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	№ 1. наследственном сфероцитозе № 2. синдроме Жильбера № 3. аутоиммунной гемолитической анемии № 4. активном гепатите	#Ответ 4
87	Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение:	№ 1. уровень фибриногена № 2. уровня гамма-глобулинов № 3. уровня аминотрансфераз № 4. уровня ЩФ № 5. уровня кислой фосфатазы	#Ответ 4
88	Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:	№ 1. цитолитического синдрома № 2. холестатического синдрома № 3. синдрома портальной гипертензии № 4. синдрома холемии № 5. паренхиматозной желтухи	#Ответ 3
89	Поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием:	№ 1. холецистокинина № 2. секретина № 3. атропина № 4. молока № 5. аскорбиновой кислоты	#Ответ 2
90	При хроническом гастрите с постпрандиальным дистресс-синдромом препарат выбора:	№ 1. омепразол № 2. креон № 3. альмагель № 4. итоприд № 5. фамотидин	#Ответ 4
91	При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете:	№ 1. углеводы № 2. белки № 3. жиры № 4. жидкость № 5. минеральные соли	#Ответ 2
92	Наиболее специфичны отдаленные метастазы рака желудка в:	№ 1. регионарные лимфоузлы № 2. печень	#Ответ 3

		№ 3. вирховскую железу № 4. дугласово пространство № 5. легкие	
93	К этиологическим факторам панкреатита нельзя отнести:	№ 1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска № 2. низкую кислотность желудочного сока № 3. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы № 4. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов № 5. злоупотребление алкоголем	#Ответ 2
94	Для лечения обострения хронического панкреатита не используют	№ 1. антибиотики № 2. панкреатин № 3. спазмолитики № 4. блокаторы желудочной секреции № 5. октреотид	#Ответ 1
95	При неспецифическом язвенном колите системные кортикостероиды не рекомендуется использовать:	№ 1. при острой тяжелой форме № 2. местно (ректально) № 3. в комбинации с препаратами 5-аминосалициловой кислоты № 4. с целью поддержания ремиссии № 5. при системных проявлениях	#Ответ 4
96	Для цирроза печени не характерно:	№ 1. набухание шейных вен № 2. спленомегалия № 3. телеангиоэктазии № 4. гинекомастия № 5. асцит	#Ответ 1
97	Не относится к основным симптомам портальной гипертензии:	№ 1. повышенное АД № 2. образование коллатералей № 3. кровотечение из вен пищевода, геммороидальных вен № 4. асцит № 5. спленомегалия	#Ответ 1
98	К внепеченочным проявлениям цирроза печени не относятся:	№ 1. сосудистые звездочки № 2. печеночные ладони № 3. гинекомастия № 4. ожирение	#Ответ 4

99	Биохимические методы диагностики пилорического хеликобактера основаны на способности микроорганизма:	№ 1.синтезировать мочевину № 2.разлагать мочевину № 3.поглощать аммиак № 4.стимулировать секрецию соляной кислоты	#Ответ 2
100	Для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно осложнение:	№ 1. перфорация № 2. малигнизация № 3. кровотечение № 4. стеноз	#Ответ 2
101	При длительном подавлении желудочной секреции пилорический хеликобактер	№ 1. способствует усилению желудочно-пищеводного рефлюкса № 2. погибает № 3. теряет патогенные свойства № 4. проникает в собственный слой слизистой желудка № 5. активно размножается	#Ответ 5
102	Для синдрома мальабсорбции не характерно:	№ 1. диарея № 2. прогрессирующая потеря массы тела, кахексия № 3. В12-фолиево-железодефицитная анемия № 4. остеопороз, остеомаляция № 5. полигландулярная недостаточность № 6. ожирение	#Ответ 6
103	Наиболее специфичным симптомом при неспецифическом язвенном колите является:	№ 1. диарея с кровью № 2. хроническая диарея без крови № 3. боль в животе № 4. лихорадка № 5. парапроктит	#Ответ 1
104	Все перечисленные признаки характерны для микронодулярного цирроза печени, кроме:	№ 1. спленомегалии № 2. гинекомастии № 3. телеангиоэктазий № 4. асцита № 5. набухания шейных вен	#Ответ 5
105	Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:	№ 1. холестаз № 2. портальная гипертензия № 3. печеночная недостаточность № 4. астенический синдром № 5. диспепсический синдром	#Ответ 1
106	Основная причина формирования асцита при циррозе печени:	№ 1. гиперферментемия № 2. увеличение уровня гамма-глобулинов № 3. портальная гипертензия № 4. гиперальбуминемия	#Ответ 3

107	Для подтверждения репликативной фазы хронического HBV гепатита необходимо:	№ 1. наличие в сыворотке крови альфафетопротеина № 2. острый вирусный гепатит в анамнезе № 3. выявление в сыворотке крови австралийского антигена (HBs Ag) № 4. выявление в сыворотке крови ДНК HBV	#Ответ 4
108	Причиной механической желтухи не является:	№ 1. рак головки поджелудочной железы № 2. стриктура Фатерова соска № 3. холедохолитиаз № 4. синдром Бадда-Хиари	#Ответ 4
109	О внутрипеченочном холестазе свидетельствует:	№ 1. снижение уровня кислой фосфатазы № 2. снижение уровня липопротеидов № 3. повышение ЩФ № 4. повышение уровня АСТ и АЛТ № 5. увеличение уровня гамма-глобулинов	#Ответ 3
110	Увеличение прямого и непрямого билирубина более характерно для:	№ 1. наследственного сфероцитоза № 2. синдрома Жильбера № 3. холедохолитиаза № 4. опухоли поджелудочной железы № 5. завершённого цирроза печени	#Ответ 5
111	Синдром цитолиза наиболее выражен при:	№ 1. синдроме Жильбера № 2. наследственном сфероцитозе № 3. хроническом активном гепатите № 4. циррозе печени № 5. желчно-каменной болезни	#Ответ 3
112	При "угрозе" развития печеночной комы в диете следует ограничить:	№ 1. минеральные соли № 2. жидкость № 3. белки	#Ответ 3

		№ 4. углеводы № 5. жиры	
113	Основным методом для диагностики калькулезного холецистита служит:	№ 1. УЗИ № 2. рентгеноскопия желудка № 3. ретроградная панкреатохолангиография № 4. холецистография № 5. дуоденальное зондирование	#Ответ 1
114	Высокий уровень амилазы сыворотки крови не характерен для:	№ 1. острого панкреатита № 2. хронической застойной сердечной недостаточности № 3. внематочной беременности № 4. разрыва панкреатической кисты № 5. инфекционного паротита	#Ответ 2
115	Для рака головки поджелудочной железы не характерно наличие:	№ 1. повышения уровня ЩФ № 2. появления желтухи после приступа болей № 3. гипергликемии № 4. интенсивной желтухи с зудом № 5. увеличение желчного пузыря	#Ответ 2

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

№	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Особенность течения эндемического зоба в пожилом и старческом возрасте:	1) преобладание узловых форм 2) переход в атрофическую форму АИТ 3) развитие гипотиреоза 4) увеличение процента озлокачествления щитовидной железы	#Ответ 1
2	Кому рекомендовано потреблять йодированную соль?	1) только лицам, имеющим эндемический зоб 2) беременным и кормящим женщинам 3) детям и подросткам 4) лицам пожилого возраста 5) всем без исключения	#Ответ 5

3	Для гипотиреоза не характерны следующие изменения на ЭКГ	1) брадикардия 2) снижения интервала S-T ниже изоэлектрической линии 3) инверсии зубца Т 4) малого вольтажа зубцов 5) увеличенного вольтажа зубцов	#Ответ 5
4	Для клиники эндемического зоба наиболее характерными жалобами являются	1) слабость, быстрая утомляемость, 2) нарушения памяти 3) сухость кожи, выпадение волос 4) прибавка веса, запоры 5) все перечисленное	#Ответ 5
5	Осложнениями эндемического зоба являются	1) сдавление пищевода 2) сдавление трахеи 3) сдавление сосудисто-нервного пучка 4) неприятные ощущения при глотании 5) все перечисленное	#Ответ 5
6	Достаточное поступление йода в организм составляет:	1) 20-40 мкг/сут 2) 40-60 мкг/сут 3) 60-80 мкг/сут 4) 80-100 мкг/сут 5) 100-200 мкг/сут	#Ответ 5
7	В патогенезе подострого тиреоидита играет роль	1) проникновение вируса в щитовидную железу 2) развитие аутоиммунного процесса 3) самоподдерживающийся тиреотоксикоз 4) быстрое развитие гипотиреоза	#Ответ 1
8	Исходом подострого тиреоидита, как правило, является	1) гипотиреоз 2) выздоровление 3) переход в хроническое течение 4) смерть 5) все перечисленное	#Ответ 2
9	В каких количествах нужно потреблять йодированную соль?	1) вместо обычной соли в прежнем количестве 2) в большем количестве, в дополнение к обычной соли 3) в меньшем количестве, чем обычную соль	#Ответ 1
10	Фактором риска развития злокачественных новообразований	1) радиационное повреждение щитовидной железы 2) йодная недостаточность	#Ответ 1

	щитовидной железы является	3) избыток фтора в воде 4) подострый тиреоидит 5) аутоиммунный тиреоидит	
11	Для профилактики радиационного повреждения щитовидной железы необходимо назначение	1) мерказолила 2) тиамазола 3) пропицила 4) йодистого калия 5) перхлората калия	#Ответ 4
12	Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются	1) большие размеры зоба с сдавлением органов шеи 2) наличие узлов 3) метаплазия тиреоидного эпителия 4) все перечисленное	#Ответ 4
13	Назначение тиреоидных препаратов при нормальной функции щитовидной железы является	1) нецелесообразным 2) целесообразным	#Ответ 1
14	Лечение эндемического зоба надо начинать	1) когда увеличения щитовидной железы нет 2) при увеличении щитовидной железы I степени (эутиреоз) 3) при увеличении щитовидной железы II степени (скрытый гипотиреоз) 4) при смешанном зобе II степени	#Ответ 2
15	Какое лечение следует назначить пожилому больному с декомпенсированным гипотиреозом?	1) направить в санаторий на бальнеологическое лечение 2) начать лечение L-тироксином с малых доз 3) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием ГК 4) назначить мочегонные 5) отказаться от лечения гипотиреоза	#Ответ 2
16	При назначении физиологических доз йода пожилому человеку с узловым зобом может:	1) развиться йодиндуцированный тиреотоксикоз 2) развиться аллергия 3) развиться гипотиреоз 4) появиться офтальмопатия	#Ответ 1
17	Основной гормон, контролирующий	1) ТТГ 2) АКТГ 3) пролактин	#Ответ 4

	стабильность объема клеток:	4) аргинин – вазопрессин (АВП) 5) ФСГ/ЛГ	
18	Натриевый баланс в организме поддерживается:	1) РАС 2) Альдостерон 3) Натрийуретические факторы 4) АВП 5) Все перечисленное	#Ответ 5
19	Причины гипонатриемии:	1) Гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность 2) Тиреотоксикоз, прием осмотических диуретиков 3) Гипертонический гемодиализ 4) Несахарный диабет	#Ответ 1
20	К вегетативным проявлениям климактерического невроза не относят	1. приливов 2. адинамии 3. чувства жара 4. потливости 5. покраснения лица	#Ответ 2
21	Диагноз сахарного диабета по уровню венозной плазмы натощак ставят при гликемии (ммоль/л)	1) 3,3-5,5 натощак 2) ≥ 6,1 натощак 3) более 6,7 натощак 4) более 7,0 натощак	#Ответ 4
22	Механизм сахароснижающего действия препаратов сульфанилмочевины включает	1) увеличение числа тканевых рецепторов инсулина 2) стимуляцию секреции инсулина β-клетками 3) подавление продукции глюкагона 4) уменьшение чувствительности к эндогенному инсулину 5) уменьшение абсорбции глюкозы в кишечнике	#Ответ 2
23	Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:	1) возникновение распространенных инфарктов 2) сердечная недостаточность 3) частые тромбоэмболические осложнения 4) нетипичный болевой синдром	#Ответ 5

		5) все перечисленное	
24	Частота инфаркта миокарда при СД не зависит от:	1) длительности диабета 2) возраста больных 3) наличия ожирения 4) от половой принадлежности 5) наличия гипертензии	#Ответ 4
25	Стенокардия при диабете не проявляется:	1) потливостью 2) слабостью 3) сердцебиением 4) одышкой 5) брадикардией	#Ответ 5
26	Для гипогликемической комы характерно:	1) высокий уровень сахара крови 2) быстрое развитие комы 3) запах ацетона 4) шумное дыхание 5) сухость кожных покровов	#Ответ 2
27	При кетоацидотической коме отмечается:	1) гликемия менее и равная 5,0 ммол/л 2) отсутствие кетоацидоза 3) сохраненное сознание 4) нет признаков обезвоживания 5) шумное дыхание	#Ответ 5
28	Лечебные мероприятия при диабетической коме не включают:	1) немедленную госпитализацию и интенсивную инсулинотерапию 2) устранение нарушений углеводного и липидного обменов 3) борьба с дегидратацией 4) борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью 5) прежний режим введения инсулина	#Ответ 5
29	При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:	1) физиологического раствора хлорида натрия 2) 5% раствора глюкозы 3) гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия 4) реополиглюкина	#Ответ 1

		5) гемодеза	
30	Основными биохимическими нарушениями при гиперосмолярной коме являются:	1) высокая гипергликемия 2) понижение осмолярности крови 3) отсутствие кетоацидоза 4) гиперхлоремия 5) наличие повышенной концентрации кетоновых тел	#Ответ 1,3
31	Синдром хронической передозировки инсулина при 2 типе СД проявляется:	1) лабильным течением диабета 2) потливостью 3) частыми гипогликемиями 4) прибавкой в весе 5) всем перечисленным	#Ответ 5
32	Климактерический невроз относится:	1) к патологическому климаксу 2) к нормальному климаксу 3) к вегетососудистой дистонии 4) исключительно к патологии центральной нервной системы 5) к психастении	#Ответ 1
33	Согласно классификации заболеваний щитовидной железы правильный термин:	1) базедова болезнь 2) диффузно-токсический зоб 3) первично-токсический зоб 4) тиреотоксикоз 5) гипертиреоз	#Ответ 2
35	Для легкой формы диффузно-токсического зоба не характерно:	1) повышение нервной возбудимости 2) похудание на 10-15% от исходной массы тела 3) постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин. 4) постоянная тахикардия более 100 ударов в 1 мин. 5) некоторое снижение трудоспособности	#Ответ 4
36	Для манифестной формы диффузно-токсического зоба не характерно:	1) значительное повышение нервной возбудимости 2) снижение трудоспособности	#Ответ 3

		3) сонливость 4) уменьшение массы тела на 20% от исходной 5) постоянная тахикардия от 100 до 120 ударов в 1 мин	
38	Для осложненной формы диффузно-токсического зоба не характерно:	1) повышения АД 2) появления мерцательной аритмии 3) появления сердечной недостаточности 4) тиреотоксического поражения сердца 5) прибавка массы тела	#Ответ 5
39	Сцинтиграфия служит основным способом выявления:	1) Подострого тиреоидита 2) Зоба Хашимото 3) Диффузного токсического зоба 4) Рака щитовидной железы 5) Токсической аденомы щитовидной железы	#Ответ 5
40	Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:	1) Сцинтиграфия щитовидной железы 2) Пальпаторное исследование 3) Ультразвуковое исследование щитовидной железы 4) Компьютерная томография щитовидной железы 5) Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы	#Ответ 5
41	Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее:	1) препараты йода 2) глюкокортикоиды 3) β-блокаторы 4) витамины 5) анаболики	#Ответ 1
42	Наиболее эффективный способ массовой профилактики йодного дефицита?	1) йодирование соли 2) йодирование хлеба 3) йодирование воды 4) использование препаратов йода 5) использование йодной сетки	#Ответ 1
43	Назовите основной источник поступления	1) вода 2) воздух 3) продукты питания	#Ответ 3

	йода в организм человека		
44	В каких количествах нужно потреблять йодированную соль?	1) вместо обычной соли в прежнем количестве 2) в большем количестве, в дополнение к обычной соли 3) в меньшем количестве, чем обычную соль	#Ответ 1
45	Фактором риска развития злокачественных новообразований щитовидной железы является	1) радиационное повреждение щитовидной железы 2) йодная недостаточность 3) избыток фтора в воде 4) подострый тиреоидит 5) аутоиммунный тиреоидит	#Ответ 1
46	Для профилактики радиационного повреждения щитовидной железы необходимо назначение	1) мерказолила 2) тиамазола 3) пропицила 4) йодистого калия 5) перхлората калия	#Ответ 4
47	Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются	1) большие размеры зоба с сдавлением органов шеи 2) наличие узлов 3) метаплазия тиреоидного эпителия 4) все перечисленное	#Ответ 4
48	Назначение тиреоидных препаратов при нормальной функции щитовидной железы является	1) нецелесообразным 2) целесообразным	#Ответ 1
49	Лечение эндемического зоба надо начинать	1) когда увеличения щитовидной железы нет 2) при увеличении щитовидной железы I степени (эутиреоз) 3) при увеличении щитовидной железы II степени (скрытый гипотиреоз) 4) при смешанном зобе II степени	#Ответ 2
50	Какое лечение следует назначить пожилому больному с декомпенсированным гипотиреозом?	1) направить в санаторий на бальнеологическое лечение 2) начать лечение L-тироксином с малых доз	#Ответ 2

		3) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием ГК 4) назначить мочегонные 5) отказаться от лечения гипотиреоза	
51	При назначении физиологических доз йода пожилому человеку с узловым зобом может:	1) развиться йодиндуцированный тиреотоксикоз 2) развиться аллергия 3) развиться гипотиреоз 4) появиться офтальмопатия	#Ответ 1
52	Основной гормон, контролирующий стабильность объема клеток:	1) ТТГ 2) АКТГ 3) пролактин 4) аргинин – вазопрессин (АВП) 5) ФСГ/ЛГ	#Ответ 4
53	Натриевый баланс в организме поддерживается:	6) РАС 7) Альдостерон 8) Натрийуретические факторы 9) АВП 10) Все перечисленное	#Ответ 5
54	Причины гипонатриемии:	5) Гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность 6) Тиреотоксикоз, прием осмотитческих диуретиков 7) Гипертонический гемодиализ 8) Несахарный диабет	#Ответ 1
55	К вегетативным проявлениям климактерического невроза не относят	1. приливов 2. адинамии 3. чувства жара 4. потливости 5. покраснения лица	#Ответ 2
56	При менопаузальном остеопорозе не целесообразно назначать	1. бисфосфонаты 2. препараты кальция с витамином Д 3. кальцитонин 4. заместительная гормональная терапия 5. синтетические эстрогены	#Ответ 5
57	Для клинических проявлений остеопороза в постменопаузе не характерно	1. снижения роста до 10-12 см 2. наличия болевого синдрома с преимущественным	#Ответ 3

		поражением позвоночного столба 3. тахикардии 4. искривления позвоночного столба 5. деформации грудной клетки	
58	При передозировке тиреоидных препаратов не отмечается	1. тахикардии, боли в области сердца 2. уменьшения массы тела 3. повышения артериального давления 4. нервно-психической возбудимости, бессонницы 5. сухости кожных покровов	#Ответ 5
59	Синдром Шмидта	1. Сахарный диабет +надпочечниковая недостаточность 2. Аденома гипофиза + надпочечниковая недостаточность 3. Гипотиреоз + надпочечниковая недостаточность 4. Сахарный диабет + аутоиммунный тиреоидит	#Ответ 3
60	Суточная экскреция йода с мочой (в микрограмм/л) в эндемической местности составляет не более	1. 100 2. 90 3. 70-90 4. 50-70 5. 20-40	#Ответ 2
61	Оценка эндемичности региона не учитывает следующий критерий	1. распространенность зоба в данном регионе 2. показатель экскреции йода с мочой в популяции 3. уровень ТТГ у новорожденных 4. выраженность узловых форм зоба 5. распространенность рака щитовидной железы	#Ответ 5
62	Уровень холестерина при тиреотоксикозе:	1. повышен 2. в пределах нормы 3. снижен	#Ответ 3
63	Лечение эндемического зоба надо начинать	1) когда увеличения щитовидной железы нет	#Ответ 2

		2) при увеличении щитовидной железы I степени (эутиреоз) 3) при увеличении щитовидной железы II степени (скрытый гипотиреоз) 4) при смешанном зобе II степени	
65	Натриевый баланс в организме поддерживается:	1) РАС 2) Альдостерон 3) Натрийуретические факторы 4) АВП 5) Все перечисленное	#Ответ 5
66	Согласно классификации заболеваний щитовидной железы правильный термин:	1) базедова болезнь 2) диффузно-токсический зоб 3) первично-токсический зоб 4) тиреотоксикоз 5) гипертиреоз	#Ответ 2
67	Для легкой формы диффузно-токсического зоба не характерно:	1) повышение нервной возбудимости 2) похудание на 10-15% от исходной массы тела 3) постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин. 4) постоянная тахикардия более 100 ударов в 1 мин. 5) некоторое снижение трудоспособности	#Ответ 4
68	Для манифестной формы диффузно-токсического зоба не характерно:	1) значительное повышение нервной возбудимости 2) снижение трудоспособности 3) сонливость 4) уменьшение массы тела на 20% от исходной 5) постоянная тахикардия от 100 до 120 ударов в 1 мин	#Ответ 3
69	Согласно классификации ВОЗ для 2-ой степени зоба характерно:	1) визуальное увеличение щитовидной железы 2) пальпаторное увеличение щитовидной железы, не видимая при осмотре шеи	#Ответ 1

		3) пальпируется перешеек щитовидной железы	
70	Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:	1) Сцинтиграфия щитовидной железы 2) Пальпаторное исследование 3) Ультразвуковое исследование щитовидной железы 4) Компьютерная томография щитовидной железы 5) Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы	#Ответ 5
71	Патогенез первичного гипотиреоза обусловлен	1) уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов 2) уменьшением секреции ТТГ 3) уменьшением синтеза тиролиберина 4) увеличением массы железистой ткани щитовидной железы	#Ответ 1
72	В основу новой классификации сахарного диабета положен принцип	1) этиология и патогенез 2) лечение 3) морфологические изменения 4) ни одно из вышеперечисленных	#Ответ 1
73	К особенностям клинического течения инфаркта миокарда при сахарном диабете относят:	1) развитие распространенных инфарктов 2) наличие сердечной недостаточности 3) частые тромбоэмболические осложнения 4) частые нарушения сердечного ритма в остром периоде 5) все перечисленное	#Ответ 5
74	При диабете развитие инфаркта миокарда не связано с:	1) гиперлипидемией 2) возрастом больных 3) типом диабета 4) наличием ожирения 5) наличием гипертензии	#Ответ 3

75	По современным представлениям основным фактором риска прогрессирования диабетической нефропатии являются:	1) активность основного заболевания 2) протеинурия 3) системная артериальная гипертензия 4) прогрессирующая почечная анемия 5) все перечисленные механизмы	#Ответ 4
76	Причиной диабетической гангрены может быть:	1) протеинурия 2) гипогликемия 3) грибковое поражение 4) гипергликемия 5) инфицированная мозоль	#Ответ 5
77	Диагностика пиелонефрита при диабете не включает	1) анализ мочи по Нечипоренко 2) анализ мочи на бактериурию 3) урографию 4) общий анализ мочи 5) пробу Реберга	#Ответ 3
78	Уровень гликированного гемоглобина оценивает	1) эффективность терапии за последние 2-3 месяца 2) гликемию натощак 3) наличие скрытых форм диабета	#Ответ 1
79	Абсолютным показанием для инсулинотерапии не является	1) кетоацидоз 2) диабетическая нефропатия 3) беременность и роды 4) отсутствие эффекта от диетотерапии 5) тяжелые поражения печени	#Ответ 4
80	Гипогликемии способствуют	1) развитию гепатитов 2) грибковое поражение кожи 3) развитию инфаркта миокарда 4) развитию инсулинорезистентности	#Ответ 3
81	Механизм сахароснижающего действия препаратов сульфанилмочевины включает	1) увеличение числа тканевых рецепторов инсулина 2) стимуляцию секреции инсулина β-клетками 3) подавление продукции глюкагона 4) уменьшение чувствительности к эндогенному инсулину	#Ответ 2

		5) уменьшение абсорбции глюкозы в кишечнике	
82	Варианты сахароснижающей терапии, характеризующиеся оптимальным соотношением польза/риск:	1) судьфанилмочевина 2) ингибиторы ДПП-4 и ГПП-**1** миметики 3) ограничение в диете пищевого жира 4) метформин 5) добавление в рацион пищевых волокон	#Ответ 2
83	Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:	1) возникновение распространенных инфарктов 2) сердечная недостаточность 3) частые тромбоэмболические осложнения 4) нетипичный болевой синдром 5) все перечисленное	#Ответ 5
84	Особенность течения эндемического зоба в пожилом и старческом возрасте:	1) преобладание узловых форм 2) переход в атрофическую форму АИТ 3) развитие гипотиреоза 4) увеличение процента озлокачествления щитовидной железы	#Ответ 1
85	Кому рекомендовано потреблять йодированную соль?	1) только лицам, имеющим эндемический зоб 2) беременным и кормящим женщинам 3) детям и подросткам 4) лицам пожилого возраста 5) всем без исключения	#Ответ 5
86	Для гипотиреоза не характерны следующие изменения на ЭКГ	1) брадикардия 2) снижения интервала S-T ниже изоэлектрической линии 3) инверсии зубца Т 4) малого вольтажа зубцов 5) увеличенного вольтажа зубцов	#Ответ 5
87	Для клиники эндемического зоба наиболее характерными жалобами являются	1) слабость, быстрая утомляемость, 2) нарушения памяти 3) сухость кожи, выпадение волос 4) прибавка веса, запоры	#Ответ 5

		5) все перечисленное	
88	Осложнениями эндемического зоба являются	1) сдавление пищевода 2) сдавление трахеи 3) сдавление сосудисто-нервного пучка 4) неприятные ощущения при глотании 5) все перечисленное	#Ответ 5
89	Достаточное поступление йода в организм составляет:	1) 20-40 мкг/сут 2) 40-60 мкг/сут 3) 60-80 мкг/сут 4) 80-100 мкг/сут 5) 100-200 мкг/сут	#Ответ 5
90	В патогенезе подострого тиреоидита играет роль	1) проникновение вируса в щитовидную железу 2) развитие аутоиммунного процесса 3) самоподдерживающийся тиреотоксикоз 4) быстрое развитие гипотиреоза	#Ответ 1
91	Исходом подострого тиреоидита, как правило, является	1) гипотиреоз 2) выздоровление 3) переход в хроническое течение 4) смерть 5) все перечисленное	#Ответ 2
92	В каких количествах нужно потреблять йодированную соль?	1) вместо обычной соли в прежнем количестве 2) в большем количестве, в дополнение к обычной соли 3) в меньшем количестве, чем обычную соль	#Ответ 1
93	Фактором риска развития злокачественных новообразований щитовидной железы является	1) радиационное повреждение щитовидной железы 2) йодная недостаточность 3) избыток фтора в воде 4) подострый тиреоидит 5) аутоиммунный тиреоидит	#Ответ 1
94	Для профилактики радиационного повреждения щитовидной железы необходимо назначение	1) мерказолила 2) тиамазола 3) пропицила 4) йодистого калия 5) перхлората калия	#Ответ 4
95	Показаниями к хирургическому	1) большие размеры зоба с сдавлением органов шеи	#Ответ 4

	лечению аутоиммунного тиреоидита являются	2) наличие узлов 3) метаплазия тиреоидного эпителия 4) все перечисленное	
96	Назначение тиреоидных препаратов при нормальной функции щитовидной железы является	1) нецелесообразным 2) целесообразным	#Ответ 1
97	Лечение эндемического зоба надо начинать	1) когда увеличения щитовидной железы нет 2) при увеличении щитовидной железы I степени (эутиреоз) 3) при увеличении щитовидной железы II степени (скрытый гипотиреоз) 4) при смешанном зобе II степени	#Ответ 2
98	Какое лечение следует назначить пожилому больному с декомпенсированным гипотирозом?	1) направить в санаторий на бальнеологическое лечение 2) начать лечение L-тироксином с малых доз 3) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием ГК 4) назначить мочегонные 5) отказаться от лечения гипотиреоза	#Ответ 2
99	При назначении физиологических доз йода пожилому человеку с узловым зобом может:	1) развиться йодиндуцированный тиреотоксикоз 2) развиться аллергия 3) развиться гипотиреоз 4) появиться офтальмопатия	#Ответ 1
100	Основной гормон, контролирующий стабильность объема клеток:	1) ТТГ 2) АКТГ 3) пролактин 4) аргинин – вазопрессин (АВП) 5) ФСГ/ЛГ	#Ответ 4
101	Натриевый баланс в организме поддерживается:	11) РАС 12) Альдостерон 13) Натрийуретические факторы 14) АВП 15) Все перечисленное	#Ответ 5

102	Причины гипонатриемии:	1) Гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность 2) Тиреотоксикоз, прием осмотитческих диуретиков 3) Гипертонический гемодиализ 4) Несахарный диабет	#Ответ 1
103	К вегетативным проявлениям климактерического невроза не относят	1. приливов 2. адинамии 3. чувства жара 4. потливости 5. покраснения лица	#Ответ 2

ИНТЕНСИВНАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

№	Вопрос	Варианты ответов	Правильный ответ
1	Исход реанимации является наиболее благоприятным при:	1. первичной остановке кровообращения 2. первичной остановке дыхания 3. первичном поражении центральной нервной системы 4. первичном поражении нейроэндокринной сферы 5. остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы	#Ответ 2
2	Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.	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: в)
3	Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:	1.левая половина грудной клетки 2.рукоятка грудины 3.нижняя треть грудины 4.мечевидный отросток 5.средняя часть грудины	#Ответ: 3

4	Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.	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: а)
5	К механическим осложнениям острого инфаркта миокарда относятся, кроме:	1. отрыв папиллярной мышцы 2. разрыв межжелудочковой перегородки 3. наружный разрыв миокарда 4. синдром Дресслера	#Ответ 4
6	У больного с активным первичным билиарным циррозом печени ухудшилось состояние: стала нарастать желтуха, появилась спутанность сознания, сонливость, сладковатый запах изо рта, через сутки больной потерял сознание, присоединились арефлексия, дыхание Куссмауля, что следует объяснить:	№ 1. желудочно-кишечным кровотечением № 2. портальной гипертензией № 3. печеночной комой № 4. холестазом	#Ответ 3
7	Стрессовая язва желудка чаще проявляется:	№ 1. малигнизацией № 2. перфорацией № 3. пенетрацией № 4. кровотечением № 5. Демпинг-синдромом	#Ответ 4
8	Наиболее вероятной причиной усиления атонии кишечника при остром инфаркте миокарда может быть введение:	№ 1. морфина № 2. лидокаина № 3. гепарина № 4. нитроглицерина № 5. норадреналина	#Ответ 1
9	У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с	№ 1. стеноз привратника № 2. пенетрацию № 3. малигнизацию № 4. перфорацию № 5. демпинг-синдром	#Ответ 2

	иррадиацией в спину, можно предположить:		
10	Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на:	№ 1. кровоточащую язву 12-перстной кишки № 2. кровотечение из расширенных вен пищевода при циррозе печени № 3. тромбоз мезентериальной артерии № 4. неспецифический язвенный колит № 5. кровоточащие язвы желудка	#Ответ 2
11	Симптомом желудочно-кишечного кровотечения не является:	№ 1. бледность № 2. слабость № 3. тахикардия № 4. снижение гемоглобина и эритроцитов № 5. повышение АД	#Ответ 5
12	Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:	1) возникновение распространенных инфарктов 2) сердечная недостаточность 3) частые тромбоэмболические осложнения 4) нетипичный болевой синдром 5) все перечисленное	#Ответ 5
13	Частота инфаркта миокарда при СД не зависит от:	1) длительности диабета 2) возраста больных 3) наличия ожирения 4) от половой принадлежности 5) наличия гипертензии	#Ответ 4
14	Лечение больных диабетом с инфарктом миокарда предусматривает:	1) инсулинотерапию инсулинами короткого действия 2) отмену метформина, глдибенкламида 3) инсулинотерапию, как единственную терапию для компенсации диабета 2 типа 4) ограничение назначения кардиоселективных β-блокаторов 5) отмену диабетона МВ и амарила	#Ответ 2
15	Для гипогликемической комы характерно:	1) высокий уровень сахара крови 2) быстрое развитие комы	#Ответ 2

		3) запах ацетона 4) шумное дыхание 5) сухость кожных покровов	
16	При кетоацидотической коме отмечается:	1) гликемия менее и равная 5,0 ммол/л 2) отсутствие кетоацидоза 3) сохраненное сознание 4) нет признаков обезвоживания 5) шумное дыхание	#Ответ 5
17	Лечебные мероприятия при диабетической коме не включают:	1) немедленную госпитализацию и интенсивную инсулинотерапию 2) устранение нарушений углеводного и липидного обменов 3) борьба с дегидратацией 4) борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью 5) прежний режим введения инсулина	#Ответ 5
18	При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:	1) физиологического раствора хлорида натрия 2) 5% раствора глюкозы 3) гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия 4) реополиглюкина 5) гемодеза	#Ответ 1
19	Основными биохимическими нарушениями при гиперосмолярной коме являются:	1) высокая гипергликемия 2) понижение осмолярности крови 3) отсутствие кетоацидоза 4) гиперхлоремия 5) наличие повышенной концентрации кетоновых тел (два правильных ответа)	#Ответ 1,3
20	Комплекс QRS, характерный для трансмурального инфаркта миокарда:	1. QR 2. qR 3. RS 4. rSR' 5. QS	#Ответ 5
21	При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии;	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, 4 и 5	#Ответ а)

	2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.		
22	Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.	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 д)
23	К признакам шока относятся: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. гиперемия лица	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 а)
24	Признаком недостаточности правых отделов сердца является:	1. снижение артериального давления 2. повышение центрального венозного давления (ЦВД) 3. снижение ЦВД 4. анемия 5. полицитемия.	#Ответ 2
25	Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:	1. коллапс легкого; 2. наличие воздуха в плевральной полости 3. смещение средостения в здоровую сторону 4. повышение прозрачности легочного поля 5. исчезновение сосудистого рисунка.	#Ответ 2
26	Внезапная сердечная смерть в сочетании с симптомами, позволяющими заподозрить ишемию	1. I класса 2. II класса 3. III класса 4. IV класса 5. V класса	#Ответ 3

	миокарда, по универсальной классификации инфаркта миокарда, может быть интерпретирована, как инфаркт миокарда:		
27	Острый инфаркт миокарда, развившийся в ходе чрескожного коронарного вмешательства, относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 4
28	Острый инфаркт миокарда, ассоциированный с операцией аортокоронарного шунтирования, относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 5
29	В какие сроки с момента первого медицинского контакта оптимально начало введения тромболитика в случае проведения системного тромболизиса (время «дверь-игла»):	1. 10 минут 2. 30 минут 3. 45 минут 4. 60 минут	#Ответ 2
30	К механическим осложнениям острого инфаркта миокарда относятся, кроме:	1. отрыв папиллярной мышцы 2. разрыв межжелудочковой перегородки 3. наружный разрыв миокарда 4. синдром Дресслера	#Ответ 4
31	Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются, кроме:	1. геморрагический инсульт в анамнезе 2. образование головного мозга 3. хирургическое вмешательство в течение последнего месяца 4. желудочно-кишечное кровотечение 1 год назад	#Ответ 4
32	Больной 32 лет доставлен скорой помощью с	1. системных кортикостероидов 2. эуфиллина парентерально	#Ответ 1

	затянувшимся приступом удушья. Страдает около 3-х лет бронхиальной астмой. Состояние ухудшилось около 10 дней назад: участились приступы удушья до 6-8-10 раз в сутки, резко возросла потребность в симпатомиметиках короткого действия (до 20-25 доз в сутки). При осмотре: возбужден, речь затруднена, пульс 120 в мин., дыхательная аритмия, ЧДД 32 в мин. При аускультации - дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Ph- 7.3; PO2-50 мм рт.ст. Начинать терапию следует с введения:	3. беротека по потребности 4. внутривенной регидратации 5. оксигенотерапии	
33	Основными препаратами для лечения астматического статуса являются:	1. холинолитики 2. кромоны 3. муколитики 4. глюкокортикоиды	#Ответ 4
35	Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:	1. внезапно возникающий цианоз 2. немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка 3. акцент 2-го тона над легочной артерией 4. набухание шейных вен	#Ответ 2
36	Наиболее информативный инструментальный метод диагностики ТЭЛА:	1. рентгенография органов грудной клетки 2. ФКГ 3. перфузионное и вентиляционное сканирование легких 4. ЭКГ	#Ответ 3
38	К жизнеугрожающим состояниям не относят:	6) Тяжелый приступ бронхиальной астмы (астматический статус) 7) Круглогодичный аллергический ринит 8) Анафилактический шок	#Ответ 2

		9) Отек Квинке в области гортани 10) Острый стеноз гортани	
39	К признакам жизнеугрожающего состояния при аллергической реакции не относят:	1) Удушье. 2) Выраженную одышку 3) Артериальную гипертензию 4) Потерю сознания 5) Шок	#Ответ 3
40	Препарат выбора при анафилактическом шоке:	1) Адреналин 2) Хлористый кальций 3) Димедрол 4) Лоратадин	#Ответ 1
41	К проявлениям ларингоспазма относится:	1 влажный кашель 2 сухие свистящие хрипы 3 экспираторная одышка 4 затруднение выделения мокроты 5 резкое затруднение вдоха и выдоха	#Ответ 5
42	У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа, на ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний может обусловить приведенную выше клиническую картину:	1. острый инфаркт миокарда 2. спонтанный пневмоторакс 3. бронхиальная астма 4. тромбоэмболия легочной артерии 5. пневмония	#Ответ 4
43	Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:	1. 70% 2. 80% 3. 90% 4. 100% 5. 60%.	#Ответ 2

44	При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:	1. норадреналин 2. преднизолон 3. хлористый кальций 4. димедрол 5. адреналин.	#Ответ 5
45	При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:	1. давящую повязку 2. гемостатическую губку 3. пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков 4. максимальное сгибание головы 5. перевязку артерии.	#Ответ 3
46	Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ. являются: 1. отсутствие спонтанного дыхания; 2. клапанный пневмоторакс; 3. клиническая смерть; 4. тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту. при нормальной температуре и исключении гиповолемии.	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 б)
47	Ложноположительный рост тропонина может быть связан с:	1. ушибом сердца 2. расслоением аорты 3. септическим шоком 4. все ответы верны	#Ответ 4
48	Расслаивающая аневризма аорты является осложнением:	1. требующим неотложных мероприятий 2. хроническим состоянием 3. жизнеугрожающим 4. верного ответа нет	#Ответ 3
49	Наиболее частым осложнением артериальной гипертонии у пожилых людей является:	1. инсульты 2. ТЭЛА 3. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей 4. правильного ответа нет	#Ответ 1
50	В понятие "резорбционно-некротический синдром" не входит:	№ 1. повышение температуры тела. № 2. увеличение уровня щелочной фосфатазы. № 3. нейтрофильный сдвиг. № 4. увеличение СОЭ. № 5. обнаружение С-реактивного белка.	#Ответ 2

51	Для острой стадии инфаркта в крови не характерно:	№ 1. увеличение уровня миоглобина. № 2. увеличение уровня АСТ. № 3. появление С-реактивного белка. № 4. увеличение активности ЩФ. № 5. увеличение МВ-фракции КФК.	#Ответ 4
52	Ложноположительный рост тропонина может быть связан с:	1. ушибом сердца 2. расслоением аорты 3. септическим шоком 4. все ответы верны	#Ответ 4
53	Достоверный рост КФК и КФК МВ в случае развития инфаркта миокарда отмечается через:	1. 1 час 2. 2-3 часа 3. 4-6 часов 4 10-12 часов	#Ответ 3
54	Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие разрыва атеросклеротической бляшки и интракоронарного тромбоза относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 1
55	Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие выраженной системной гипотонии относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 2
56	В какие сроки с момента первого медицинского контакта при остром коронарном синдроме, необходимо записать ЭКГ:	1. в течение 5 минут 2. в течение 10 минут 3. в течение 15 минут 4. в течение 30 минут	#Ответ 2
57	В какие сроки с момента первого медицинского контакта оптимально начало введения тромболитика в случае проведения системного тромболизиса (время «дверь-игла»):	1. 10 минут 2. 30 минут 3. 45 минут 4. 60 минут	#Ответ 2
58	К механическим осложнениям острого	1. отрыв папиллярной мышцы	#Ответ 4

	инфаркта миокарда относятся, кроме:	2. разрыв межжелудочковой перегородки 3. наружный разрыв миокарда 4. синдром Дресслера	
59	Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются, кроме:	1. геморрагический инсульт в анамнезе 2. образование головного мозга 3. хирургическое вмешательство в течение последнего месяца 4. желудочно-кишечное кровотечение 1 год назад	#Ответ 4
60	Больной 32 лет доставлен скорой помощью с затянувшимся приступом удушья. Страдает около 3-х лет бронхиальной астмой. Состояние ухудшилось около 10 дней назад: участились приступы удушья до 6-8-10 раз в сутки, резко возросла потребность в симпатомиметиках короткого действия (до 20-25 доз в сутки). При осмотре: возбужден, речь затруднена, пульс 120 в мин., дыхательная аритмия, ЧДД 32 в мин. При аускультации - дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Ph- 7.3; PO2-50 мм рт.ст. Начинать терапию следует с введения:	1. системных кортикостероидов 2. эуфиллина парентерально 3. беротека по потребности 4. внутривенной регидратации 5. оксигенотерапии	#Ответ 1
61	Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:	1. внезапно возникающий цианоз 2. немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка 3. акцент 2-го тона над легочной артерией 4. набухание шейных вен	#Ответ 2
62	К жизнеугрожающим состояниям не относят:	11) Тяжелый приступ бронхиальной астмы (астматический статус) 12) Круглогодичный аллергический ринит 13) Анафилактический шок 14) Отек Квинке в области гортани	#Ответ 2

		15) Острый стеноз гортани	
63	Критерием эффективности непрямого массажа сердца является: 1. костная крепитация ребер и грудины; 2. появление пульсации на сонных артериях; 3. максимальное расширение зрачков; 4. сужение зрачков.	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 в)
65	Универсальным противоядием при проглатывании яда является:	1. молоко и яйца 2. кофе с молоком 3. дубильная кислота, окись магния и древесный уголь 4. древесный уголь, смешанный с молоком 5. оливковое масло, смешанное с медом.	#Ответ 4
66	Прекардиальный удар, при отсутствии подготовленного к работе дефибриллятора, рекомендуется использовать у больных:	1. сердечной астмой 2. полной атриовентрикулярной блокадой 3. желудочковой тахикардией 4. фибрилляцией желудочков 5. фибрилляцией предсердий.	#Ответ 4
67	При проведении закрытого массажа сердца пациент должен находиться на:	1. мягкой поверхности 2. пружинящей поверхности; 3. мягкой пружинящей поверхности 4. твердой поверхности 5. твердой пружинящей поверхности.	#Ответ 4
68	Комплекс QRS, характерный для трансмурального инфаркта миокарда:	1. QR 2. qR 3. RS 4. rSR' 5. QS	#Ответ 5
69	ЭКГ-признаки острой стадии инфаркта миокарда:	1. патологический зубец Q 2. смещение сегмента ST выше изолинии 3. реципрокное смещение сегмента ST и зубца Т в противоположных отведениях 4. все перечисленные признаки	#Ответ 4
70	Для острой стадии инфаркта миокарда характерно:	1. реципрокное смещение сегмента ST в противоположных отведениях	#Ответ 1

		2. отсутствие реципрокных изменений 3. отрицательный зубец Т	
71	Продолжительность острой стадии (стадии повреждения) инфаркта миокарда на ЭКГ по ВОЗ:	1. 7-15 дней 2. более 15 дней 3. 1-3 дня	#Ответ 3
72	Иррадиация болей в спину наиболее характерна для:	1. стенокардии 2. инфаркта миокарда 3. раслаивающей аневризмы аорты 4. всего перечисленного 5. стенокардии, инфаркта миокарда	#Ответ 3
73	В основе истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:	1. резкое снижение сократительной функции левого желудочка 2. стрессовая реакция на боль 3. артериальная гипотония 4. гиповолемия	#Ответ 1
74	При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является:	1. выполнение 5 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие 2. выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие 3. выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие	#Ответ 1
75	Если сердечно-легочную реанимацию осуществляет один человек, то наружный массаж сердца и искусственное дыхание целесообразно проводить в соотношении:	1. 5:1 2. 10:1 3. 15:2	#Ответ 3
76	Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:	1. лазикса 2. верапамила 3. сердечных гликозидов 4. обзидана	#Ответ 1
77	Расслаивающая аневризма аорты является осложнением:	1. требующим неотложных мероприятий 2. хроническим состоянием 3. жизнеугрожающим 4. верного ответа нет	#Ответ 3
78	Наиболее частым осложнением	1. инсульты 2. ТЭЛА	#Ответ 1

	артериальной гипертонии у пожилых людей является:	3. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей 4. правильного ответа нет	
79	Ложноположительный рост тропонина может быть связан с:	1. ушибом сердца 2. расслоением аорты 3. септическим шоком 4. все ответы верны	#Ответ 4
80	Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие разрыва атеросклеротической бляшки и интракоронарного тромбоза относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 1
81	В какие сроки с момента первого медицинского контакта при остром коронарном синдроме, необходимо записать ЭКГ:	1. в течение 5 минут 2. в течение 10 минут 3. в течение 15 минут 4. в течение 30 минут	#Ответ 2
82	В какие сроки с момента первого медицинского контакта оптимально начало введения тромболитика в случае проведения системного тромболизиса (время «дверь-игла»):	1. 10 минут 2. 30 минут 3. 45 минут 4. 60 минут	#Ответ 2
83	К механическим осложнениям острого инфаркта миокарда относятся, кроме:	1. отрыв папиллярной мышцы 2. разрыв межжелудочковой перегородки 3. наружный разрыв миокарда 4. синдром Дресслера	#Ответ 4
84	Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:	1. 70% 2. 80% 3. 90% 4. 100% 5. 60%.	#Ответ 2
85	При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для	1. норадреналин 2. преднизолон 3. хлористый кальций 4. димедрол 5. адреналин	#Ответ 5

	неотложной терапии является:		
86	При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:	1. давящую повязку 2. гемостатическую губку 3. пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков 4. максимальное сгибание головы 5. перевязку артерии	#Ответ 3
87	Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ. являются: 1. отсутствие спонтанного дыхания; 2. клапанный пневмоторакс; 3. клиническая смерть; 4. тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту. при нормальной температуре и исключении гиповолемии.	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 б)
88	Ложноположительный рост тропонина может быть связан с:	1. ушибом сердца 2. расслоением аорты 3. септическим шоком 4. все ответы верны	#Ответ 4
89	Расслаивающая аневризма аорты является осложнением:	1. требующим неотложных мероприятий 2. хроническим состоянием 3. жизнеугрожающим 4. верного ответа нет	#Ответ 3
90	Наиболее частым осложнением артериальной гипертонии у пожилых людей является:	1. инсульты 2. ТЭЛА 3. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей 4. правильного ответа нет	#Ответ 1
91	В понятие "резорбционно-некротический синдром" не входит:	№ 1. повышение температуры тела. № 2. увеличение уровня щелочной фосфатазы. № 3. нейтрофильный сдвиг. № 4. увеличение СОЭ. № 5. обнаружение С-реактивного белка.	#Ответ 2
92	Для острой стадии инфаркта в крови не характерно:	№ 1. увеличение уровня миоглобина. № 2. увеличение уровня АСТ.	#Ответ 4

		№ 3. появление С-реактивного белка. № 4. увеличение активности ЩФ. № 5. увеличение МВ-фракции КФК.	
93	Ложноположительный рост тропонина может быть связан с:	1. ушибом сердца 2. расслоением аорты 3. септическим шоком 4. все ответы верны	#Ответ 4
94	Достоверный рост КФК и КФК МВ в случае развития инфаркта миокарда отмечается через:	1. 1 час 2. 2-3 часа 3. 4-6 часов 4 10-12 часов	#Ответ 3
95	Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие разрыва атеросклеротической бляшки и интракоронарного тромбоза относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 1
96	Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие выраженной системной гипотонии, относится, согласно универсальной классификации, к:	1. I классу 2. II классу 3. III классу 4. IV классу 5. V классу	#Ответ 2
97	В какие сроки с момента первого медицинского контакта при остром коронарном синдроме, необходимо записать ЭКГ:	1. в течение 5 минут 2. в течение 10 минут 3. в течение 15 минут 4. в течение 30 минут	#Ответ 2
98	В какие сроки с момента первого медицинского контакта оптимально начало введения тромболитика в случае проведения системного тромболизиса (время «дверь-игла»):	1. 10 минут 2. 30 минут 3. 45 минут 4. 60 минут	#Ответ 2
99	К механическим осложнениям острого	1. отрыв папиллярной мышцы 2. разрыв межжелудочковой перегородки	#Ответ 4

	инфаркта миокарда относятся, кроме:	3. наружный разрыв миокарда 4. синдром Дресслера	
100	Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются, кроме:	1. геморрагический инсульт в анамнезе 2. образование головного мозга 3. хирургическое вмешательство в течение последнего месяца 4. желудочно-кишечное кровотечение 1 год назад	#Ответ 4
101	Больной 32 лет доставлен скорой помощью с затянувшимся приступом удушья. Страдает около 3-х лет бронхиальной астмой. Состояние ухудшилось около 10 дней назад: участились приступы удушья до 6-8-10 раз в сутки, резко возросла потребность в симпатомиметиках короткого действия (до 20-25 доз в сутки). При осмотре: возбужден, речь затруднена, пульс 120 в мин., дыхательная аритмия, ЧДД 32 в мин. При аускультации - дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Ph- 7.3; PO2-50 мм рт.ст. Начинать терапию следует с введения:	1. системных кортикостероидов 2. эуфиллина парентерально 3. беротека по потребности 4. внутривенной регидратации 5. оксигенотерапии	#Ответ 1
102	Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:	1. внезапно возникающий цианоз 2. немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка 3. акцент 2-го тона над легочной артерией 4. набухание шейных вен	#Ответ 2

Вид оценочного средства: ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, они не купируются полностью приемом фосфолюгеля, отмечаются также отрыжки воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием –рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод.

Вопрос: С чем следует дифференцировать?

Ответ:

а) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
б) рак пищевода
в) бронхиальную астму
г) хронический гастрит
д) ахалазию пищевода
е) ишемическая болезнь сердца

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Б., 52 лет, научный сотрудник, жалуется на раздражительность, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, подъеме на 3-й этаж, плохую переносимость жары, повышенное потоотделение, мышечную слабость, снижение веса, бессонницу. Из анамнеза заболевания: в течение последних 6 месяцев появились перебои в работе сердца, похудела на 10 кг при повышенном аппетите. За медицинской помощью не обращалась. Две недели назад была госпитализирована по поводу пароксизма мерцательной аритмии. Объективно: больная суетлива, многословна, плаксива. Рост 165 см, вес 55 кг. Кожные покровы бархатистые, теплые, тургор нормальный. Отеков нет. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Пульс110 в 1 мин, аритмичный, повышенного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, аритмичны. ЧСС 125 в 1 мин., АД 150/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации толстой кишки во всех ее отделах определяется урчание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закруглен, ровный, безболезненный. Щитовидная железа на глаз не видна; кожа над ней не изменена. Пальпируются увеличенные доли и перешеек щитовидной железы, эластичные безболезненные, подвижные при глотании. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. На ЭКГ – мерцательная аритмия. Постоянная форма.

Вопросы.

Сформулируйте диагноз.

План обследования

Ответ:

Диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз тяжелой степени. Тиреотоксическая миокардиодистрофия: мерцательная аритмия, постоянная форма. ХСН II А, ФК2. План обследования: .ТТГ, Т3, Т4. АТ к рецепторам ТТГ. УЗИ щитовидной железы. ЭКГ. ЭхоКГ. УЗИ органов брюшной полости.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной П., 64 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет, принимал манинил. По поводу гипертонической болезни в течение длительного времени бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось, и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику. Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки ног. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Биохимический анализ крови: гликемия 50,6 ммоль/л, pH крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л. Общий анализ мочи: сахар 6%, ацетона нет.
Вопросы.
Сформулировать диагноз и причину развития данного состояния.
Составить план лечения.

Ответ. Сахарный диабет 2 типа, гиперосмолярная кома. Причина - бесконтрольный прием мочегонных препаратов. .Лечение: инфузионная регидратация гипотоническим 0,45% раствором хлорида натрия. Скорость регидратации: первый час 1000-1500 мл физ. раствора; второй и третий час по 500-1000 мл физ. раствора; последующие часы по 250-500 мл физ. раствора при обязательном мониторировании ЦВД, ежечасного диуреза. Инсулинотерапия: режим непрерывной инфузии малых доз инсулина 0,05 ЕД на кг массы тела больного, при этом гликемия должна снижаться на 3-4 ммоль/л/ч. Когда гликемия снижается до 12-14 ммоль/л, к инфузионному раствору добавляют 5% р-р глюкозы (150-200 мл/ч). Коррекция электролитных расстройств.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

В стационар госпитализирован мужчина 59 лет. После физического напряжения резко появились «кинжальная» боль внизу живота, слабость и позывы к дефекации. Со стулом выделилось значительное количество крови, в туалете потерял сознание. ЧСС 90 в мин., АД 125/90 мм рт ст. Живот болезнен при пальпации в левой подвздошной области. Лабораторные отклонения – анемия 95г/, тромбоциты 520х10.9/л, СРБ до 15 мг/л, температура тела не повышена. В анамнезе – сахарный диабет, артериальная гипертензия. Из факторов риска – курение много лет, общий холестерин 7,5 ммоль/л.
Вопросы:
1.Какие инструментальные методы исследования необходимы для диагноза
2. Каков наиболее вероятный диагноз.

Ответ:
1. Необходтмо провести следующие исследования: обзорная рентгенограмма брюшной полости, эндоскопия кишечника с биопсией.
2. Ишемический колит у больного пожилого возраста с отягощенным сердечно-сосудистым анамнезом и следствие в виде ишемической болезни органов пищеварения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В приемное отделение по скорой помощи доставлена больная 70 лет с острой левожелудочковой недостаточностью. В реанимационном отделении отек легкого купирован. При осмотре на следующий день в отделении терапии при осмотре АД

140/75 мм рт ст., ЧСС 90 в мин., при аускультации выявлен интенсивный систолический шум практически над всей областью сердца, более выражен на верхушке с иррадиацией в левую подмышечную область, усиливается в положении на левом боку. В анамнезе: артериальная гипертензия, повторяющиеся воспаления легких, в течение последних 2-х месяцев госпитализировалась с приступами выраженной одышки. Из анамнеза следует, что с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом, часто лечится у ЛОР врача.
Вопросы.
1. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики систолического шума на верхушке сердца. Наиболее вероятная этиология систолического шума у данной больной.
2.Тактика лечения.

Ответ: 1. Миокардиты, кардиомиопатии, пороки сердца врожденные и приобретенные. функциональные шумы. Наиболее вероятно, что у данной больной порок связан с ревматическим поражением сердца - выраженной митральной недостаточностью. 2. При подтвержденном клапанном пороке сердца – оперативное лечение, протезирование митрального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6
Мужчина 52 лет жалуется на боли в левой половине грудной клетки, возникшие при физической нагрузке, на садовом участке. Боль была давящего характера, прошла самостоятельно через 30минут отдыха. Больше пациент не работал и сразу обратился к врачу, так как его отец перенес два инфаркт миокарда. При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному: определяется бледность кожных покровов. Число дыханий 18 в мин., тоны сердца приглушены, расщепление II тона на основании АД 130/80 мм рт ст. При пальпации грудной клетки определяется болезненность 2-5 межреберных промежутков слева.

Вопросы:1. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения диагноза. 2. Каков наиболее вероятный диагноз.

Ответ:1. Для уточнения диагноза необходимо назначить: общий анализ крови, биохимические показатели крови, ЭКГ, ЭКГ с нагрузочным тестом. Назначить консультацию кардиолога. 2. Необходимо провести дифференциальную диагностику между стенокардией напряжения инфарктом миокарда и межреберной невралгией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7
Больная 28 лет обратилась к врачу с жалобами на эпизодически возникающие боли в грудной клетке длительностью 5-10 мин. Боли появляются как в покое, так и при физической нагрузке; боль без иррадиации. АД раньше не повышалось. Семейный анамнез отягощен по сердечно-сосудистой патологии. При осмотре - состояние больной удовлетворительное, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 70 в 1 мин. Определяется усиление верхушечного толчка, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины, причем интенсивность шума увеличивается в положении стоя. На ЭКГ: неспецифические изменения сегмента ST и зубца Т.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз, заболевания для дифференциальной диагностики.
2. Какое исследование показано в первую очередь для уточнения диагноза.

Ответ. Функциональный шум у пациентки с вегето-сосудистой дистонией. Дифференциальная диагностика с аортальным стенозом, гипертрофической кардиомиопатией, порок сердца.
2. ЭХО КГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8
У пожилой женщины с сердечной недостаточностью и периодическими приступами стенокардии на фоне приема фуросемида, дигоксина, нитроглицерина и препаратов калия появились периодически повторяющиеся пульсирующие головные боли в лобной области.

Вопрос. Какой метод диагностики наиболее предпочтительный в данной клинической ситуации и какая целесообразна коррекция медикаментозного лечения?

Ответ:1. Провести КТ головного мозга, отменить нитроглицерин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9
У 75-летнего мужчины возникает выраженная боль в мезогастральной области в сочетании с рвотой и вздутием живота примерно через 30 мин после еды. За последние несколько месяцев он похудел на 6 кг, так как боялся появления болей, спровоцированных приемом пищи. Во время бессимптомного периода обследование живота без особенностей. Над правой бедренной артерией выслушивается шум, периферическая пульсация снижена на обеих нижних конечностях. Анализ стула на скрытую кровь отрицательный.

Вопросы:1. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза 2. Провести дифференциальную диагностику данного состояния.

Ответы:1.Ирригоскопию и колоноскопию.2.Дифференциальная диагностика проводится между следующими состояниями и заболеваниями: психогенными факторами, новообразованием, воспалением, ишемией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10
Пациент 29 лет жалуется на боли неопределенного характера в области сердца, постоянную слабость, сонливость, перебои в сердце, потливость при физической нагрузке. По вечерам бывает повышенная температура тела до 37,3 °С. Кроме перенесенного в прошлом месяце простудного заболевания, больше ничем не болел. В квартире проживает пожилой безработный, страдающий туберкулезом. Анализ крови без особенностей, анализ мочи нормальный. Над сердцем выслушивается систолический шум, ЧСС 100 в 1 мин. На ЭКГ: PQ 0,26 с. На ЭКГ нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Вопросы: 1. Какие исследования необходимо дополнительно провести для постановки диагноза.2. Наиболее вероятный диагноз.

Ответы:1. Рентгенологическое исследования легких, возможно проведение КТГ органов грудной клетки, ЭХО ЭКГ для исключения сопутствующей кардиологической патологии, консультация фтизиатра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11
Пациент 50 лет жалуется на слабость, похудание, неустойчивый стул с тенденцией к поносам. Иногда в кале - примесь крови. Болеет несколько месяцев. Анализ крови обнаружил НЬ 100 г/л, на ЭКГ впервые выявлены изменения в виде фибрилляции предсердий тахисистолической формы. Содержание калия в сыворотке 3,4 ммоль/л. Сигмоидоскопия выявила язвенное поражение слизистой оболочки толстого кишечника.

Вопросы: 1.Наиболее вероятный диагноз? 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Оцените сопутствующую патологию.

Ответы:1. Неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции,
2. Дифференцировать с сальмонеллезом, опухолью толстого кишечника.3.Возможно на фоне гипокалиемии развилась фибрилляция предсердий, исключить ИБС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12
У пациента 75 лет, перенесшего инфаркт миокарда несколько месяцев назад, появилась одышка, отеки голеней и стоп, слабость. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. В анализе крови —НЬ 155 г/л. На ЭКГ-синусовая тахикардия и очаговые изменения в области передней стенки и перегородки.

Вопросы:1.Наиболее вероятный диагноз? 2. В чем причина появления описанных симптомов заболевания? 3. Составьте план дополнительного обследования и лечения.

Ответы:1. ИБС: стенокардия 3ФК, застойная пневмония, ХСН 2А.ФК3. 2. У возрастного больного, перенесшего инфаркт миокарда развились признаки застойной сердечной недостаточности. 3.Провести ЭКГ в динамике для исключения повторного инфаркта миокарда, ЭХО КГ для оценки состояния миокарда (ФВ).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13
Женщина 45 лет в течение года лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункции яичников". Отмечает снижение веса, иктеричность склер.
При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, уплотнена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Билирубин - 87.5 мкмоль/л, реакция прямая.
Быстрая. ЩФ -650ммоль/л СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы: Наиболее вероятный диагноз? Тактика.

Ответы: Первичный билиарный цирроз печени. Для верификации диагноза – определение антимитохондриальных антител (АМА)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Больной 70 лет. При поступлении в стационар предъявлял жалобы на слабость, недомогание, тупые боли в поясничной области справа, периодически частое болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Считает себя больным более 10 лет, когда впервые отметил появление болей в правой поясничной области, не лечился. Последний год стали беспокоить частые болезненные позывы на мочеиспускание, усилились боли в поясничной области справа. Объективно: АД 150/100 мм.рт.ст, ЧСС 80 в минуту. Симптом поколачивания положительный справа. Область мочевого пузыря болезненна. При обследовании: ОАК эритроциты -3,5х1012, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 7,2х109, СОЭ 35мм/ч. Биохимический анализ крови общий белок 68 г/л, мочевина 7,8 ммоль/л. ОАМ моча темно-желтая, кислая, сахара нет, белок 0,66 г/л, лейкоциты 10 в п/з, эритроциты до 30 в п/з.

Вопросы:1.Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? 2.Провести дифференциальную диагностику.3.Ваш предположительный диагноз.

Ответы:1.При посеве мочи роста микрофлоры не получили. На УЗИ почек расширение ЧЛС. На экскреторной урографии на фоне расширения ЧЛС видна колбовидная каверна.2.Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим пиелонефритом, хроническим гломерулонефритом, мочекаменной болезнью опухолью почек.3.Туберкулез почек

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Больная 63 лет госпитализирована с диагнозом: ИБС: ХСН 2б стадия, ФК III. Из анамнеза: ухудшение состояния в течении года -постепенно нарастали одышка, общая слабость, отеки на ногах, тупые ноющие боли в области сердца. Перед поступлением за месяц отметила головокружение при нагрузке, повторялись обморочные состояния(синкопы). Из объективных данных обращает внимание: бледность, набухшие шейные вены, изменения цвета лица в горизонтальном положении, кардиомегалия, глухие тоны сердца, частый мягкий пульс, гепатомегалия. Над легкими везикулярное дыхание. Низковольтажная ЭКГ Рентгенография органов грудной клетки: петрификат в правом легком.

Вопросы:1.Какие исследования могут помочь в диагностическом поиске? 2.Предварительный диагноз:

Ответы:1. РКТ головного мозга, ЭХО ЭКГ, ЭКГ в динамике, консультация кардиохирурга.2.Исключить следующие заболевания: ИБС-стенокардия напяжения ФК III. инфаркт миокарда, экссудативный плеврит, опухоль мозга. Более вероятный диагноз - «Экссудативный перикардит с угрозой тампонады сердца».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

70-летний мужчина в течение года жалуется на головокружение, пошатывания при ходьбе. Дважды наблюдались приступы фибрилляции предсердий, зафиксированные на ЭКГ, купировались самостоятельно. ЧСС 54-86в мин, АД 160/75 мм рт.ст. В анамнезе артериальная гипертензия, сахарный диабет. Факторы риска -ожирение 2 степени, курение, злоупотребление алкоголем. Осмотрен неврологом – дисциркуляторная энцефалопатия

Вопросы:1.Какие дополнительные исследования могут быть использованы для уточнения диагноза? 2.Тактика ведения пациента и лечение

Ответы:1.Сочетание синусовой брадикардии с пароксизмами мерцания предсердий и признаками преходящей ишемии головного мозга характерно для синдрома слабости синусового узла. Наиболее информативным методом диагностики этого состояния является электрофизиологическое исследование, позволяющее выявить увеличение корригированного времени восстановления функции синусового узла и синусо-предсердного проведения. Эпизоды асистолии при синдроме слабости синусового узла могут быть зарегистрированы при суточном мониторировании ЭКГ.Определенное диагностическое значение имеют пробы с атропином (1-2 мг внутривенно) и изопротеренолом (1-2 мг внутривенно). При введении этих препаратов у больных синдромом слабости синусового узла частота сердечных сокращений не превышает 90 в мин.2.Необходима консультация аритмолога. Больному требуется на фоне основного заболевания имплантировать ЭКС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая -по правому краю грудины, левая -на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Результаты обследования: Общий анализ крови : эр. -4,5х1012, лейк. -10,5х109, э. -0, п. -6, сегм. -65, л. -22, м. -7, СОЭ -10 мм/час.2.Свертываемость крови -3 мин.3.ПТИ -100 %.4.СРБ+, КФК -2,4 ммоль/гл, АСТ -26 Е/л, АЛТ -18 Е/л.5.

Вопросы

1. Поставить диагноз. 2. Провести дифференциальную диагностику. 3. Наметить план обследования. 4. Наметить план лечения.

Ответы

1. ИБС: инфаркт миокарда.

2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.

3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

4. План лечения: купирование болевого синдрома -наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически

на даче. В анамнезе -в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД -90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови : эр. -4,3 х 1012,лейк. -9,2 х 109,п. -4, сегм. -66, л. -23, м. -7, СОЭ -10 мм/ час. Сыворотка крови :СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24Е/л, АЛТ 16Е/л.3.Свертываемость крови -3 мин.4.ПТИ -100 %.5.Общий анализ крови на шестой день после госпитализации:лейк. -6,0х109,э.-1,п. -2, сегм. -64, л. -24, м. -9,СОЭ -24 мм/час.

Вопросы:1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Наметьте план дообследования. 4. Назначьте лечение.
Ответы: 1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда.
Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3.План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
Лечение: купирование болевого синдрома -наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19
Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачномучастке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью,неприятными ощущениями в области сердца.Доставленвприемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя.При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л -преобладают липопротеиды низкой плотности).Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца -по срединно-ключичной линии. АД -150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях -частый, аритмичный, частота -102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС -112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.
Результаты обследования:
ЭХО-КС -небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин -7,6 ммоль/л, АСТ -5 ед/л, АЛТ -4 ед/л, СРБ -0, ПТИ -102%, свертываемость-8 мин.
Глазное дно -атеросклероз сосудов сетчатки.
Общий анализ мочи -уд. вес -1020, белка нет, сахара нет, л -1-2 в п/зр.
Анализ крови на сахар -глюкоза крови -4,5 ммоль/л.6.Анализ крови общий : Нв -140 г/л, эр. -4,5х1012/л, л. -6,0х109/л, СОЭ -6 мм/час.

Вопросы: 1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дообследования больного. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Ответы:
1. Предварительный диагноз -ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС в динамике, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача -снять пароксизм и восстановить синусовый ритм:препараты 1 группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен);электростимуляция.В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.
5. Лечение ИБС -антихолестеринемические препараты, диета.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20
Женщина 45 лет в течение года лечилась у дерматолога по поводу "нейродермита" и у гинеколога по поводу "климактерической дисфункцииияичников". Отмечает снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна имножественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, уплотнена, безболезненна.
Селезенка не пальпируется. Билирубин - 87.5 мкмоль/л, реакция прямая. ЩФ -650ммоль/л. СОЭ - 25 мм/час.

Вопрос: поставить диагноз.

Ответ:Певичный билиарный цирроз печени. Для верификации диагноза – определение антимитохондриальных антител (АМА)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21
Больной К., 32 лет. При поступлении в стационар предъявляет жалобы на слабость, похудание, кашель со слизисто-гнойной мокротой (около 100 мл в сутки), одышку, боли в грудной клетке справа, сухость во рту, температуру до 38,5.
Анамнез заболевания:
Больным себя считает в течение 2 месяцев, когда появилась слабость, кашель, покалывание в грудной клетке справа. Лечился домашними средствами. Состояние постепенно ухудшалось, последние 1,5 недели появилась одышка, усилились слабость и кашель, больше стало мокроты, температура вечерами до 39*, сухость во рту. Обратился в поликлинику – после клинико-рентгенологического обследования направлен в ГТД № 1.
Анамнез жизни: Более 10 лет наблюдается у эндокринолога по поводу Сахарного диабета 1 типа, средней степени тяжести. ФЛГ проходит ежегодно, последнее 5 мес. назад. Контакт с больным туберкулезом братом. Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание понижено. Экскурсия грудной клетки справа ограничена. Перкуторно справа в верхних отделах укорочение легочного звука. Аускультативно справа в надлопаточной, межлопаточной и подключичной областях дыхание жесткое, обилие разнокалиберных хрипов. ЧД 26 в мин. Тоны сердца ясные, тахикардия. Пульс 116 в мин. АД 95/60 ммрт.ст.
Результаты параклинических методов исследования:

1. Анализ крови: Эр – 4,2 млн.; Нв – 135 г/л; ЦП – 0,98; Л – 15,2 тыс.; э-2; п-7; с-65; л-21; м-5; СОЭ – 50 мм/час.
2. Сахар крови – 23 ммоль/л.
3. Анализ мочи: уд. вес – 1027: сахар +: белок – следы: Л – 5-7 в п./зрения.
4. Общий анализ мокроты: мокрота слизисто-гнойного характера, лейкоциты-большое количество, альвеолярные, эпителиальные клетки- небольшое кол-во.
5. Анализ мокроты на МБТ (люминесцентная микроскопия) – в 2-х анализах найдены МБТ 3+, посевы пока не готовы.
6. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 5 мм.
7. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Справа от верхушки до 4 межреберья участок затемнения высокой интенсивности, неоднородный за счет наличия в нем участков просветления от 1,0 до 4,0 см в диаметре. В нижних отделах справа и среднем поле слева очаговые тени средних и крупных размеров средней интенсивности. Корни не дифференцируются. Срединная тень без особенностей.

Вопросы. Поставить диагноз.

Ответ. Д-3: Казеозная пневмония (лобарная) верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Пациент К. 47 лет госпитализирован в травматологическое отделение с жалобами на выраженные боли в позвоночнике, ребрах, не купирующиеся приемом анальгетиков и НПВС, мышечное напряжение в поясничной области, онемение и нарушение чувствительности проксимальных отделов стоп и внутренней поверхности бедер.

Анамнез: ухудшение самочувствия около 3 месяцев назад, когда после физической нагрузки появились выраженные боли в грудном и поясничном

отделах позвоночника. Амбулаторно консультирован неврологом, рекомендована терапия НПВС (мовалис, нимесил), с временным положительным эффектом. В последние 2 недели – усиление болевого синдрома, отсутствие эффекта от приема анальгетиков, потеря чувствительности и онемение в стопах. Проведена мультиспиральная КТ грудного отдела позвоночника (прилагается) по данным которого выявлены множественные очаговые поражения тел грудного отдела позвоночника на фоне выраженного остеопороза, патологический перелом тела Th-10 мягкотканным образованием, деструкция заднего отрезка 5 ребра.Госпитализирован в травматологическое отделение для дообследования и определения тактики ведения. При осмотре: состояние средней степени тяжести, пациент с трудом передвигается, нуждается в посторонней помощи, занимает вынужденное положение – сидя, согнувшись вперед. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 92 в мин., АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, размеры печени по Курлову 10х9х8, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме

В гемограмме: эритро¬циты – 3,0х1012 \л гемоглобин - 116 г\л, ЦП 0,92, тромбоциты - 223х109 \л, лейкоциты – 7,4х109 \л лейкоци¬тарная формула: э-0%, б-0%, плазматические клетки – 2, п-2%, с-58%, моно-6%, лф- 32%,

СОЭ-85 мм/ч. В б/х крови: общий белок - 130г\л (N – 65-85 г/л), альбумин 33 г/л (N – 35-50 г/л), g-гло¬булины белковых фракций составляют 50%, уровень Са++ в крови 3,5 ммоль/л (N - 2,02-2,6 моль/л), мочевина – 9,8 ммоль/л (N – 1,7-8,3 ммоль/л), креатинин – 150 ммоль/л (N - 40,0-115,0 мкмоль /л.) В ОАМ: протеинурия - 8 г/сутки.

Вопросы.
1. Выделите ведущие клинические синдромы
2. Интерпретация показателей гемограммы, б/х исследования.
3. Ваш предположительный диагноз? Осложнения?
4. Наметьте план дообследования для подтверждения предположительног диагноза.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
6. Тактика лечения?

Ответы:
1.Наличие у пациента болевого синдрома, синдрома сдавления спинного мозга опухолью, синдрома белковой патологии, почечной недостаточности, гиперкальциемии предполагает наличие диагноза: Множественная миелома.
2.Необходимо проведение дифференциального диагноза между остеохондрозом, межпозвоночной грыжей, остеопорозом, метастатическим поражением костей при раке, гиперпаратиреозе, болезни Педжета. Для постановки окончательного диагноза показано проведение костно-мозговой пункции, электрофорез белков сыворотки и мочи с иммунофиксацией, уровень иммуноглобулинов сыворотки крови, Rg-грамма костей черепа, таза, проксимальных отделов плечевых и бедренных костей.
3.Необходимо решить вопрос о хирургической коррекции изменений в позвоночнике, показаны курсы полихимиотерапии с использованием таргетного препарат Велкейд, ауто-ТКМ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23
У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появились затруднения прохождения по пищеводу жидкой пищи контрастной температуры, при этом плотная пища проглатывалась нормально. В дальнейшем дисфагия чаще появлялась в при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило.

Вопрос: поставить диагноз.

Ответ. Более вероятно функциональное расстройство пищевода. Для исключения эндоскопически негативной ГЭРБ – суточная pH-метрия. Консультация психотерапевта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24
Больная П., 74 лет обратилась к терапевту по месту жительства с жалобами на слабость, головокружение, одышку, учащенное сердцебиение, шум в ушах, чувство ползания мурашек и онемения в руках и ногах, ватные ноги, чувство жжения в языке, тяжесть в эпигастральной области после еды, отрыжку тухлым.
Из анамнеза известно, что чувство ползания мурашек и онемения в конечностях, «ватные» ноги отмечает в течение года. Ухудшение самочувствия в виде слабости, головокружения, одышки, учащенного сердцебиения при небольшой физической нагрузке, шума в ушах появилось около 6 месяцев назад.
В анамнезе жизни – аппендэктомия в молодости, менопауза в течение 28 лет, атрофический гастрит выявлен 10 лет назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести, питание снижено. Кожные покровы бледные, субиктеричные, сосочки языка сглажены. В позе Ромберга не устойчива. Сухожильные рефлексы на нижних конечностях ослаблены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 90 в минуту. АД 145/90 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, одиночные сухие пневмосклеротические хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень плотно-эластичной консистенции с ровным краем, размеры по Курлову 15х10х7 см. Селезенка: пальпируется край.
В гемограмме: эритро¬циты – 2,1х1012 \л гемоглобин - 84 г\л, ЦП 1,12, тромбоциты - 120х109 \л, лейкоциты – 3,2х109 \л лейкоци¬тарная формула: э-1%, б-0%, п-3%, с-73%, моно-3%, лф- 21%, СОЭ-32 мм/ч. Ретикулоциты – 8 ‰. СОЭ – 32 мм/ч. Встречены тельца Жолли и кольца Кэбота.
ЭКГ - Умеренные изменения миокарда метаболического характера.
Биохимическое исследование крови: общий белок – 80,5 г/л, альбумин – 38,6%, общий билирубин – 25,4 мкмоль/л, прямой – 6,8 мкмоль/л, АЛТ – 45,5 Ед/л, АСТ – 43,2 Ед/л, СРБ – 3 г/л, Тимоловая проба 1,4, фибриноген – 2,2 г/л, ЛДГ 233,5 Ед/л, Мочевина 4,1 мкмоль/л, Креатинин 96,5 ммоль/л, Глюкоза 4,9
ммоль/л

Вопросы:
1. Предварительный диагноз.
2. Основные клинические и параклинические синдромы.
3. Дополнительные исследования.
4. Тактика лечения.

Ответы.
Учитывая наличие у пациентки клинических синдромов: анемического синдрома, фуникулярного миелоза, гепатоспленомегалию, с-м желтухи; параклинических синдромов: гиперхромную, норморегенераторную анемию средней степени тяжести, умеренную тромбоцитопении и лейкопении, наличие телец Жолли и колец Кебота, гипербилирубинемию за счет непрямой фракции; данные анамнеза (атрофический гастрит в течение 10 лет) нельзя исключить В12-дефицитную анемию.
Для диагностики В12-дефицитной анемии показано проведение костно-мозговой пункции (мегалобластный тип кроветворения), определение содержания в сыворотке крови вит. В12, фолиевой кислоты. С целью исключения аутоиммунного атрофического гастрита показано исследование антител к париетальным клеткам желудка, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ФГДС, ФКС, исследование кала методом флотации.
Патогенетически показана терапия Витамином В12 в дозе 1000 гамм в/м, на 7 сутки обязательное исследование уровня ретикулоцитов (ретикулоцитарный криз) с целью оценки эффективности проводимого лечения. Проведение кардиопротекторной, метаболической терапии. Заместительная терапия компонентами крови (Отмытые эритроциты, Эр. масса) не показана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25
Больная Н., 41 года, направлена в ЛОР- отделение НГОКБ 23.07.01 из Колыванской ЦРБ. При поступлении предъявляла жалобы на почти полную глухоту на оба уха, заложенность носа, насморк. Заболела остро 22.06.01: появилась заложенность ушей, снижение слуха, насморк, кашель. 13.07.01 обратилась к сурдологу и ЛОР – специалисту областной поликлиники г. Новосибирска. Было назначено консервативное лечение по месту жительства:
- пенициллин;

- сосудосуживающие капли в нос;
- фурациллин на спирте - в уши.

В ходе лечения нарастала отрицательная динамика: прогрессирующее снижение слуха, насморк, присоединилась лихорадка до 38?С с ознобами. На контрольной аудиограмме - поражение звукового аппарата. В анамнезе в течение 5 лет ХБ; ОРВЗ. За период пребывания в ЛОР – отделении (23.07.01 – 03.09.01) в течение 41 дня было выполнено 5 оперативных вмешательств:

23.07.01 Парацентез барабанных перепонок с 2-х сторон.

30.07.01 Парацентез барабанной перепонки слева.

06.08.01 Мастоидоантротомия слева с дренажом и ларинготомия справа.

15.08.01 Пункция и дренирование верхнечелюстной пазухи справа.

17.08.01 Пункция фронтальной пазухи справа.В процессе обследования в ЛОР-отделении выявлено:

В гемограмме в динамике: стойкий лейкоцитоз 12,0 – 14,0•109/л; эозинофилия 10-12%; ускорение СОЭ до 40 мм в час.

В общем анализе мочи: протеинурия (0,99 – 1,2 г/л); эритроцитурия (30-40 в п/з), цилиндрурия (гиалиновые 2-3 в п/зр; зернистые 0-1 в п/зр).

Рентгенография органов грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка, мелкоочаговые тени, нечетко очерченные фокусы уплотнения легочной ткани с полостями распада.

Гистологическое исследование слизистой носа: гранулематозные разрастания с некрозами, состоящие из эпителиальных, лимфоидных, плазматических клеток и гигантских клеток типа Лангханса. Явления некротического васкулита.

Назначено лечение: ампициллин, цефазолин, цифран неэффективно.

В связи с присоединением и нарастанием одышки, появлением кровохарканья консультирован пульмонологом и переведен для дальнейшего лечения в отделение пульмонологии.

Вопросы.

1. Предполагаемый Вами диагноз/
2. Дифференциальный диагноз.
3. Тактика лечения.

Ответ: Гранулематоз Вегенера.

Гигантоклеточный гранулематозно-некротичес-кий системный васкулит с избирательным по началу болезни поражением верхних дыхательных путей и легких, а в последующем — почек.

Эпидемиология. Заболевание редкое, точных данных о распространенности нет. Средний возраст больных 30-40 лет, несколько чаще болеют мужчины.

Этиология и патогенез изучены мало. Возможно, играют роль какая-то хроническая очаговая инфекция (носоглоточная), длительный прием антибиотиков, предполагается и вирусная инфекция. Определяется генетическае предрасположенность — заболевание связано с наличием антигенов гистосовместимости HLA B7, B8 и DR 2. В патогенезе имеет значение гиперреактивность гуморального звена иммунитета: повышение сывороточного и секреторного IgA , IgG и IgE , обнаруживается РФ, ЦИК, IgG аутоантитела.

Патоморфология. Эта разновидность системного васкулита отличается от УП. В сосудах процесс проходит те же стадии отека, некроза, но специфичным является образование гранулем с большим количеством гигантских многоядерных клеток. Гранулемы или связаны с близлежащим сосудом, или отделены от него.

В почках — ГН, главной особенностью которого является наличие гигантоклеточных гранулем.

Клиническая картина. Заболевание развивается постепенно: возникает острый или хронический ринит с язвенно-некротическими изменениями слизистой оболочки придаточных пазух, гортани, трахеи; может быть гнойный отит. При прогрессировании болезни нередко развивается перфорация носовой перегородки. Генерализация процесса ведет к поражению легких: кашель, кровохарканье, множественные инфильтраты в легких с тенденцией к распаду и присоединение вторичной инфекции. Через несколько месяцев выявляется поражение почек — быстропрогрессирующий ГН с развитием ХПН.

Лабораторные исследования показывают остроту процесса: повышение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, мочевой синдром, свойственный ГН.

Диагностические критерии: 1) язвенно-некротический ринит, синусит (гнойно-кровянистые выделения из носа, сухие корки, носовые кровотечения); 2) разрушение хряща и костной ткани, носовой перегородки, верхнечелюстной пазухи, орбиты, седловидная деформация носа; 3) инфильтраты в легких с распадом (кашель,одышка, боль в грудной клетке, кровохарканье, легочное кровотечение); 4) БПГН (протеинурия, микрогематурия, нарушение функции почек); 5) АТ к цитоплазме нейтрофилов в сыворотке крови (у 90% больных).

Классификационные критерии гранулематозаВегенера [24]; 1. Воспаление носа и полости рта: язвы в полости рта; гнойные или кровянистые выделения из носа. 2. Изменения в легких при рентгенологическом исследовании: узелки, инфильтраты или полости в легких. 3. Изменения мочи: микрогематурия (> 5 эритроцитов в поле зрения) или скопления эритроцитов в осадке мочи. 4. Биопсия: гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскуляр-ном и экстраваскулярном пространстве.

Наличие у больного двух и более любых критериев позволяет поставить диагноз с чувствительностью 88% и специфичностью 92%.

Нередко вызывает затруднение диагностика локальных форм гранулематоза Вегенера, так как клиническая картина, данные рутинного лабораторного обследования неспецифичны, а результаты биопсии не всегда достаточно информативны. Вместе с тем хорошо известно, что раннее начало цитотоксичес-кой терапии замедляет прогрессирование поражения почек и, следовательно, улучшает прогноз. Не менее сложными являются оценка активности воспалительного процесса и выявление инфекционных осложнений у больных, длительное время получающих иммуносупрессивную терапию.

Дифференциальный диагноз при гранулематозе Вегенера в первую очередь проводят с заболеваниями, при которых наблюдается легочно-почечный синдром. К ним относятся микроскопический ангиит, синдром Чарга-Стросса и Гудпасчера, геморрагический васкулит, СКВ и стрептококковая пневмония с ГН. Исключаются также ангиоцентрические иммунопролиферативные заболевания (лимфоматоидный гранулематоз, ангиоцентрическая злокачественная лимфома), опухоли, другие гранулематозы (саркоидоз, туберкулез, проказа), системные микозы, сифилис и СПИД. Гранулематоз Вегенера следует разграничивать от подострого экстракапиллярного ГН.

Достаточно сложно проведение дифференциального диагноза у больных с локальным и ограниченным гранулематозом Вегенера. Деструктивные процессы в дыхательных путях могут наблюдаться при инфекциях (микобакте-рии, грибки, сифилис), опухолях или при ингаляционном воздействии лекарств. В этих случаях биопсия легкогб для подтверждения диагноза гранулематоза

Вегенера должна проводиться только после получения отрицательных результатов культурального исследования.

Прогноз нелеченного заболевания плохой. При интенсивной терапии удается добиться ремиссии. 5-летняя выживаемость до 60%.

Лечение. Стандартная терапия гранулематоза Вегенера основана на пероральном приеме циклофосфамида (2-3 мг/кг/сутки) в сочетании с преднизолоном (1 мг/кг/сутки). Лечение ГКС в этой дозе продолжают до развития иммуносупрессивного эффекта цитостатика (около 4 недель), затем дозу преднизолона постепенно снижают (по 5 мг каждые 2 недели) или переводят больного на альтернирующий прием препарата (60 мг через день). Длительность такой терапии ГКС зависит от индивидуального ответа пациента на нее. После достижения полной ремиссии лечение циклофосфамидом продолжают не менее 1 года. Затем дозу препарату уменьшают на 25 мг каждые 2-3 месяца.
У больных с быстропрогрессирующим заболеванием начальная доза цитостатика составляет не менее 3-5 мг/кг/сут. Одновременно назначаются ГКС (2-15 мг/кг/сутки). Такое лечение проводится в течение нескольких дней с последующим переводом больного на стандартный режим терапии. Эффективна ежемесячная пульс-терапия циклофосфамидом, особенно в течение первых месяцев от начала заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Больная Д., 42 года, работник банка. При госпитализации жалобы на слабость, недомогание, повышение температуры до 37,30С, сухой кашель, боли в коленных и локтевых суставах.
Анамнез заболевания: 3 месяца назад на голенях появились красноватые пятна, болезненные при пальпации. Лечилась у терапевта, недели через 3-4 эти явления прошли, но чрез месяц они вновь появились. При флюорографическом обследовании органов грудной клетки были обнаружены изменения и больную направили в противотуберкулезный диспансер.
Анамнез жизни: контакт с больными туберкулезом отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей, заболеваний легких не было. Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве корь, несколько раз болела гриппом.
Объективно: состояние удовлетворительное. На голенях проявления узловатой эритемы и припухлость правого коленного сустава. Температура тела 37,20 С. в органах дыхания патологии не обнаружено, сердце без особенностей.
Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты в небольшом количестве.
Исследование промывных вод бронхов на ВК методом флотации (3 анализа): микобактерии туберкулеза не найдены.
Общий анализ крови: Эр - 4,1 х 1012/л; Нв – 120 г/л; Л – 7,4 х 10 9/л; Э – 1 %; П – 1 %; С – 80 %; Л – 11 %; М – 7 %; СОЭ – 21 мм/час.
Общий анализ мочи: б/о.
Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – гиперемия.
Обзорная R-грамма органов грудной клетки: синдром патологии срединной тени: средостение расширено симметрично за счет увеличения бронхопульмональной группы лимфоузлов. Лимфоузлы представляются в виде крупных конгломератов. Корни легких расширены, контуры четкие. Справа в S8 очаг Гона.

Вопросы.
Диагноз, обоснование.
Уточняющая диагностика.
Тактика лечения.

Ответ.
Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов.
Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (болезнь Шаумана – Бека - Бенье). Характеризуется образованием гранулем, которые в 97% случаев локализуются в органах

дыхания. Но в процесс могут вовлекаться лимфатические узлы других внутренних органов и систем. Поэтому заболевание считается системным.

Саркоидоз не является инфекционным, поэтому заразиться им нельзя. Болеют лица молодого и среднего возраста, в основном женщины.

Этиология возникновения саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов не известна. Одной из теорий развития является аномальный иммунный ответ. Саркоидоз, хроническое заболевание воспалительного характера. Механизм возникновения, которого заключается в повышении активности лимфоцитов, они начинают вырабатывать вещества вызывающие образования гранулем, что и является основой патологического процесса.

Классификация:

По стадии течения болезни:

- поражение только внутригрудных лимфатических узлов.

- поражение внутригрудных лимфатических узлов и легких.

- поражение легких ВГЛУ, легких с выраженными фиброзными изменениями.

По фазе развития болезни и осложнениям:

- фазы: активная, стабильная, и обратное развитие.

- течение заболевания: рецидивирующее, обратное развитие, благоприятное, и прогрессирующее.

- осложнения: образование стенозов бронхов, ателектаз легкого или его сегмента, развитие сердечной или легочной недостаточности.

- остаточные явления: эмфизема, плеврит, пневмосклероз.

Рентгенологические изменения:

- Нет изменений на рентгенограмме.

- Поражение внутригрудных лимфатических узлов, без вовлечения легочной ткани.

- Поражение лимфатических узлов, корней легких, средостенья. Паренхима легких вовлечена в патологический процесс.

- Поражение легких без вовлечения в процесс внутригрудных лимфатических узлов.

- Развитие необратимого фиброза легких.

Клиническая картина саркоидоза очень разнообразна. Зависит от стадии заболевания. В начале заболевания преобладают нарушение общего состояния, и легочная симптоматика может запаздывать. Больной впервые обращается к врачу с жалобами на боли в суставах, припухлости над ними, нарушения зрения, поражения кожи в виде узелковой эритемы. Из общей симптоматики есть жалобы на слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, и очень редко до 39 градусов, потливости, боли в мышцах, сухой кашель, отдышка.

При перкуссии грудной клетки, как правило, изменения отсутствуют, но в ряде случаев, если внутригрудные лимфатические узлы больших размеров, то над ними отмечается укорочение перкуторного звука. Аускультативо могут, выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы.

Изменения со стороны крови - увеличение СОЭ, цифры не высокие, понижение лейкоцитов, повышение фракций альфа и гамма глобулинов, увеличение уровня кальция в крови. Туберкулиновая проба снижена.

Диагноз во многих случаях выставить не сложно, но для подтверждения используется биопсия и морфологическое исследование лимфатических узлов, при котором обнаруживаются характерные гранулемы.

Лечение заключается в том, что назначается глюкокортикоидные гормоны, при всех стадиях заболевания. Дозировка и длительность зависит от тяжести течения болезни. Если плохой терапевтический эффект то практикуется гормонально- цитостатическая терапия. Она заключается в добавлении к основному лечению плаквинила или делагила.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент П тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. — 3,0х10/л, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейк. — 7,8х10/л, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейк. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин — 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры — 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена — 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

Ответы.

1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермитирующая стадия, артериальная гипертензия, анемия.

2. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической — протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.

Причина ХПН — латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного.

3. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.

Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).

Энтеросорбенты. Слабительные.

Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.

Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 — 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит,

жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД — 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес — 1010, белок — 0,6 г/л, эр. — 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, эритроциты — 4,6х10/л, лейк. — 8,3х10/л, СОЭ — 20 мм/час. Результаты дополнительного обследования:
1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л — 130 мкмоль/л -100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л — 90 мкмоль/л — 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л — 200 мкмоль/л — 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).
2. Анализ крови на электролиты: К — 5,3 ммоль/л, Na — 150 ммоль/л, Са — 2,2 ммоль/л, Cl — 97 ммоль/л 3. АСЛ-О — 320 ед. 4. Общий белок: 65 г/л
5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5х7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.
6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.
7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.
8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.
9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть. расценена как острый гломерулонефрит.
10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

Вопросы.
1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.
2. Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.
3. План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.
4. Лечение: при остром — симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкортикостероиды при неэффективности, при хроническом — патогенетическая терапия, при подостром — пульс-терапия, плазмоферез.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

Больной Ж., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4^{0}С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая
клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме
―барабанных палочек‖, ногти в форме
―часовых стекол‖, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

Вопросы.
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Ответы.
1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.
Обоснование:
жалобы и данные анамнеза: синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам; длительность заболевания, наличие обострений; объективные данные: при осмотре: лихорадка субфебрильная, ЧДД - 22 в мин. Бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей; при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких; при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ
2. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе - повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжистость в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. Бронхография.
3. Эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, кровохарканье, легочное кровотечение, пневмония, абсцесс легкого.
4. Принципы лечения:
Режим постельный.
Диета, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы). Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.
Отхаркивающие препараты: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин . Обильное щелочное питье: минеральные воды.
Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).
Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов .
Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.
Профилактика:

первичная:
диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение; исключение влияния на организм вредных факторов производства;
борьба с курением; закаливание;
своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш)
вторичная:
своевременное решение вопроса о возможном оперативном лечении врожденных бронхоэктазов; рациональное трудоустройство больных с бронхоэктатической болезнью; своевременный перевод на инвалидность при присоединении осложнений и стойкой утрате трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.
Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.
Общий анализ крови : эр. - 4,3 х 10^{12}, лейк. - 9,2 х 10^{9}, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час; СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л., свертываемость крови - 3 мин., ПТИ - 100 %. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейк. - 6,0х10^{9}, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.

Вопросы.
1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования, лечения.

Ответы.
1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.
Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.
Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - П.
Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - $4,5x10^{12}$/л, л - 6,0 х 10^{9}/л, ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

Вопросы.
1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь П стадии. Гипертензивный криз 1 типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение:
терапия гипертензивного криза;
терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.
- кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32
Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.
Объективно: темп. тела $37,3^0$С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.
Результаты дополнительного обследования.
Общий анализ крови: эр. - $5,0x10^{12}$/л, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - $240x10^9$/л, лейкоциты - $10,0x10^9$/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр., лейкоциты - 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бенцилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.
Серологическое исследование - повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.
Рентгенограмма - прилагается.
Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция - кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.
Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.
Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН П ст.
2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение тира антител к антителам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
4. Принципы лечения:
антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и

комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия;
дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма;
иммунокорригирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др. физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

Больной 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39^0С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.
Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 $см^2$ угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.
Результаты дополнительного обследования.
Общий анализ крови: эр. - $4,5x10^{12}$/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $240x10^9$/л, лейкоциты - $12,0x10^9$/л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейк. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положит.
Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.
Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.
Серологическое исследование - титр антител к вирусным антигенам в пределах нормы.

Вопросы.
1. Установить предварительный диагноз
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: острая очаговая пневмония в нижней доле правого легкого неуточненной этиологии.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ДФА, СРБ, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое

исследование - определение титра к вирусным антигенам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острым бронхитом, крупозной пневмонией, острым плевритом, очаговым туберкулезом легких, инфаркт-пневмонией, абсцессом легкого.
4. Принципы лечения:
антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, нитрофураны, метрогил
бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополиглюкин, плазма
инммунокорригирующая терапия (при затяжном течении) - глюкокортикоиды, интерферон, левамизол, нуклеинат натрия, плазма, иммуноглобулины
симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды, диуретики, при сосудистой недостаточностти - сульфокамфокаин, кордиамин, при развитии инфекционно-токсического шока - гемодез, альбумин, преднизолон, симпатомиметики, коррекция метаболического ацидоза, борьба с ДВС-синдромом; при выходе из острой стадии заболевания - физиотерапевтическое лечение (ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, УВЧ, индуктотермия), ЛФК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку.
Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.
При обследовании в стационаре: температура 36,8*С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.
Результаты дополнительного обследования.
1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.
2. Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.
3. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.
3. Общий анализ крови: эр. - 4,7х10^12/л, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - 260х10^9/л, лейк. - 6,0х10^9/л, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

4. Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/гл, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л.
5. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейк. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

Вопросы.
1. Установить предварительный диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Назначить лечение.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая, СН ПА стадии.
2. План дополнительного обследования: ЭКГ, велоэргометрия (через 2 недели после госпитализации), эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной клетки; общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, СРБ, КФК, ПТИ, время свертывания, холестерин, В-липопротеиды, общий анализ мочи.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда , миокардитом, перикардитом.
4. Принципы лечения:
антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых производных короткого действия);
антикоагулянтная (гепарин) и дезагрегантная (аспирин) терапия; гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, липамид, мисклерон); терапия СН (ингибиторы АПФ, мочегонные, дигоксин в малых дозах).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35
Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс -90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках -180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости -без патологических изменений.
Результаты дополнительного обследования. Общий анализ крови: эр. -4,9х1012/л, Нв -130 г/л, цв.п. -1,0 тромбоциты -300х109/л, лейкоциты -6,0х109/г, пал. -2%, сегм. -60%, лимф. -30%, мон. -8%, СОЭ -8 мм/час. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес -1023, белка и сахара нет, лейк. -0-2 вп/зр. эр. -1-2 в п/зр., цилиндров нет. Анализ мочи по Зимницкому: уд.вес от 1008 до 1027, дневной диурез -800,0 мл, ночной диурез -500,0 мл. Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. -800, лейк. -1000. Проба Реберга : клубочковая фильтрация -100 мл/мин, канальцевая реабсорбция -98%. Анализы крови: на мочевину -6,0 ммоль/л, креатинин -0,088 ммоль/л, холестерин -5,5 ммоль/л, триглицериды -1,5 ммоль/л,бета-липопротеиды -4,5 г/л, ПТИ -100 ед. Рентгеноскопия сердца -прилагается. Эхокардиоскопия: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция выброса -65%. УЗИ почек -почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется. Радиоренография -поглотительная и выделительная

функции почек не нарушены. Глазное дно -некоторое сужение артерий. Консультация невропатолога -функциональное расстройство нервной системы.
Вопросы.
1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.

Ответы.
1.Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь П стадии.
2.План дополнительного обследования:ЭКГ,эхокардиоскопия, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, УЗИ почек, консультация окулиста, рентгеноскопия сердца, консультация невропатолога, общий анализ крови, проба
Реберга, анализ крови на мочевину, креатинин, холестерин, бета-липопротеиды, протромбин, радиоренография.
3.Дифференциальную диагностику следует проводить с симптоматическими артериальными гипертензиями: почечными -хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, реноваскулярная гипертензия;-эндокринными - феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, акромегалия;-гемодинамическими -недостаточность аортального клапана, атеросклероз аорты, застойная гипертензия;-нейрогенными -опухоли или травмы головного или спинного мозга, энцефалит, кровоизлияние;с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии; с экзогенными гипертензиями вследствие свинцовой интоксикации, приема глюкокортикоидов, контрацептивов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36
Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,50С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, холодные на ощупь. В легких -укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД -22 в минуту. Пульс -100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД -90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая -на 2 см от края грудины, левая - на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.
Результаты дополнительного обследования.
ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована. Общий анализ крови: эр. -4,2х10^12/л,Нв -130г/л,лейк. -15,1х10^9/л, эоз. -4%, пал. -5%, сегм. -45%, лимф. -36%,мон-9%,СОЭ -6 мм/час. Сыворотка крови : СРБ ++, КФК -3,6 ммоль/гл, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ -36 Ед/л. Общий анализ мочи: уд. вес -1016, белок -0,06% , гиалиновые цилиндры -ед. в п/зр. Посев крови стерилен.

Вопросы.
1.Поставьте диагноз.
2.Проведите дифференциальную диагностику.
3.Наметьте план дообследования.
4.Назначьте лечение.

Ответы. 1.Острый диффузный инфекционно-аллергический миокардит.
2.Дифференциальный диагноз проводится с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, инфарктом миокарда, пороками сердца.
3.План обследования включает: ЭКГ в динамике, эхокардиоскопию,кровь на СРБ, белковые фракции, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, кровь на противовирусные и противобактериальные антитела, рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, кровь на ЦИК, иммуноглобулины.
4.План лечения: глюкокортикоидные гормоны, НВПС, антибиотики, ингибиторы кининовой системы, средства, улучшающие метаболизм в миокарде, лечение НК, антиаритмическая терапия, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37
Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом “Межреберная невралгия”. Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой -акцент П тона. АД -170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.
Результаты дополнительного обследования. 1.Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной. 2.Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж. 3.Эхокардиоскопия -утолщение задней стенки левого желудочка. 4.Общий анализ крови: эр. -4,8х10^12/л, Нв -135 г/л, цв.п. -1,0; тромбоциты -240х10^9/л, лейкоциты -5,5х10^9/л, пал. -2%, эоз.-3%, сегм. -65%,лимф, -28%, мон. -2%, СОЭ -7 мм/ час, холестерин -8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды -6,6 г/л, ПТИ -100%, время свертывания -4 мин., сахар -5,5 ммоль/л, натрий -135 ммоль/л, калий -4,0 ммоль/л, кальций -2,4 ммоль/л, креатинин -0,1 ммоль/л. 5.Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес -1016, белка и сахара нет, лейк.-2-4 в п/зр., эр. -1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд.вес -1016-1020; дневной диурез -800,0 мл; ночной диурез -300,0 мл; об. диурез -1100,0 мл. 6.Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки, Salus 1-П. 7. Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

Вопросы.
1.Установите диагноз.
2.Наметьте план дополнительного обследования.
3.Проведите дифференциальную диагностику.
4.Назначьте лечение.

Ответы.
1.Предварительный диагноз: ИБС -стабильная стенокардия напряжения, ФК П. Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь П стадии, ожирение 1 степени.
2.План дополнительного обследования: велоэргометрия, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия, общий анализ крови, анализ крови на холестерин, бета-липопротеиды,

ПТИ, время свертывания, сахар, общий анализ мочи, проба по Зимницкому, анализ крови на электролититы, креатинин, консультация окулиста и невропатолога.
3.Дифференциальную диагностику следует проводить с межреберной невралгией, синдромом Титце, плече-лопаточным периартритом, нейро-циркуляторной дистонией по кардиальному типу, миокардитом, перикардитом.
4.Принципы лечения: антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция; терапия дезагрегантами (аспирин по 0,25 на ночь); гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, мисклерон, липамид, пшеничные отруби);гипотензивная терапия бета-блокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ; седативная терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

Больной 50 лет, водитель, пришел на прием в поликлинику к участковому терапевту. Предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизисто-гнойной мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при незначительной привычной физической нагрузке; снижение переносимости физических нагрузок; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.
Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам, последние 2 года — одышку. Частые «простуды», в холодное время года, сопровождающиеся длительным кашлем. Ухудшение состояния — последнюю неделю: нарастание интенсивности кашля, усиление одышки.
Из сопутствующих заболеваний: остеоартроз коленных суставов.
Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Питание повышенное. Темп. тела 37,60С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразная. Сглаженность над- и подключичных ямок. Голосовое дрожание ослаблено. Экскурсия легких снижена. Перкуторно - коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД — 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами — ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 90 в минуту. АД на обеих руках — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей. Периферических отеков нет.
Результаты дополнительного обследования.
Общий анализ крови: Общий анализ крови: эр. — $5{,}0x10^{12}$/л, Нв — 150 г/л, ц.п. — 1,0; тромбоциты — $240x10^{9}$/л, лейкоциты — $12{,}0x10^{9}$/л, пал. — 7%, сегм. — 53%, лимф. — 32%, мон. — 8%, СОЭ — 20 мм/час.
Анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки. Анализ мокроты общий: светло-желтоватая, вязкая, без запаха, эпителий плоский — 4-6 в п/зр., лейкоциты — 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
Бактериологический анализ мокроты — высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бенцилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.
Рентгенограмма. Признаки бронхиальной обструкции: ослабление сосудистого рисунка, уплощение купола и ограничение подвижности диафрагмы, расширение ретростернального пространства, вертикальное положение сердца.
Спирометрия. Экспираторное ограничение воздушного потока. ОФВ1 — 40% от должного. Снижение ОФВ1/ФЖЕЛ. Уменьшение ЖЕЛ, ФЖЕЛ.
Бронходилатационный тест с ингаляционными бронходилататорами (сальбутамол, беротек). Прирост ОФВ1 менее 12%.

ЭКГ. Признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка.

Вопросы.
1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику и основные принципы лечения.
4. Укажите возможные методы немедикаментозной реабилитации.

Ответы.
1.Диагноз. ХОБЛ, бронхитический тип, степень IV (ОВФ1 — 40%, ХДН), обострение хронического гнойного бронхита. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.
2,Дифференциальный диагноз. -бронхиальная астма (клиническая картина, разные спирометрические проявления),
-бронхоэктатическая болезнь (обильная гнойная мокрота, частые рецидивы, бронхоэктазы на МСКТ,
-туберкулез (специфическая рентгенологическая и микробиологическая картина)
-облитерирующий бронхиолит (некурящие, молодой возраст, ревматоидный артрит, специфическая МСКТ картина)
-диффузный панбронхиолит (некурящие, частые хронические синуситы, специфическая МСКТ картина)
-рак легких (похудание, специфическая МСКТ картина)
-саркоидоз (внелегочные проявления — гранулемы, специфическая МСКТ картина)
3.Принципы лечения.
Ингаляционные бронходилататоры
Быстродействующие b2 – агонисты (сальбутамол, фенотерол) или быстро действующие антихолинергические препараты (ипратропиум: атровент). Оптимально использовать комбинированные препараты (беродуал)
Глюкокортикостероиды (ГКС). Преднизолон 5-14 дней, 30-40 мг/сут орально. Или ингаляционные ГКС (пульмикорт)
Антибактериальная терапия.
При легком и среднетяжелом обострении- Амоксициллин, макролиды (азитромицин, кларитромицин), цефалоспорины (цефиксим и пр.)
При тяжелом обострении с факторами риска — амоксиклав или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).
Муколитическая и отхаркивающая терапия —
мукоактивные препараты — N – ацетилцистеин (АЦЦ), отхаркивающий муколитик эрдостеин (эрдомед).
4.Реабилитация
Физические тренировки.
Курс реабилитации — 6-12 недель, не менее 12 занятий 2 раза в неделю, длительностью не менее 30 минут. Индивидуальная программа физических тренировок под контролем показателей сатурации крови кислородом,
ЧДД, пульса, АД, желательно ЭКГ мониторинг. Сочетание силовых упражнений и упражнений на выносливость. Во время тренировок возможна кислородная поддержка — низкопоточная оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика, в том числе, со специальными тренажерами.
Психосоциальная поддержка.
Обучение.
Коррекция питания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39

Больной А., 62 года, работник административно-управленческого аппарата, обратился с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение часа, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе — в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД-18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень — по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

Вопросы.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования
3. С чем проводится дифференциальный диагноз?
4. Определите тактику ведения пациента и неотложную терапию

*Ответы***.**

1. Предварительный диагноз - Острый коронарный синдром

2. План обследования включает: пульсоксиметрию, ЭКГ в 12 отведениях, исследование крови на сердечный тропонин, общий анализ крови, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, липиды крови, коронарографию.

3. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.

4.Тактика и принципы лечения:

Неотложная терапия: ацетилсалициловая кислота 250 мг – однократная нагрузочная доза разжевать (в последующем 75-100 мг/сут) плюс внутрь 4 табл. по 75 мг клопидогрела (однократная нагрузочная доза – 300-600 мг, в последующем 75 мг/ сут).

купирование болевого синдрома —морфин (до 10 мг),

при необходимости – транквилизаторы, нейролептики.

В-адреноблокаторы перорально (метопролол, бисопролол) (до целевого ЧСС)

Ингибиторы АПФ (эналарил, лизиноприл, фозиноприл, периндоприл, каптоприл и др.) (титрование дозы до целевой)

При непереносимости ИАПФ, блокаторы рецептора ангиотензина (сартаны)

Статины (аторвастатин 80 мг)

Антикоагулянтная терапия – нефракционированный гепарин или низкомолекулярный гепарин (эноксапарин натрия - клексан

Тромболитическая терапия (стрептокиназа)

экстренная госпитализация в сосудистый центр для проведения ЧКВ (чрескожного коронарного вмешательства).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

Больная А., 52 года, поступила в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Больна последние 2 года. Курит. Мать умерла от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс — 90 в 1 мин.,

ритмичный, напряженный. АД (двукратное измерение) — 185/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости — без патологических изменений. Печень – по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования
3. С чем проводится дифференциальный диагноз?
4. Определите тактику, цели лечения и основные группы препаратов.
5. Укажите возможные методы немедикаментозной реабилитации.

Ответы.
1.Предварительный диагноз: АГ III степени
2.План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевина, креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), общий холестерин, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, калий, натрий, протромбин), общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, проба Реберга, ЭКГ, УЗИ сердца, сосудов шеи, УЗИ почек, консультация окулиста, рентгенография грудной клетки, радиоренография.
3.Дифференциальную диагностику следует проводить с симптоматическими артериальными гипертензиями:
почечными — хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, реноваскулярная гипертензия;
— эндокринными — феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, акромегалия;
— гемодинамическими — недостаточность аортального клапана, атеросклероз аорты, застойная гипертензия;
— нейрогенными — опухоли или травмы головного или спинного мозга, энцефалит, кровоизлияние;
с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии;
с экзогенными гипертензиями вследствие свинцовой интоксикации, приема глюкокортикоидов, контрацептивов.
4.Тактика и принципы лечения: Цели лечения: Достижение АД целевого уровня (САД -120-130 мм рт ст; ДАД — 70-80 мм рт ст). Модификация факторов риска; профилактика и замедления скорости прогрессирования поражения органов-мишеней (сердца, головного мозга, почек, сосудов, глазного дна).
Гипотензивная терапия.
Основные группы препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)
Блокаторы кальциевых каналов (антагонисты Са)
Диуретики (тиазидные)
В-адреноблокаторы.
Желательно сразу начинать с комбинированных препаратов.
Рациональные комбинации 2х антигипертензивных препаратов:

1. *ИАПФ +диуретик*
2. *ИАПФ +АК (экватор и др.)*
3. *БРА+диуретик (лориста Н и др.)*
4. *БРА +АК (лортенза)*

При неэффективности — комбинация 3-х препаратов (иАПФ или сартан плюс антагонист Са плюс диуретик).

При неэффективности — добавить спиронолактон или эплеренон.
5.Реабилитация. Модификация образа жизни и факторов риска (борьба с курением, ожирением, гиподинамией)
Диетотерапия: снижение потребления соли до 5 г/сут. Диета с ограничением животных жиров, увеличение калия и кальция.
Нормализация веса.
Увеличение двигательной активности
ЛФК
Отказ от курения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41

Больная М., 56 лет, поступила в отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением. В течение последних 3х лет нечасто, после психоэмоционального напряжения или при перемене погоды, отмечала повышение АД до 160/90, сопровождающееся головными болями. Систематического лечения не получала. Последний приступ болей возник после психоэмоционального напряжения.
Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Питание повышенное. Больная несколько возбуждена. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс — симметричный, напряжен, частый — 92 в 1 мин. АД — на пр. руке — 185/100 мм рт. ст., на левой — 190/100 мм рт. ст. Границы сердца — левая — на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС — 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования
3. С чем проводится дифференциальный диагноз?
4. Определите тактику ведения пациента и неотложную терапию

Ответы.
1.Предварительный диагноз: Артериальная гипертензия. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ крови общий, анализ мочи общий, ЭХО-КГ, глюкоза крови.
3.Дифференциальный диагноз — исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4.Лечение:
Постельный режим
терапия гипертензивного криза:
Карведилол 12,5-25 мг per os (или пропранолол (анаприлин) 20-40 мг под язык или per os) или
Каптоприл (капотен) 12,5-25 мг под язык или per os
(Если нет эффекта, добавить половинную дозу или карведилола, или капотена).
или
Эналарилат 1,25 в/в
Через 4 часа — второй прием препаратов.
Терапия гипертонической болезни (ИАПФ, БРА, АК, В-блокаторы, мочегонные).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42

Больной В., 62 года, служащий, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение усиленного неритмичного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Ранее периодически ощущал незначительные перебои в работе сердца, которые проходили самостоятельно.
Объективно: сознание ясное. Питание повышенное. Кожные покровы несколько бледноваты, влажные. гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца — по срединно-ключичной линии. АД — 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях — частый, аритмичный, частота — 104 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС — 124 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования
3. С чем проводится дифференциальный диагноз?
4. Определите тактику ведения пациента и неотложную терапию
5. Меры профилактического наблюдения

Ответы.
1.Предварительный диагноз —Нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План обследования: ЭКГ в 12 отведениях в покое, суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ по Холтеру, трансторакальное эхокардиографическое исследование сердца, биохимические показатели крови: глюкоза АСТ, АЛТ, СРБ, калий, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно, об.ан.крови, об.ан. мочи, гормоны щитовидной железы
3. Дифференциальный диагноз - Мерцательная аритмия как синдром при АГ, врожденных и приобретенных пороках сердца, синдроме Вольфа-Паркинсона, Уайта, тиреотоксикозе, кардиопатиях, апноэ сна
4. Лечение: выбор терапевтической стратегии — восстановление и поддержание синусового ритма - «контроль ритма сердца» лекарственными и/или немедикаментозными средствами. «Контроль ритма сердца» не избавляет от параллельного «контроля частоты».
«контроль частоты» - в-адреноблокаторы в/в или per os/
При неэффективности «контроля частоты» для прекращения аритмии и восстановления синусового ритма — в/в медикаментозная кардиоверсия:
один из препаратов в/в:
прокаинамид (новокаиамид)
пропафенон
амиодарон (кордарон)
вернакалант
нибентан
нифедирил
В противорецидивной терапии: в-блокаторы, пропафенон, этацизин;
соталол;
амиодарон
Лечение ИБС — диета, статины
5. Профилактическое наблюдение. Индивидуальная программа диспансерного наблюдения больного. Врач-кардиолог наблюдает не реже 2 раз в год и при ухудшении состояния больного на профилактической антиаритмической или урежающей ритм терапии. Проводится комплексное обследование для исключения ССЗ, гипертиреоза, синдрома

обструктивного апноэ и др. потенциальных факторов риска. Плановое амбулаторное обследование 1 раз в год включает: ЭКГ в 12 отведениях, общий и биохимический анализ крови, суточное монторирование ЭКГ, ЭХОКГ, анализы крови на гормоны щитовидной железы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43

Больной 24 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 39^0С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад, после переохлаждения (ходил в поход), заболел ОРВИ — повышение температуры до $37,4^0$, сухой кашель, першение в горле. Лечился дома обильным питьем, парацетамолом. За медицинской помощью не обращался. Состояние ухудшилось вчера вечером - был отмечен подъем температуры до 39^0 и появились перечисленные выше жалобы. Контакт с лицами, инфицированными Covid-19 отрицает. За рубеж последний год не выезжал.
Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы чистые, влажные, слабый диффузный цианоз лица. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 $см^2$угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс — 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования
3. С чем проводится дифференциальный диагноз?
4. Определите тактику ведения пациента и основные принципы терапии
5. Назовите методы немедикаментозной реабилитации

Ответы.
1.Предварительный диагноз: острая очаговая пневмония в нижней доле правого легкого неуточненной этиологии.
2.План обследования: Детекция РНК SARS CoV-2 COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) мазков из носоглотки и ротоглотки, ПЦР мокроты, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, глюкоза, СРБ, общий белок, альбумин, лактатдегидрогеназа), Д-димер, коагулограмма (ПВ, МНО и АЧТВ), анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование — определение титра к вирусным антигенам, рентгенография легких в 3-х проекциях, КТ, ЭКГ.
3.Дифференциальную диагностику следует проводить с коронавирусной пневмонией, острым бронхитом, крупозной пневмонией, острым плевритом, очаговым туберкулезом легких, ТЭЛА-инфарктом легкого, абсцессом легкого, васкулитами, пневмонитами
4. Принципы лечения:
антибактериальная терапия — антибиотики:
Аминопенициллины (амоксициллин, флемоксин солютаб) или
Макролиды (азитромицин, кларитромицин)

при неэффективности замена на: амоксициллин/клавуланат (амоксиклав, флемоклав солютаб) или левофлоксацин
бронхолитическая и отхаркивающая терапия — эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
дезинтоксикационная терапия — гемодез, реополиглюкин, плазма
инммунокорригирующая терапия (при затяжном течении) — глюкокортикоиды, интерферон, левамизол, нуклеинат натрия, плазма, иммуноглобулины
симптоматическая терапия — при развитии сердечной недостаточности — сердечные гликозиды, диуретики, при сосудистой недостаточностти — сульфокамфокаин, кордиамин, при развитии инфекционно-токсического шока — гемодез, альбумин, преднизолон, симпатомиметики, коррекция метаболического ацидоза, борьба с ДВС-синдромом;
5. Реабилитация
при выходе из острой стадии заболевания — физиотерапевтическое лечение (ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, УВЧ, индуктотермия), ЛФК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.
Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в Ш межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД — 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент П тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Вопросы.
1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Ответы.
1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: эр. - 4,0х10/л, Нв - 145 г/л, тромб. - 350х10^9/л, лейк. - 77х10^9/л, сегм. - 1%, лимф. - 97%, мон. - 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ - 20 мм/час.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.
3. Назначьте лечение.

Ответы.

1. *Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.*
2. *Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга , в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов.*
3. *Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.*

Ситуационные задачи по теме: «Неотложная помощь и реанимация»

1. Ситуационная задача 1 (на примере 2 пациентов)

Вызов к пациенту №1, которому со слов окружающих внезапно стало плохо: развилась слабость, появилась сильная боль в грудной клетке. выраженная одышка. Через несколько минут пациент потерял сознание.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы в области лица, передней поверхности грудной клетки синюшны. Шейные вены набухшие. Дыхание поверхностное, тихое, ЧДД - 36 в минуту, АД - 70 систолическое, диастолическое не прослушивается, пульс определяется на сонной артерии, нитевидный. ЧСС - 100 в минуту, тоны сердца глухие. Предварительный диагноз.

ОТВЕТ : ТЭЛА

Вызов к пациенту №2. Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль за грудиной, усиливающуюся при кашле. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение лежа, кожные покровы цианотичные, шейные вены набухли, пульсируют. В легких дыхание ослаблено, ЧДД - 36. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, АД 100 60, FS- 96, аритмичен. Печень выступает из - под реберного края на 1,5 - 2,0 см. Предварительный диагноз, ваши действия.

ОТВЕТ : ТЭЛА

Действия:

1. Комбинация противошокового положения с возвышенным положением верхней половины туловища;
2. Обеспечить проходимость дыхательных путей;

3. Ингаляторное введение 100% О2 на постоянном потоке ч/з носовые катетеры (маску) или ВВЛ маской мешком «Амбу» с оксигенацией 100% О2 на постоянном потоке;
4. Катетеризация кубитальной или, и других периферических вен или установка внутрикостного доступа или, и для врачей анестезиологов-реаниматологов – катетеризация подключичной или, и других центральных вен (по показаниям);
5. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно), капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких или (при наличии центрального венозного доступа) – под контролем уровня ЦВД, на месте и во время медицинской эвакуации;
6. При наличии болевого синдрома и САД > 90мм рт.ст.:
7. Морфин – в/в (внутрикостно) медленно дробно по 2-3 мг через 2-3 мин до получения эффекта или общей дозы 20 мг;
8. Гепарин – от 60 ЕД/кг в/в (внутрикостно) болюсом медленно;
9. При сохраненном сознании:
10. Аспирин – 250 мг (в измельченном виде) сублингвально;
11. Пациентам моложе 75 лет:
    Клопидогрель – 300 мг перорально;
12. Пациентам 75 лет и старше:
    Клопидогрель – 75 мг перорально;
13. При сохраняющейся артериальной гипотензии (САД< 90 мм рт.ст.):
14. Дофамин -200 мг в/в (внутрикостно) капельно или инфузоматом, со скоростью от 5 до 20 мкг/кг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации или, и
15. Адреналин -1-3 мг в/в (внутрикостно) капельно или инфузоматом, со скоростью от 2 до 10 мкг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации или, и
16. Норадреналин – 4 мг в/в (внутрикостно) капельно или инфузоматом, со скоростью 2 мкг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации;
17. При сохраняющейся артериальной гипотензии (САД < 90 мм рт.ст.) или, и при уровне сознания < 12 баллов по шкале ком Глазго или, и при уровне SpO2 < 90% на фоне оксигенации 100 % О2:
    Перевод на ИВЛ;
18. ИВЛ в режиме нормовентиляции;
19. Зонд в желудок;
20. Медицинская эвакуация

Задача 2
Пациентка 38 лет, предъявляет жалобы на резкую головную боль в височных областях, тошноту, озноб, сопение, чувство страха. Пациент считает себя больной в течение 5 лет, когда в 1-ой половине беременности отмечалось повышение АД до 180 100 мм.рт.ст, к врачу не обращалась. Последние 2 года появились приступы с выше описанными жалобами Приступы провоцировались нервным напряжением и изменением погоды. Объективно: больная возбуждена, кожа бледная, влажная. Пульс 122 мин, АД 200/105 мм.рт.ст., границы сердца расширены влево на 1 см, ритм правильный, топы ясные, чистые, акцепт 2-го тона на аорте. Ваша тактика.
ОТВЕТ: Ухудшение течения гипертонической болезни

Действия:
Обеспечение лечебно-охранительного режима;
Горизонтальное положение;
Снижение уровня САД не более, чем на 25% от исходного:
Каптоприл – 25-50 мг перорально или

Клонидин (Клофелин) – 0,075-0,15 мг перорально или
Нифедипин -10 мг (в измельченном виде) перорально;
Медицинская эвакуация по показаниям

Неосложненный гипертонический криз (нейровегетативный)
Обеспечение лечебно-охранительного режима;
Горизонтальное положение;
Снижение уровня САД не более, чем на 25%) от исходного:
Проксодолол – 40 мг перорально или
Метопролол – 50 мг перорально или
Атенолол – 50 мг перорально или
Каптоприл – 25-50 мг перорально или
Эналаприл -10 мг перорально или
Нифедипин – 10 мг (в измельченном виде) перорально;
При наличии психомоторного возбуждения и рвоты:
Дроперидол – 1,25-2,5 мг в/в болюсом медленно;
При выраженной невротизации пациента:
Диазепам – 5-10 мг в/м (в/в болюсом медленно);
При отсутствии эффекта в течение 25 мин.:
В/в введение гипотензивных препаратов
Медицинская эвакуация по показаниям

Неосложненный гипертонический криз (водносолевой)
Обеспечение лечебно-охранительного режима;
Горизонтальное положение;
Снижение уровня САД не более, чем на 25% от исходного:
Каптоприл – 25 – 50 мг перорально или
Эналаприл -10 мг перорально или
При ЧСС > 80 в минуту:
Метопролол – 50 мг перорально или
Атенолол – 50 мг перорально;
При наличии симптомов застойной сердечной недостаточности, отечного синдрома:
Фуросемид – 40 мг перорально или – 20 мг в/в болюсом медленно;
При отсутствии эффекта в течение 25мин.:
В/в введение гипотензивных препаратов
Медицинская эвакуация по показаниям

Задача 3
Пациент 63 лет, предъявляет жалобы на чувство «замирания» сердца, головокружение, общую слабость, со слов в анамнезе ИБС, стенокардия напряжения. Объективно: состояние тяжелое, холодный липкий пот, акроцианоз. Пульс 180 мин., ритмичный, АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2-го тона на легочной артерии. В легких па фоне ослабленного дыхания в нижних отделах выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы, в верхних- жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, печень не увеличена. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: Пароксизмальная тахикардия. Аритмогенный шок. Формирование отека легких

Задача 4
Пациент 18 лет предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, тяжесть в голове, «напряжение в теле», ощущение растяжения кожных покровов, резкую слабость, сонливость. Из анамнеза выяснено: болеет ОРЗ. После приема парацетамола отмечалась

кожная сыпь и повышение t. Объективно лицо одутловатое, отек подкожной клетчатки, ЧД до 28 мин, АД 120 80мм рт.ст., ЧСС 60'мин, ритм правильный. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: Отек Квинке

Задача 5
Бригада СП вызвана в магазин. Со слов, окружающих женщина внезапно потеряла сознание Состояние средней тяжести, на вид 60 лет Кожные покровы бледные, влажные. АД 110/70. PS-96, удовлетворительного наполнения и напряжения. На коже живота, плечей следы уколов. Предварительный диагноз.
ОТВЕТ: Гипогликемическое состояние

Задача 6
Пациентка 54 лет жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца Об-но пациентка повышенного питания, заторможена, речь невнятная, кожные покровы бледные. ЧДД 20 мин, дыхание везикулярное. Пульс 60 мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 2см, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: ОНМК. При снижении давления до 200 мм.рт и будет регрес симптоматики то ТИА

Задача 7
Пациентка 50 лет внезапно почувствовала резкую боль за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть, сильную слабость, нехватку воздуха и головокружение. Была вызвана СП. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течение 17 лет. После эмоционального напряжения у пациентки впервые появилась боль за грудиной с описанными выше симптомами, Об- но: состояние тяжелое, кожные покровы влажные, бледно-серого цвета. Заторможена, но в обстановке ориентирована. Тахипноэ до 26/мин, дыхание везикулярное. Пульс 128'мин, малого наполнения, АД80'40 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны глухие, систолический шум на верхушке. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: ОКС, кардиогенный шок

Задача 8
Пациент 36 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, "черный стул". С 28-ми лет беспокоят боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, изжога, запоры в последнее время стал отмечать боли ночью и натощак. Об-но: сознание ясное, бледен. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, ритм правильный, тоны приглушены, пульс 120 мин, ритмичен, слабого наполнения. АД 100\60 мм рт.ст. Язык обложен беловато-серым налетом, сухой Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной области. Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь при этом состоянии.
ОТВЕТ: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение. Гиповолемический шок 1 степени

Задача 9
Пациент 42-х лет доставлен бригадой СП в бессознательном состоянии. Из анамнеза: 6 лет назад перенес желтуху. В течение 5 лет чувствовал себя хорошо, но периодически возникали носовые кровотечения Диету не соблюдал, часто употреблял алкоголь. В последний месяц потерял аппетит, стал менее активен, испытывал резкую слабость. Накануне принимал алкоголь. Утром окружающие не могли его «разбудить». Об-но:

сознание отсутствует. Кожные покровы и склеры желтушные. Имеются единичные сосудистые звездочки на плече. Пульс 56'мин. удовлетворительного наполнения и напряжения АД 100 60 мм.рт.ст. Изо рта сладковатый запах. Размеры печени по Курлову 7-6-6 см. Пальпируется плотный край селезенки. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: Печеночная кома.

10. Пациент 16 лет доставлен бригадой СП с жалобами на однократную рвоту, жажду, острые "кинжальные" боли в подложечной области. Боли возникли внезапно около часа назад. Об-но: состояние тяжелое, сознание сохранено. Лежит преимущественно на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами. Кожные покровы с землистым оттенком, прохладные на ощупь, покрыты холодным липким потом. При перкуссии живота справа над печенью определяется тимпанический звук. АД 70\40 мм рт.ст. Язык сухой. Живот втянут, не участвует в акте дыхания, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: Прободная язва. Шоковое состояние (предположительно болевой шок).

11. Пациентке 24-х лет вызвана бригада СП. Из анамнеза выяснено, что после употребления в пищу мяса, приготовленного накануне, появилась многократная рвота, частый жидкий стул, резкие боли в животе. Об-но: пониженного питания. Кожа сухая, тургор снижен. ЧД 28/мин., АД 90\50 мм.рт.ст. Границы сердца в норме, ритм правильный, тоны приглушены. Язык сухой. Живот вздут. При пальпации живота - урчание в подвздошной области. Ваш предварительный диагноз.
ОТВЕТ: ОГЭК, Шоковое состояние 2-3 ст.

12. Больная М. 23 года Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей Боль и кровотечение появились одновременно 3 часа назад. Кровотечение постепенно усилилось и анамнезе: беременность 8-9 недель. Данная беременность 4. предыдущие закончились медицинским абортом на ранних сроках, после последнего аборта лечилась в стационаре по поводу эндометрита. Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.
ОТВЕТ: Беременность 8-9 недель. Угроза прерывания беременности

13. Пациент 24-х лет, ранее считавший себя здоровым, при подъеме тяжести почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании. Появился болезненный, сухой кашель, одышка Об-но: положение ортопноэ, серый цианоз. ЧД 38 мин. Грудная клетка слева увеличена в объеме, межрёберные промежутки расширены. Перкуторно слева тимпанический звук, голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС до 100 мин. АД 100 60 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз и лечение.
ОТВЕТ: Спонтанный пневмоторакс.

14. Пациентка 24 года, жалобы на слабость, головокружение, сухость во рту, боли в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку. Ухудшение самочувствия в течение 2-х часов Последняя менструация 2 недели назад, в срок Состояние средней тяжести Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом АД 90/60, PS 92. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в нижних отделах, симптом Щеткина Блюмберга положительный. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения.

ОТВЕТ: Острый аппендицит, шок 1 ст.

15. Вызов бригады СП к пациенту 40 лет с жалобами на сильные приступообразные боли за грудиной сдавливающего характера, не купирующийся приемом нитроглицерина, сильную слабость. Подобные приступы провоцируются физической нагрузкой. В анамнезе ИПС. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. ЧДД -24. дыхание везикулярное Тоны сердца приглушены. АД 110\70, PS82 Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ выраженных ишемических изменений не обнаружено. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения.
ОТВЕТ: ИБС, ОКС без подъема ST.

16. Пациентка 36-ти лет. предъявляет жалобы на внезапно возникшие резкие опоясывающие боли п верхней половине живота. Поли возникли после приема жирной пищи. Затем появилась рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза: пять лет назад перенесла острый холецистит, сопровождавшийся кратковременной желтухой и крапивницей. Об-но: состояние тяжелое, сознание ясное, повышенного состояния питания Кожные покровы и склеры желтушные, акроцианоз. ЧД 32 мин. PS 98 мин. слабого наполнения и напряжения Тоны сердца ясные, чистые. ЧД 70/30 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.
ОТВЕТ: Холецистопанкреатит, шок не ясного генеза.

17. Пациент 16 лет. Со слов друга впервые потребил алкоголь 150-200 мл. после чего появились судороги, и больной потерял сознание. Состояние тяжелое. Изо рта запах алкоголя, лицо гиперемировано. влажное. Тургор кожи снижен, мышечная атония. Зрачки расширены, на свет реагируют, отмечается маятникообразное движение глазных яблок, гиперсаливация, бронхорея. ЧДД 20 мин., ЧД 100 60, PS-110 мин. Ваш предварительный диагноз и тактика лечение.
ОТВЕТ: Отравление неизвестным веществом, кома 1-2 ст

18. Пациент 32 года. Жалобы на одышку с затруднением выдоха, кашель с трудно отделяемой мокротой. Ухудшение самочувствия в течение 30 минут. До приезда СП принимал сальбутамол. Н анамнезе: бронхиальная астма. Объективно состояние средней тяжести. Положение вынужденное, больной возбужден, речь затруднена. П акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы грудной клетки. ЧДД 28 мин. Дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы. ЧД 140 90, PS- 136 ударов в мин. Диагноз и тактика лечение.
ОТВЕТ: Приступ бронхиальной астмы.

19. Пациент 30 лет. Жалобы на сильную спастическую боль в левой поясничной и подвздошной области, иррадиирущую в мошонку и половой член, тошноту, частые позывы на мочеиспускание Поли появились 6 часов назад. Объективно t36,7. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезнен в левых боковых отделах, симптом Пастернацкого положительный слева. Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.
ОТВЕТ: Левосторонняя почечная колика

20. Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на недавно возникшие боли в правой подвздошной области, общую слабость, головокружение при попытке встать с постели. Объективно: кожные покровы бледные. Язык влажный. АД 90/60, PS-100 в мин. Живот не вздут, при пальпации болезнен в нижней половине справа Симптом Щеткина-Блюмберга не резко выражен. При перкуссии живота притупление в отлогих местах. Ваш предварительный диагноз и неотложная помощь.
ОТВЕТ: Аппендицит или Апоплексия яичника, шок 1-2 ст. вариант не один т.к. данные не полные докажите диагноз дополнив клиническую картину.