

**федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ

**Фонд оценочных средств
по дисциплине**

**Общая врачебная практика
(семейная медицина)**

Специальность

**31.08.54 Общая врачебная практика
(семейная медицина)**

Направленность (профиль) программы

**Общая врачебная практика
(семейная медицина)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общая врачебная практика (семейная медицина)» по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) разработан в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 16

Фонд оценочных средств разработан на кафедре поликлинической терапии, клинической лабораторной диагностики и медицинской биохимии
Заведующий кафедрой – Баранов Андрей Анатольевич, доктор мед. наук, профессор

Разработчики:

Баранов Андрей Анатольевич, доктор мед. наук, профессор
Павлючков А.П., ассистент

Согласовано:

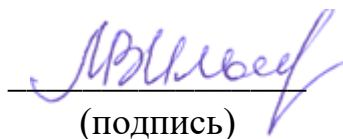
Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации
« 14 » июня 2024 года



(подпись)

Л.А. Савельева

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



(подпись)

М.В. Ильин

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка

и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на практических занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой 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 (четырёхбалльная 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 четырехранговую 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).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

- 1 Как часто гражданин Российской Федерации имеет право на смену медицинской организации или лечащего врача
 - ежемесячно
 - не чаще 1 раза в год
 - не чаще 1 раза в полгода
 - каждые 2 года

- 2 При наличии признаков временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается
 - лечащим врачом
 - заведующим отделения
 - врачебной комиссией
 - главным врачом

- 3 Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при благоприятном прогнозе
 - 4 месяца
 - 5 месяцев
 - 10 месяцев
 - 6 месяцев

- 4 При амбулаторном лечении лечащий врач единолично может выдать/продлить листок нетрудоспособности до
 - 5 дней
 - 15 дней
 - 10 дней
 - 1 месяца

- 5 Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при неблагоприятном прогнозе
 - 1 год
 - 4 месяца
 - 5 месяцев
 - 2 месяца

- 6 Критерий для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше
 - нарушение здоровья с I степенью стойких нарушений функций организма
 - наличие более 3 хронических заболеваний
 - наличие более 5 хронических заболеваний
 - нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека

- 7 Вторая группа инвалидности устанавливается на
 - 1 год
 - 2 года
 - 6 месяцев
 - 3 года

- 8 Первая группа инвалидности устанавливается на

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 5 лет

- 9 Нарушением предписанного режима является
несвоевременная явка на прием
отказ от госпитализации (при наличии показаний)
отказ от физиотерапевтических процедур
отказ от обследования
- 10 Продление листка нетрудоспособности при продолжительном течение заболевания/травмы осуществляется врачебной комиссией каждые
10 календарных дней
15 календарных дней
20 календарных дней
30 календарных дней
- 11 Основанием для оформления листка нетрудоспособности является карантин, заболевание в период отпуска без сохранения содержания, санаторно-курортное лечение
заболевание в период очередного отпуска, бытовая травма, лабораторное обследование
травма, необходимость ухода за больным членом семьи, беременность и роды
протезирование в амбулаторных условиях, травма, необходимость ухода за больным членом семьи
- 12 При длительности временной нетрудоспособности > 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения больного и продления листка нетрудоспособности осуществляет
врачебная комиссия
заведующий отделением
главный врач
лечащий врач
- 13 При установлении инвалидности листок нетрудоспособности закрывается датой направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении медико-социальной экспертизы освидетельствования и присвоения группы инвалидности МСЭК на следующий день после регистрации документов в учреждении медико-социальной экспертизы
- 14 Критерием для установления I группы инвалидности является нарушение здоровья человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне
90 - 100 %
40 - 60 %
70 - 80 %
60 - 70 %
- 15 Критерием для установления III группы инвалидности является нарушение здоровья

человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне
70 - 80 %
90 - 100 %
60 - 70 %
40 - 60 %

- 16 Диспансеризация - это комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении только определенных групп населения
комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения
комплекс мероприятий, включающий сбор генетической информации человека для определения мутаций с целью для создания генетического паспорта
комплекс мероприятий, включающий методы обследования группы бессимптомных лиц доступными и недорогими диагностическими тестами для выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака
- 17 Патронаж - это процесс проведения медико-социальной профилактической работы
в поликлинике
на дому
в стационаре
при обращении к врачу
- 18 Пациенты патронажной службы - это пациенты старше 18 лет с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами
все пожилые пациенты старше 60 лет с хроническими коморбидными заболеваниями
пациенты с терминальной стадией онкологических заболеваний
все прикрепленные пациенты, не желающие посещать поликлинику
- 19 Скрининг онкологического заболевания - это обследование пациентов с ранними проявлениями онкологических заболеваний для уточнения стадии и распространенности заболевания
диагностика онкологических заболеваний с использованием высокотехнологичных методов и морфологической верификацией опухоли
обследование группы бессимптомных лиц недорогими, доступными диагностическими тестами для выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака
обследование пациента для определения генетических мутаций, опасных для развития злокачественного новообразования
- 20 Первичная профилактика онкологических заболеваний включает выявление и лечение предраковых заболеваний
воздействие на неблагоприятные факторы окружающей среды
ранняя диагностика злокачественных новообразований
иммунотерапия

- 21 Вторичная профилактика онкологических заболеваний - это
устранение химических канцерогенов
выявление и лечение предраковых заболеваний
профилактику инфицирования онкогенных вирусов
отказ от курения
- 22 Третичная профилактика онкологических заболеваний - это
введение противораковых вакцин

выявление и лечение предраковых заболеваний
курсы профилактической радиотерапии и вспомогательной химиотерапии
отказ от курения
- 23 Какая профилактическая противораковая вакцина доказал свою эффективность?
вакцина против вируса полиомиелита
вакцина против вируса гриппа
вакцина против менингита
вакцина против вируса папилломы человека
- 24 Облигатные предраковые заболевания
часто, но не всегда перерождаются в рак
необратимы
всегда перерождаются в рак
никогда не перерождаются в рак
- 25 Факультативные предраковые заболевания
часто перерождаются в рак
всегда перерождаются в рак
необратимы
редко перерождаются в рак
- 26 Задачи реабилитации на поликлиническом этапе
проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий
ликвидация остаточных явлений болезни
восстановление функциональной активности организма
борьба с факторами риска
- 27 Инвалидность - это
ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты
стойкая и длительная утрата трудоспособности
потребность в медико-социальной помощи
социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким
расстройством функции организма
- 28 Выберите из перечисленных методов средства реабилитации
интенсификация образовательной деятельности
психологическая коррекция
методы физической терапии
спортивные мероприятия
- 29 Реабилитация инвалидов - это

система мероприятий для полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
система мероприятий для формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
система мероприятий, направленная на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации

- 30 Абилизация инвалидов - это
система мероприятий для полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
система мероприятий для формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
система мероприятий, направленная на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации
- 31 Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида - это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности
комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения
комплекс мероприятий, включающий сбор генетической информации человека для определения мутаций с целью для создания генетического паспорта
комплекс мероприятий, включающий методы обследования группы бессимптомных лиц доступными и недорогими диагностическими тестами для выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака
- 32 Какая учетная документация заполняется пациенту при первичном обращении в амбулаторно-поликлиническую организацию
учетная форма № 025/у
учетная форма № 016/у
учетная форма № 034/у
учетная форма № 081/у
- 33 Анализ инфекционной заболеваемости проводится с учетом контингента больных
возраста больного
территории
сезонности
- 34 Различают следующие виды стойкой нетрудоспособности
инвалидность у бывших военнослужащих
частые простудные заболевания
инвалидность вследствие профессионального заболевания
инвалидность с детства
- 35 Формула определения показателя смертности от определенных причин содержит

среднегодовую численность населения
число умерших от определенных причин
число умерших от всех причин
численность населения на конец отчетного года

- 36 Младенческая смертность включает
раннюю неонатальную смертность
мертворождаемость
позднюю неонатальную смертность
неонатальную смертность
- 37 Для оценки здоровья населения используются следующие показатели
демографические показатели
показатели физического развития
климатические показатели
показатели заболеваемости
- 38 Что изучает статистика здоровья населения
сеть и деятельность учреждений здравоохранения
демографические показатели
кадры врачей
кадры среднего, младшего медицинского персонала
- 39 Показатель первичной заболеваемости рассчитывается по отношению
числа впервые зарегистрированных заболеваний в данном календарном году к
среднегодовой численности населения, умноженному на 1000
числа всех первичных обращений по поводу заболеваний к среднегодовой
численности населения, умноженному на 1000
- числа заболеваний по определенному классу болезней к численности населения
данной группы, умноженному на 1000
числа заболеваний по определенному классу болезней к общему числу заболеваний,
умноженному на 100
- 40 Показатель общей заболеваемости рассчитывается по отношению
числа впервые зарегистрированных заболеваний в данном календарном году к
среднегодовой численности населения, умноженному на 1000
числа всех первичных обращений по поводу заболеваний к среднегодовой
численности населения, умноженному на 1000
числа заболеваний по определенному классу болезней к численности населения
данной группы, умноженному на 1000
числа заболеваний по определенному классу болезней к общему числу заболеваний,
умноженному на 100
- 41 Какой документ используют для изучения заболеваемости по обращаемости?
дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП)
талон амбулаторного пациента (ф. 025-12/у)
талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88)
медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-04)
- 42 Назовите основные методы изучения заболеваемости населения
по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам

диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью по листкам нетрудоспособности; по амбулаторным картам; по данным медицинских осмотров

по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по данным о причинах смерти

по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни

- 43 Показатель общей заболеваемости характеризует
распространенность социально значимых заболеваний
распространенность заболеваний среди населения
степень изменения уровня заболеваемости во времени
дельный вес того или иного заболевания среди населения
- 44 Какие данные необходимы для расчета первичной заболеваемости
число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году;
среднегодовая численность населения
число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения
число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году

число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году
- 45 Профилактика первичная - это
комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- 46 Профилактика вторичная - это
комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- 47 Риск каких заболеваний и нарушений здоровья из нижеперечисленных в большей степени зависит от нездорового образа жизни
сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
злокачественных новообразований

- 48 Цель Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации - это
стабилизация показателей здоровья населения
снижение показателей смертности от внешних причин
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижении показателей общей смертности
- 49 Чем необходимо руководствоваться при выборе стратегии индивидуальной профилактики?
суммарным риском
уровнями отдельных факторов риска
географическими условиями и характеристиками окружающей среды
наличием необходимого оборудования
- 50 Как Вы понимаете термин «распространенность заболевания» или prevalence?
частота всех впервые выявленных заболеваний за год
совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в популяции
отношение числа лиц, у которых выявлено данное заболевание к числу всех лиц в популяции
все заболевания, зарегистрированные врачом за год
- 51 Как Вы понимаете термин «заболеваемость» или incidence?
частота новых случаев болезни в популяции
число всех обращений к врачу за год
совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в популяции
все заболевания, зарегистрированные врачом за год
- 52 Нормальный уровень артериального давления - это
120-129 / 80-84 мм рт. ст.
130-139 / 85-89 мм рт. ст.
120 / 80 мм рт. ст.
> 140 / > 90 мм рт. ст.
- 53 Высокое нормальное артериальное давление - это
130-139 / 85-89 мм рт. ст.
90-110 / 60-70 мм рт. ст.
140-159 / 90-99 мм рт. ст.
120 / 80 мм рт. ст.
- 54 Пороговые уровни артериального давления для диагностики артериальной гипертензии по данным офисного измерения составляют
> 140 / 90 мм рт. ст.
> 130 / 80 мм рт. ст.
> 120 / 70 мм рт. ст.
> 135 / 85 мм рт. ст.
- 55 Уровень артериального давления при артериальной гипертензии 2 степени составляет
160-179 / 100-109 мм рт. ст.
140-150 / 94-100 мм рт. ст.
140-159 / 90-99 мм рт. ст.
< 140 / 90 мм рт. ст.

- 56 Сердечно-сосудистый риск при сочетании артериальной гипертензии 3 степени и сахарного диабета без поражения органов-мишеней оценивается как
низкий
умеренный
высокий
очень высокий
- 57 В целях достижения необходимого антигипертензивного эффекта и ренопротекции пациентам с хронической болезнью почек и артериальной гипертензией рекомендовано
комбинировать блокаторы рецепторов ангиотензина II с блокаторами кальциевых каналов
избегать применения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
комбинировать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента с блокаторами кальциевых каналов
комбинировать блокаторы кальциевых каналов с диуретиками
- 58 Целевой уровень артериального давления при сочетании артериальной гипертензии с сахарным диабетом в возрасте 65 лет и старше составляет
<120-130 / 70-79 мм рт. ст.
> 140 / 90 мм рт. ст.
> 135 / 85 мм рт. ст.
> 120 / 70 мм рт. ст.
- 59 Согласно современным рекомендациям лучшей переносимостью (по эффективности и частоте побочных эффектов) среди блокаторов кальциевых каналов обладает
амлодипин
лерканидипин
нифедипин
верапамил
- 60 Стартовая терапия гипертонической болезни с высоким сердечно-сосудистым риском комбинированная
фитотерапия
монотерапия
изменение образа жизни
- 61 Бета-блокаторы при хронической болезни почек у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией
должны быть отменены
являются препаратами первого ряда при любой скорости клубочковой фильтрации
назначаются только при скорости клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м²
назначаются крайне редко
- 62 Абсолютное противопоказание к назначению ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента - это
беременность
тахикардия
гипокалиемия
репродуктивный возраст женщины

- 63 С целью ренопротекции пациентам с хронической болезнью почек рекомендовано использовать в комбинированной антигипертензивной терапии следующие препараты
индапамид при СКФ >30 мл/мин/1,73 м²
гидрохлоротиазид при СКФ >30 мл/мин/1,73 м²
индапамид при СКФ <30 мл/мин/1,73 м²
гидрохлоротиазид при СКФ <30 мл/мин/1,73 м²
- 64 К лекарственным препаратам, вызывающим гиперкалиемию, относят
антагонисты минералкортикоидных рецепторов
петлевые диуретики
бета-адреноблокаторы
антагонисты кальциевых каналов
- 65 К найт-пикерам (night-peakers) относят лиц, у которых по данным суточного мониторинга артериального давления
ночью АД снижается на 10-20%
ночью АД снижается >20%
ночью АД снижается менее 10%
ночью АД поднимается выше дневного АД
- 66 Заболевание с кризовым течением артериальной гипертензии и высокими цифрами артериального давления - это
феохромоцитома
гипотиреоз
болезнь Иценко-Кушинга
первичный альдостеронизм
- 67 Основным механизмом артериальной гипертензии при гипертиреозе является активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
повышение сердечного выброса
вазоконстрикция
увеличение объема циркулирующей крови
- 68 Заболевание, характеризующееся артериальной гипертензией и гипокалиемией - это
феохромоцитома
болезнь Иценко-Кушинга
болезнь Аддисона
болезнь Конна
- 69 Рефрактерная артериальная гипертензия в возрасте старше 55 лет, сопровождающаяся систолическим шумом в околопупочной области при аускультации, характерна для атеросклеротического поражения (стеноза) почечных артерий
первичного альдостеронизма
феохромоцитомы
коарктации аорты
- 70 Частота осмотров при диспансерном наблюдении пациентов с артериальной гипертензией 1 степени при отсутствии поражений органов-мишеней, сердечно-сосудистых заболеваний, церебро-вазкулярной болезни, хронической болезни почек составляет
1 раз в 6 месяцев
1 раз в год

2 раза в год

4 раза в год

- 71 Для стенокардитической боли характерно
продолжительность от 1 до 15 минут
возникновение на высоте физической нагрузки
купирование нитроглицерином
продолжительность более 20 минут
- 72 При разнице артериального давления на руках более 10 мм рт.ст. следует заподозрить
расслаивающую аневризму аорты
тромбоэмболию легочной артерии
фибромускулярную дисплазию
коарктацию аорты
- 73 Клинические симптомы тромбоэмболии легочной артерии следующие:
одышка
стридорозное дыхание
боль в грудной клетке
дисфония
- 74 Наиболее частая этиология миокардитов тяжелого течения - это вирус
Эпштейна - Барра
коксаки В
простого герпеса
коксаки А, гриппа А и В
- 75 Действия врача поликлиники при подозрении на нестабильную стенокардию
вызвать скорую медицинскую помощь и госпитализировать больного
направить больного в стационар в плановом порядке
Направить на плановую консультацию к кардиологу
сначала обследовать больного, по результатам решить вопрос о госпитализации
- 76 Диагностический критерий впервые возникшей стенокардии напряжения - это
появление впервые приступов стенокардии
6 месяцев назад
3 месяцев назад
2 месяца назад
4 недели назад
- 77 Боль в грудной клетке, возникающая в ночные и ранние утренние часы, с подъемом
сегмента ST на ЭКГ характерна для
стабильной стенокардии напряжения
прогрессирующей стенокардии
впервые возникшей стенокардии
вариантной (вазоспастической) стенокардии Принцметала
- 78 Перечислите формы острого коронарного синдрома
с подъемом ST
с депрессией ST
без подъема ST
с нарушением ритма

- 79 Абсолютными противопоказаниями к проведению нагрузочных проб являются
острая стадия инфаркта миокарда
хроническая сердечная недостаточность
гипертоническая болезнь I стадии
нестабильная стенокардия напряжения
- 80 Перечислите антиангинальные препараты первого ряда в лечении стенокардии
амлодипин
ивабрадин
бисопролол
ранолазин
- 81 Стенокардия Принцметала обусловлена
снижением сердечного выброса
развитием «синдрома обкрадывания»
атеросклерозом коронарных сосудов
спазмом коронарных сосудов
- 82 Шкала для оценки риска инсульта при фибрилляции предсердий называется
CHA₂DS₂-VASc
HEMORR₂HAGES
EuroSCORE II
HAS-BLED
- 83 К антиаритмическим препаратам I класса относят
дизопирамид, лидокаин
небиволол, метопролол
пропафенон, верапамил
атенолол, соталол
- 84 К антиаритмическим препаратам II класса относят
дизопирамид, лидокаин
пропафенон, дронедазон
бисопролол, метопролол
дилтиазем, верапамил
- 85 Перечислите побочные эффекты амиодарона
нейропатия, интерстициальный фиброз лёгких
сухость во рту, агранулоцитоз
угнетение дыхания, тромбоцитопеническая пурпура
остеопороз, кровотечение
- 86 Клиническими признаками хронической сердечной недостаточности являются
асцит, одышка

кашель, ортопноэ
отёки, увеличение печени
кашель и затруднённое дыхание
- 87 Использовать комбинацию блокаторов ангиотензинпревращающего фермента с
блокаторами рецепторов ангиотензина согласно клиническим рекомендациям

нецелесообразно, так как
данных, подтверждающих эффективность такой терапии, недостаточно
препараты этих групп несовместимы
высок риск развития гиперкалиемии
есть риск ухудшения функции почек

- 88 Сакубитрил является
блокатором I_F-каналов
агонистом имидазолиновых рецепторов
агонистом неприлизина
антагонистом неприлизина
- 89 В лечении сердечной недостаточности применяются
сакубитрил / валсартан
ингибитор натрий-глюкозного котранспортера-2
антагонист минералкортикоидных рецепторов (антагонист альдостерона)
ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
- 90 Бета-адреноблокаторы, рекомендованные при хронической сердечной
недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудка
небиволол, карведилол
метопролол, бетаксоллол
бисопролол, метопролол-сукцинат
карведилол, атенолол
- 91 Стартовая доза антагониста альдостерона у пациентов с сердечной недостаточностью
составляет
50 мг
100 мг
25 мг
12,5 мг
- 92 Наиболее специфичный сывороточный маркер некроза кардиомиоцитов
д-димер - это
лактатдегидрогеназа

аспартатаминотрансфераза
тропонин
- 93 Насыщающая доза клопидогреля у больных острым коронарным синдромом
составляет
600 мг
300 мг
375 мг
75 мг
- 94 Наиболее оптимальной суточной дозой аспирина у больных стенокардией является
200-250 мг
300-350 мг
75 - 150 мг
500 мг

- 95 Какие из перечисленных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита, относятся к группе нестероидных противовоспалительных средств?
делагил
ибупрофен
сульфасалазин
нимесулид
- 96 Какие из приведенных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита, относятся к группе сульфаниламидных противовоспалительных средств?
сульфасалазин
сульпирид
солу-медрол
месалазин
- 97 Развитие подагры связано с отложением в суставных и околосуставных тканях
основных кристаллов кальция
кристаллов пирофосфата кальция
кристаллов холестерина
кристаллов моноурата натрия
- 98 Рентгенологическим признаком подагры является
множественный краевые узур
симптом пробойника
костные анкилозы

остеофиты
- 99 Побочным эффектом колхицина может быть
диарея
запоры
отеки
сердцебиение
- 100 Пищевые продукты, содержащие наибольшее количество мочевой кислоты и пуринов - это
говядина, свинина, телятина
молоко и молочные продукты
картофель
куриные яйца
- 101 Рентгенологическая стадия I ревматоидного артрита характеризуется
сужением суставной щели
субхондральным склерозом
околосуставным остеопорозом
остеофитами
- 102 Рентгенологическая стадия II ревматоидного артрита характеризуется
околосуставным остеопорозом
сужением суставной щели, единичными эрозиями
анкилозом
субхондральным склерозом

- 103 Рентгенологическая стадия III ревматоидного артрита
сужением суставной щели, единичными эрозиями
сужением суставной щели, множественными эрозиями
сужением суставной щели, субхондральным склерозом
остеофитозом
- 104 Рентгенологическая стадия IV ревматоидного артрита
сужением суставной щели, множественными эрозиями
сужением суставной щели, субхондральным склерозом
остеофитозом
анкилоз хотя бы одного сустава
- 105 Заболеванием, часто ассоциирующимся с подагрой, является
ожирение
бронхиальная астма
язвенная болезнь желудка
хронический пиелонефрит
- 106 Какие поражения почек наблюдаются у больных с гиперурикемией
интерстициальный нефрит
мочекаменная болезнь
нефросклероз
гломерулонефрит
- 107 Суставы, наиболее часто поражающиеся при подагре - это
первый плюснефаланговый сустав стопы
коленные суставы
дистальные межфаланговые суставы
локтевые суставы
- 108 Тофусы - это отложение в тканях кристаллов
уратов натрия
гидроксиапатита кальция
мочевины
оксалатов кальция
- 109 Фактором риска остеопороза является
дислипидемия
мужской пол
возраст > 65 лет
курение
- 110 Остеопорозом страдают преимущественно
женщины в менопаузе
мужчины с аденомой предстательной железы
женщины в пременопаузе
беременные
- 111 Основные направления лечения ревматоидного артрита
симптоматическая терапия, купирующая острые проявления
«базисная» противовоспалительная терапия
хондропротекция

антибактериальная терапия

- 112 Перечислите препараты, которые могут применяться в качестве «базисной» терапии
индометацин
диклофенак
метотрексат
циклофосфамид
- 113 Для лечения острого подагрического артрита применяют
аллопуринол
глюкокортикостероиды
нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)
колхицин
- 114 Пиковая костная масса - это
уровень костной массы в постменопаузальный период
максимальный уровень костной массы в процессе лечения остеопороза
максимальный уровень костной массы в 20-30 лет
максимальный уровень костной массы в течение всей жизни
- 115 С чем связано физиологическое снижение костной массы у женщин в постменопаузальный период
с повышением уровня эстрогенов
со снижением уровня эстрогенов
с нарушением всасывания кальция
со снижением уровня витамина D
- 116 Факторами риска развития подагры являются
переедание и употребление алкоголя
физические перегрузки и переедание
наследственность и физические перегрузки
бедная пуринами диета и наследственность
- 117 Узелки Бушара появляются при
подагре
узелковом полиартериите
остеоартрите
ревматической лихорадке
- 118 Для острого подагрического поражения суставов наиболее характерно развитие
ассиметричного полиартрита
симметричного полиартрита
симметричного олигоартрита
ассиметричного моноартрита
- 119 Краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев при рентгенографии называются
узелки Бушара
узелки Гебердена

ревматоидные узелки
ксантелазмы

- 120 Яркая гиперемия над пораженным суставом наиболее характерна для гнойного артрита и подагрического артрита
подагрического артрита и синовита при деформирующем остеоартрозе
синовита при деформирующем остеоартрозе и ревматоидного артрита
ревматоидного артрита и гнойного артрита
- 121 Средства базисной терапии первой линии ревматоидного артрита - это мелоксикам
метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, препараты золота
лефлуномид
метипред
- 122 К группе урикостатики относятся
азотиоприн
бутадион
этамид
аллопуринол
- 123 Аллопуринол противопоказан при
сахарном диабете
бронхиальной астме
вирусном гепатите
нарушении сердечного ритма
- 124 При подагре колхицин применяется для профилактики хронической гиперурикемии
профилактики и лечения нефропатии
рассасывания подкожных тофусов

купирования острого артрита
- 125 Критериями первичного остеоартрита являются
симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов
поражение преимущественно крупных суставов - тазобедренных, коленных
утренняя скованность более 1 часа
анкилозирование суставов
- 126 Наиболее информативным методом диагностики остеопороза является денситометрия
рентгенография
компьютерная томография
биоимпедансометрия
- 127 Классическая локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке - это голени
лицо
спина
грудь

- 128 Большим диагностическим критерием системной склеродермии является
проксимальная склеродерма
дистальная склеродерма
двусторонний базальный легочный фиброз
склеродактилия
- 129 Основой лечения дерматомиозита/полимиозита являются
цитостатики
глюкокортикостероиды
аминохинолиновые производные
плазмаферез
- 130 При геморрагическом васкулите поражаются
артерии крупного калибра
венозная система
артерии среднего калибра
сосуды микроциркуляторного русла
- 131 Наиболее частая локализация кожных изменений при геморрагическом
васкулите
крылья и спинка носа
живот
стопы и голени
кисти рук
- 132 Для поражения почек при узелковом полиартериите характерно
поражение клубочков
макрогематурия
протеинурия свыше 3 г/л
микрогематурия
- 133 Диагностическими критериям ревматоидного артрита являются
антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду
артрит крупных суставов
обнаружение «костного отека» при МРТ
утренняя скованность >1 часа
- 134 Клиническим проявлением, входящим в диагностические критерии системной
красной волчанки, является
дискоидная сыпь
феномен Рейно
изъязвления на пальцах («симптом крысиного укуса»)
тофусы
- 135 Поражение сердца при узелковом полиартериите характеризуется
миокардитом
коронариитом
сухим перикардитом
эндокардитом
- 136 Клиническими симптомами остеопороза являются
боль в спине

боль в бедре
переломы при минимальной травме
увеличение грудного кифоза

137 Виды первичного остеопороза это:

постменопаузальный
глюкокортикоидный
сенильный

идиопатический

138 Критерии внебольничной пневмонии следующие

возникает вне стационара, либо в первые 24 часа от момента госпитализации, либо через 4 недели после выписки из стационара
развивается вне стационара, либо в первые 48 часов от момента госпитализации, либо через 4 недели после выписки из стационара
возникает вне стационара, либо в первые 72 часа от момента госпитализации, либо через 4 недели после выписки из стационара
возникает вне стационара, либо в первые 24 часа от момента госпитализации, либо через 48 часов после выписки из стационара

139 Обязательным элементом пневмонии является

поражение сосудистого русла
поражение экстраальвеолярной ткани без внутриальвеолярной экссудации
поражение корня легкого
внутриальвеолярная экссудация

140 Характерными чертами внебольничной пневмонии, обусловленной *Mycoplasma pneumoniae*, являются

пациенты молодого возраста из организованных коллективов с тесными контактами, поражение верхних дыхательных путей, субфебрильная t° тела без озноба, упорный приступообразный кашель с единичными плевками мокроты слизистого характера, высыпания на коже, миалгия, дискомфорт в ЖКТ, нарушение сна, умеренная головная боль, парестезии
кашель со скудной слизистой мокротой, возможно кровохарканье, диарея, повышение температуры тела до 40°C , озноб, головная боль, боль в груди, миалгия
острое начало, повышение температуры тела до 40°C , озноб, боль в грудной клетке на стороне поражения при вдохе и кашле, мокрота цвета «малинового желе»
острое начало, повышение температуры тела до 39°C , озноб, кашель с вязкой «ржавой» мокротой, боль в грудной клетке на стороне поражения при вдохе и кашле

141 Возбудитель «атипичной» пневмонии - это

микоплазма
гемофильная палочка
пневмококк
пневмококк, гемофильная палочка

142 Наиболее частый возбудитель внебольничной пневмонии - это

синегнойная палочка
микоплазма
пневмококк

стафилококк

- 143 Рентгенологическим критерием пневмонии является
выпот в плевральной полости
усиление легочного рисунка
обеднение легочного рисунка
инфильтрация легочной ткани
- 144 Клинические симптомы крупозной пневмонии следующие
острое начало, повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, кашель с вязкой «ржавой» мокротой, боль в грудной клетке на стороне поражения при вдохе и кашле
острое начало, лихорадка, приступообразный кашель, гемофтиз
острое начало, повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, боль в грудной клетке на стороне поражения при вдохе и кашле, мокрота цвета «малинового желе»
диарея, повышение температуры тела до 40°C, озноб, головная боль, боль в груди, миалгия, адинамия, кашель со скудной слизистой мокротой, возможно кровохарканье
- 145 Функциональным показателем бронхиальной обструкции при бронхиальной астме является
снижение жизненной емкости легких
снижение Объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1)
снижение диффузионной способности легких
наличие воздушных «ловушек»
- 146 У больных с бронхиальной астмой одышка
инспираторная
смешанная
экспираторная
вариабельная
- 147 К препаратам для длительного контроля бронхиальной астмы относят
моноклональные антитела к IgE и интерлейкинам
короткодействующие р2-агонисты
длительнодействующие антихолинергические препараты
антилейкотриеновые препараты
- 148 Побочными эффектами ингаляционных глюкокортикостероидов являются
кандидоз пищевода
дисфония
орофарингеальные грибковые инфекции
- нарушение сердечного ритма
- 149 Установленные факторы риска развития хронической обструктивной болезни легких следующий
курение
загрязнение окружающего воздуха
дефицит витамина С
профессиональные вредности (кадмий, кремний)
- 150 Для хронической обструктивной болезни легких характерны
персистирующие респираторные симптомы и интерстициальный фиброз легких

персистирующие респираторные симптомы и ограничение воздушного потока
пароксизмальные респираторные симптомы и гранулематозное поражение легких
пароксизмальные респираторные симптомы и периодическое ограничение
воздушного потока

151 Диагностические критерии хронической обструктивной болезни легких следующие

продуктивный кашель, $ОФВ1/ФЖЕЛ >0,7$, экспираторная одышка, обратимость обструкции 20 %

непродуктивный кашель, обратимость обструкции 20 %, персистирующая одышка инспираторная одышка, $ОФВ1/ФЖЕЛ >0,7$, обратимость обструкции 20 %

хронический продуктивный кашель, персистирующая одышка, наличие факторов риска, $ОФВ1 /ФЖЕЛ <0,7$ (после бронхолитика)

152 Физикальные признаки хронической обструктивной болезни легких в стадии ремиссии

признак СатрБел1, признак Гувера, бочкообразная грудная клетка

субфебрильная лихорадка, рассеянные влажные хрипы

усиление дыхательных шумов, усиление голосового дрожания

включение в акт дыхания лестничных и кивательных мышц, тремор мускулатуры

153 Методом инструментального исследования, являющимся «золотым стандартом» в диагностике хронической обструктивной болезни легких, является

бронхоскопия

пикфлоуметрия

спирометрия

пульсоксиметрия

154 Какие осложнения возникают при хронической обструктивной болезни легких?

остеопороз, кахексия, анемия

эритроцитоз, аллопеция, атрофия мышц

дисфункция скелетных мышц, гинекомастия, тиреотоксикоз

гинекомастия, субфебрилитет, внутригрудная лимфаденопатия

155 Перечислите фенотипы хронической обструктивной болезни легких

эмфизематозный

буллезный

фиброзирующий

бронхитический

156 Признаками эмфизематозного фенотипа хронической обструктивной болезни легких являются

кашель преобладает над одышкой, отечный синдром, абдоминальное ожирение

кахексия, выраженная гиперинфляция, розово-серый оттенок кожи

диффузный синий цианоз, инспираторный тип одышки, раннее развитие легочного сердца

гипертрофия мышц плечевого пояса, гиперинфляция незначительная, меньшая продолжительность жизни

157 Признаками бронхитического фенотипа хронической обструктивной болезни легких являются

хронический продуктивный кашель, эритроцитоз, диффузный цианоз
приступы экспираторного удушья, неэффективный кашель, субфебрилитет
инспираторная одышка, малопродуктивный кашель, ожирение
приступы экспираторного удушья, сухой кашель, кахексия

158 Короткодействующие бронхолитики в терапии хронической обструктивной болезни легких - это

тиотропий, сальбутамол, тиотропий + олодатерол
ипратропий, формотерол, аклидиний + формотерол
тиотропий, ипратропий, ипратропий + фенотерол
ипратропий, сальбутамол, ипратропий + фенотерол

159 Для какой острой респираторно-вирусной инфекции характерен следующий симптомокомплекс: субфебрильная температура тела, умеренно выраженная интоксикация, боль в горле, сухой «лающий» кашель, осиплость голоса

для ротавирусной инфекции
для риновирусной инфекции
для коронавирусной инфекции
для парагриппа

160 Инкубационный период парагриппа

2 - 7 дней
5 - 10 дней
1 - 2 дня
6 - 12 часов

161 Клинические признаки риновирусной инфекции включают
постепенное начало, субфебрильная t° тела, бронхиолит
острое начало, субфебрильная или нормальная t° тела, ринит, фарингит
постепенное начало, субфебрильная t° тела, ларинготрахеит
острое начало, интоксикационный синдром, фебрильная лихорадка

162 Клинические симптомы гриппа следующие
головная боль, боль в глазных яблоках, светобоязнь
ринорея, anosmia
миалгия, артралгия, гиперестезия кожи
фебрильная лихорадка

163 Показаниями к антибактериальной терапии при ОРВИ являются
фебрильная лихорадка
пожилой и старческий возраст пациента
наличие признаков бактериальной инфекции
длительность лихорадки >3 дней

164 Шум трения плевры при долевой пневмонии обусловлен
серозным плевритом
пневмотораксом
фибринозным плевритом
эмпиемой плевры

165 При долевой пневмонии в стадии разгара заболевания отмечается

продуктивный кашель, эффективный, мокрота «ржавая»
непродуктивный кашель, приступообразный, ночной
продуктивный кашель со скудной «стекловидной» мокротой, преимущественно
утренний
продуктивный кашель с вязкой гнойной мокротой, в течение дня

166 Фактором риска развития пневмонии в пожилом и старческом возрасте является

бессонница
длительное пребывание в горизонтальном положении
перегревание
переутомление

167 Препаратами выбора в терапии внебольничной пневмонии нетяжелого течения у беременных являются

аминогликозиды
аминопенициллины

фторхинолоны
цефалоспорины

168 Эффективность антибактериального препарата от начала терапии внебольничной пневмонии оценивается

по снижению/нормализации температуры тела
по снижению/нормализации воспалительных показателей крови
по появлению сухого кашля
по появлению бронхоспазма

169 Альтернативными антибактериальными препаратами в терапии внебольничной пневмонии средней тяжести течения в амбулаторных условиях являются

цефалоспорины IV генерации
аминогликозиды III генерации
респираторные фторхинолоны
карбапенемы

170 Препараты выбора в инициальной терапии внебольничной пневмонии нетяжелого течения - это

аминопенициллины
аминогликозиды
фторхинолоны
цефалоспорины

171 Эффективность антибактериального препарата от начала терапии внебольничной пневмонии следует оценивать

через 5 дней
через 7 дней
через 24 часа
через 48 часов

172 Альтернативными антибактериальными препаратами в терапии внебольничной пневмонии средней тяжести течения в амбулаторных условиях являются

респираторные фторхинолоны

цефалоспорины IV генерации
аминогликозиды III генерации
карбапенемы

173 Для язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке характерны боли в эпигастрии сразу после еды
ночные голодные боли в эпигастрии

анорексия и снижение массы тела
субфебрильная температура

174 Боль в эпигастрии спустя 2 часа после приема пищи, боль натощак и ночью характерна для
язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
рака желудка
стеноза привратника
болезни Менетрие

175 С целью выявления *Helicobacter pylori* в слизистой желудка используется
эндоскопия высокого разрешения
уреазный дыхательный тест
бактериоскопия кала
желудочное зондирование

176 Сроки оценки эффективности проведенного курса эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* через
2 недели после окончания лечения
4-6 недель после окончания лечения
4 месяца после окончания лечения
6 месяцев после окончания лечения

177 Перфорацию язвы подтверждает
рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы
острые боли внизу живота
повышение артериального давления
повышение температуры

178 Какое из возможных осложнений язвенной болезни 12-перстной кишки характеризуется частой рвотой в течение длительного времени
малигнизация язвы
кровотечение из язвы
пенетрация язвы
пилородуоденальный стеноз

179 Больной с длительным анамнезом язвенной болезни желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. Данная симптоматика характерна для
формирования стеноза выходного отдела желудка
малигнизации язвы

микрочровотечении из язвы
перфорации язвы

- 180 Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка 2,5 см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна для
неосложненной язвы
пенетрирующей язвы
рака желудка
эрозии антрального отдела желудка
- 181 На какие сроки обычно назначается курс антисекреторной терапии при язве желудка?
2 недели
4 недели
6 недель
8 недель
- 182 Косвенный / непрямой метод диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* - это
бактериологический
цитологический
иммунологический
гистологический
- 183 Наиболее эффективным методом контроля выздоровления после эрадикации *Helicobacter pylori* является
посев на чувствительность
морфологический анализ
цитологический тест
уреазный дыхательный тест
- 184 Фактор агрессии слизистой оболочки желудка это
гипертонус n. Vagus
муцин
простагландин E2
гипогастринемия
- 185 Мужчина 23 лет жалуется на боль в эпигастральной области через 1 час после приема пищи, отрыжку кислым и изжогу. При перкуссии положительный симптом Менделя в эпигастрии правее срединной линии. Данная картина характерна
для язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне
для язвенной болезни желудка с локализацией язвы в антральном отделе

для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с локализацией язвы в постбульбарном отделе
для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с локализацией язвы в кардиальном отделе
- 186 Наиболее точным и информативным методом диагностики язвенной болезни является
ультразвуковой
лабораторный
эндоскопический

рентгенологический

- 187 К функциональным гастроинтестинальным расстройствам относят функциональную диспепсию
гастроэзофагеальный рефлюкс
синдром раздраженного кишечника
хронический холецистит
- 188 Клинические варианты синдрома раздраженной кишки:
с преобладанием запора
с преобладанием диареи
смешанный вариант
неклассифицируемый вариант
- 189 Этиологический фактор развития хронического атрофического аутоиммунного гастрита
гастроспириллы человека
цитомегаловирус
цитотоксические аутоантитела
дуоденогастральный рефлюкс
- 190 Наиболее эффективная схема первой линии эрадикационной терапии *H. Pylori* - это
рабепразол + амоксициллин + кларитромицин
дротаверин + тетрациклин + альмагель
цефтриаксон + ранитидин + рупафин
дексилант + левофлоксацин + домперидон
- 191 Наиболее частая причина симптоматических язв - это
прием гормональных препаратов
синдром Золлингера-Эллисона
прием нестероидных противовоспалительных препаратов
инфекция *H. Pylori*
- 192 Пищевод Барретта - это
цилиндроклеточная метаплазия клеток слизистой оболочки пищевода
атрофический эзофагит
тонкокишечная метаплазия клеток слизистой оболочки пищевода
дисплазия слизистой оболочки пищевода
- 193 Пищеводным симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
кашель
одышка
боль в горле
одинофагия
- 194 Отоларингологической «маской» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
полипозный риносинусит
атрофический фарингит
гранулезный фарингит

холестеатома

- 195 Фактором защиты слизистой оболочки пищевода является
эзофагеальный клиренс
простагландины
Helicobacter pylori
заброс содержимого желудка в пищевод
- 196 Одним из факторов риска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
интенсивные занятия спортом
кишечные инфекции в анамнезе
ожирение
дефицит массы тела
- 197 Какие препараты снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера
нитраты, холинолитики, адреномиметики
ингибиторы протонной помпы, антагонисты кальция
метилксантины, в-блокаторы, урикоингибиторы
бензодиазепины, ингибиторы протонной помпы
- 198 Изменение образа жизни при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
включает следующие мероприятия
отказ от курения и алкоголя
дробное питание
- активные физические нагрузки после еды
получасовой отдых в горизонтальном положении после еды
- 199 Лекарственные препараты, уменьшающие «кислотный карман» и
нейтрализующие кислоту в области пищеводно-желудочного перехода при
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - это
антациды
альгинаты
адсорбенты
прокинетики
- 200 Периодичность осмотров пациентов с эндоскопически позитивной
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни без пищевода Барретта составляет
1 раз в 6 месяцев
1 раз в 1 месяц
1 раз в 12 месяцев
1 раз в 3 месяца
- 201 Частота осмотров пациентов терапевтом или врачом общей практики при
декомпенсации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни составляет
1 раз в 2 месяца
1 раз в 1 месяц
1 раз в 2 недели
1 раз в 1 неделю
- 202 Самое распространенное заболевание печени - это
неалкогольная жировая болезнь печени

аутоиммунный гепатит
алкогольная болезнь печени
вирусный гепатит

203 Биохимическими признаками синдрома цитолиза являются
повышение билирубина
повышение щелочной фосфатазы
повышение аминотрансфераз
снижение антитромбина III

204 Ультразвуковыми признаками стеатоза печени являются
повышенная эхогенность
пониженная эхогенность

зернистость паренхимы
увеличение размеров печени

205 Наиболее частым последствием хронического панкреатита являются
перитонит
псевдокисты
экзокринная недостаточность поджелудочной железы
рак поджелудочной железы

206 Ранний копрологический показатель снижения экзокринной функции поджелудочной железы
креаторея
стеаторея
наличие соединительной ткани
амилорея

207 Исходом хронического панкреатита является
инфекционные осложнения
снижение экзокринной функции поджелудочной железы
развитие механической желтуха
гепато - спленомегалия

208 Наиболее информативный метод выявления объемных процессов в поджелудочной железе - это
релаксационная дуоденография
внутривенная холеграфия
ретроградная панкреатохолангиография
компьютерная томография

209 Какой показатель отражает внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы
диастаза мочи
амилаза крови
кальпротектин
фекальная эластаза

210 Наиболее часто встречающиеся этиологические факторы хронического панкреатита

алкоголь
прием лекарственных препаратов
муковисцидоз
болезни желчного пузыря и желчных путей

211 Методика приема минеральной воды при хроническом гастрите с повышенной секрецией желудка

медленно, малыми глотками, за 45 мин до еды
медленно, малыми глотками, за 90 мин до еды
быстро, большими глотками, за 60-90 мин до еды
быстро, большими глотками, за 15 мин до еды

212 Методика приема минеральной воды при хроническом гастрите с пониженной секрецией желудка следующая

принимать медленно, малыми глотками, за 90 мин до еды
принимать быстро, большими глотками, за 60-90 мин до еды
принимать быстро, большими глотками, за 15 мин до еды
принимать медленно, малыми глотками, за 20 мин до еды

213 Температура применяемой минеральной воды при хроническом колите с пониженной двигательной функцией кишечника составляет

40-45°с
28-35°с
18-25°с
15-18°с

214 Температура применяемой минеральной воды при хроническом колите с повышенной двигательной функцией кишечника составляет

38-45°с
40-45°с
28-35°с
18-25°с

215 Срок, на который обычно назначается курс антисекреторной терапии при язве двенадцатиперстной кишки, составляет

2 недели
6 недель
8 недель
12 недель

216 К какому препарату отсутствует резистентность *Helicobacter pylori*,

де-нол
метронидазол
кларитромицин
амоксциллин

217 Анемия характеризуется

снижением объема крови, приходящегося на эритроциты к общему объему крови
снижением концентрации гемоглобина в единице объема крови
снижением количества эритроцитов

повышением уровня ретикулоцитов в крови

- 218 Появление в крови эритроцитов разной величины называется
анизоцитоз
пойкилоцитоз
микроцитоз
акантоцитоз
- 219 Цветовой показатель - это
отношение количества гемоглобина к числу эритроцитов
отношение числа эритроцитов к количеству гемоглобина
разница между числом тромбоцитов и эритроцитов
отношение количества эритроцитов к числу тромбоцитов
- 220 При лечении витамином В12 отмечается
ретикулоцитарный криз наступает через сутки от начала терапии
обязательно одновременное назначение фолиевой кислоты
ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения
всем больным следует проводить трансфузии эритроцитарной массы
- 221 Для анемий с нарушением эритропоэза характерным является
увеличение количества ретикулоцитов
нормальное или пониженное количество ретикулоцитов
снижение количества эритроцитов
тромбоцитопения
- 222 Повышение потребления железа бывает при
беременности и лактации
желудочно-кишечных кровотечениях
резекции тонкой кишки
глистных инвазиях
- 223 Препараты выбора в лечении железодефицитных состояний для большинства
пациентов - это
гемотрансфузии
препараты 2-х валентного железа

препараты 3-х валентного железа
поливитаминные комплексы, обогащенные железом
- 224 Ключевым параметром, позволяющим дифференцировать анемию хронических
болезней и железодефицитные состояния, является
уровень гемоглобина
морфология эритроцитов
уровень белков острой фазы воспаления (ферритин, СРБ)
уровень лейкоцитов
- 225 Наследственная микросфероцитарная анемия обусловлена
дефектом белков мембраны эритроцитов
недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
наследственным нарушением синтеза гемоглобина
механическим повреждением эритроцитов

- 226 Серповидно-клеточная анемия обусловлена
дефектом белков мембраны эритроцитов
недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
недостаточностью фермента пируваткиназы
наследственным нарушением синтеза гемоглобина
- 227 У больного 17 лет лихорадка до 38,30с, увеличены шейные и подмышечные л/узлы, в крови лейкоцитоз 34 тыс./мкл, в формуле крови 60% лимфоцитов. Предположительный диагноз?
лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз)
острый лимфобластный лейкоз
туберкулез
хронический лимфолейкоз
- 228 Массивное поражение внутригрудных лимфатических узлов встречается при
остром промиелоцитарном лейкозе
В-клеточном остром лимфобластном лейкозе
хронических лейкозах
Т-клеточном остром лимфобластном лейкозе
- 229 Основной отличительный гематологический признак истинной полицитемии является
эритроцитоз
лейкоцитоз
нейтрофилез

лимфоцитоз
- 230 Абсолютный эритроцитоз - это
повышение массы циркулирующих эритроцитов
следствие уменьшения объема циркулирующей плазмы
повышение уровня гематокрита вследствие различных причин
всегда следствие избыточного уровня эритропоэтина
- 231 «Большие» лабораторные критерии истинной полицитемии - это
наличие филадельфийской хромосомы
повышение гемоглобина более 185 г/л у мужчин или более 165 г/л у женщин
субнормальный уровень эндогенного эритропоэтина
признаки трехлинейной экспансии миелоидных ростков в костном мозге (панмиелоз)
признаки дисэритропоэза костного мозга
- 232 Наличие палочек Ауэра в цитоплазме бластных клеток - это признак лейкоза
острого лимфобластного
хронического миелолейкоза
хронического лимфолейкоза
острого миелобластного
- 233 Для острого миелоидного лейкоза характерен болевой синдром
в эпигастрии
в костях
в паховой области

в области сердца

- 234 Обязательный метод исследования для диагностики острого лейкоза
ультразвуковое исследование органов брюшной полости
пункция костного мозга с подсчетом форменных элементов костного мозга
(миелограмма)
эзофагогастродуоденоскопия
ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
- 235 Ведущим диагностическим признаком острого лейкоза является
анемия
тромбоцитопения
увеличение количества бластных клеток в костном мозге
спленомегалия
- 236 Субстратом острого лейкоза является
клеткапредшественник гемопоэза
бластная клетка
стволовая клетка
зрелая клетка
- 237 Для анемий с нарушением эритропоэза характерно
увеличение количества ретикулоцитов
нормальное или пониженное количество ретикулоцитов
снижение количества эритроцитов
относительный лимфоцитоз
- 238 Наиболее достоверным признаком, подтверждающим диагноз пернициозной анемии, является
ахлоргидрия
положительная проба Шиллинга
эффект от пробной терапии цианкобаламином
макроцитоз, гиперсегментация ядер нейтрофилов
- 239 Причиной возникновения мегалобластных анемий является дефицит
железа
цианкобаламина и/или фолатов
тиамина
рибофлавина
- 240 При В12-дефицитной анемии в клиническом анализе крови цветовой показатель
больше 1,05
меньше 0,8
0,8-1,05
меньше 0,1
- 241 Основные симптомы при анемии связаны
с интоксикацией
с мальабсорбцией
с нарушением водно-электролитного баланса

с гипоксемией

242 В организме взрослого человека в норме содержится железа (в граммах)

2-3 грамма

4-5 грамм

5-10 грамм

10-15 грамм

243 Суточная абсорбция железа в тонком кишечнике

5-10 мг

15-20 мг

1,5-2 мг

25-50 мг

244 Препараты железа назначаются

длительно, в течение 4-5 месяцев

до нормализации гемоглобина, 2 недели для депо железа и далее курсами

сроком на 1 месяц, далее контроль крови и повторный курс через месяц

на срок 1-2 недели

245 Внутренний фактор Кастла образуется

в двенадцатиперстной кишке

в сыворотке крови

в стенке тонкого кишечника

в фундальной области желудка

246 Причиной развития фуникулярного миелоза является

нарушение метаболизма метилмалоновой кислоты

дефицит фолиевой кислоты

повышенная продукция арахидоновой кислоты

недостаток янтарной кислоты

247 Механизм желтушности кожных покровов при мегалобластических анемиях связан с

образованием большого количества прямого билирубина

поражением печеночной клетки

выраженным холестазом на уровне печеночной дольки

образованием непрямого билирубина при гемолизе эритроцитов

248 Роль витамина В12 в кроветворении заключается в образовании

ДНК и РНК при созревании клеток миелоидного ряда

ДНК и РНК при созревании клеток лимфоидного ряда

гема

глобина

249 При В12-дефицитной анемии в миелограмме отмечается

появление бластов более 30 %

мегалобластический тип кроветворения

угнетение всех ростков кроветворения

преобладание клеток эритроидного ряда

- 250 Наиболее информативный показатель для подтверждения диагноза железодефицитной анемии - это
общая железосвязывающая способность сыворотки крови
уровень сывороточного железа крови
цветной показатель
ферритин
- 251 Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть
многоплодная беременность
имевшийся ранее латентный дефицит железа
увеличение объема жидкости
несовместимость с мужем по системе групп крови АВ0
- 252 Самая частая причина железодефицитной анемией у мужчин - это
аденома простаты
кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
прием алкоголя
дефицит железа в пище
- 254 Жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при В12 - дефицитной анемии связаны
с гипокалиемией
с алкогольной энцефалопатией
с миелозом
с остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения
- 255 Больного с В12 -дефицитной анемией следует лечить
всю жизнь
до нормализации уровня гемоглобина
1 год
3 месяца
- 256 Какой уровень гемоглобина (в г/л) рекомендуется поддерживать у пациентов с хронической болезнью почек
не более 120
120-130

130-140
менее 100
- 257 Жалобы общего характера при анемиях включают
боли в правом подреберье
слабость, головокружение
бледность кожных покровов и видимых слизистых
диарею
- 258 Характерные признаки железодефицитной анемии - это
ангулярный стоматит
койлонихии
извращение вкуса
гепатомегалия

- 259 Причинами развития дефицита железа являются
хронические кровопотери
нарушение всасывания железа
снижение продукции эритропоэтина
повышенная потребность в железе
- 260 Для железодефицитной анемии характерно
уменьшение концентрации сывороточного железа
увеличение размеров эритроцитов
уменьшения насыщения железом трансферрина
понижение уровня трансферрина в крови
- 261 Сидеропенический синдром включает
симптом «голубых» склер
симптом барабанных палочек
мышечную слабость
извращение вкуса и обоняния
- 262 Причинами неэффективности терапии пероральными препаратами железа являются
низкая приверженность пациента к ферротерапии
наследственные формы железодефицитных состояний (например, наследственная гипотрансферринемия и т.п.)
продолжающаяся хроническая кровопотеря
острое респираторное заболевание
- 263 Анемия хронических болезней характеризуется
задержкой железа клетками ретикуло-эндотелиальной системы
нормохромным и нормоцитарным характером
тяжелым течением
активацией клеточного иммунитета
- 264 К гемолитическим анемиям относится
болезнь Минковского-Шоффара
пароксизмальную ночную гемоглобинурию
талассемию
серповидно-клеточную анемию
- 265 Клинические проявления серповидно-клеточной анемии - это
гемолитическая анемия
окклюзия кровеносных сосудов
гиперспленизм
приступы болей в костях
- 266 Для клинической картины истинной полицитемии характерно
плетора
гепатоспленомегалия
тромбозы
гематурия

- 267 «Внутренние» предрасполагающие факторы развития лейкозов включают семейную предрасположенность
иммунодефицитные состояния
хроническую дисфункцию костного мозга (хронические миелопролиферативные заболевания и т.п.)
ионизирующую радиацию
- 268 Цитогенетическое исследование при острых лейкозах используется с целью диагностики отдельных вариантов лейкоза
оценки минимальной остаточной болезни
определения программы терапии
определения морфологического варианта заболевания
- 269 Основным методом для скрининга сахарного диабета является определение уровня гликемии перед сном

исследование содержания глюкозы в ушной сере
определение гликемии натощак в венозной плазме
определение гликозилированного гемоглобина
- 270 Гликозилированный гемоглобин характеризует уровень гликемии за последние
2-3 дня
3 месяца
6 месяцев
1 год
- 271 Терапия метформином у пациентов с сахарным диабетом должна быть отменена при скорости клубочковой фильтрации (в мл/мин/1,73 м²)
60-45
45-30
< 30
< 15
- 272 Для синдрома диабетической стопы характерно наличие акрального некроза I пальца левой стопы
нейропатии латерального кожного нерва бедра
паралича Белла
гиперемии пальцев стопы
- 273 У пациентов с хронической болезнью почек стадий С3-С5 вне зависимости от наличия сахарного диабета и артериальной гипертензии и в отсутствие противопоказаний рекомендовано использование следующих групп лекарственных препаратов
антагонисты ренина
ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина
блокаторы рецепторов ангиотензина II
ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 274 Показатель, наиболее объективно отражающий состояние углеводного обмена за период времени - это
гликемия натощак
гликемия после приемов пищи
инсулин в крови

гликированный гемоглобин

275 Рекомендуемое потребление кальция у лиц в возрасте старше 16 лет и до 50 лет составляет

1500 мг

1000 мг

1300 мг

500 мг

276 Профилактика дефицита витамина D рекомендуется с применением активных форм витамина D кальциферола (D3) и эргокальциферола (D2) альфакальцидола кальция глюконата

277 Основной метод самоконтроля при сахарном диабете - это определения кетонурии определения гликемии контроль гликированного гемоглобина контроль за массой тела

278 Препаратом, противопоказанным у беременных при сочетании сахарного диабета и артериальной гипертензии, является

допегит

лабеталол

эналаприл

нифедипин

279 При гестационном сахарном диабете назначают бигуаниды производные сульфонилмочевины тиазолидиндионы диету с полным исключением легкоусвояемых углеводов

280 Рекомендуемая дневная норма потребления витамина D для лиц 19-50 лет составляет

1000 МЕ

600-800 МЕ

3000 МЕ

1200 МЕ

281 На функцию щитовидной железы может влиять прием

дигоксина

индапамида

амиодарона

эналаприла

282 Наиболее безопасным и эффективным методом лечения токсического зоба небольших размеров является

хирургическая тиреоидэктомия

тиреостатическая терапия
радиоiodтерапия
терапия бета-блокаторами

283 Оценивать уровень ТТГ на фоне лечения следует через
1,5-2 месяца
1-2 недели
5-6 месяцев
10-12 месяцев

284 Перед проведением терапии радиоактивным йодом или тиреоидэктомии по поводу токсического зоба необходимо достичь
эутиреоза
субклинического гипотиреоза
манифестного гипотиреоза
субклинического тиреотоксикоза

285 К препаратам из группы тиреостатиков относится
амиодарон
тиамазол
пропранолол
левотироксин

286 Операцией выбора при узловом токсическом зобе является
тотальная тиреоидэктомия
гемитиреоидэктомия
субтотальная резекция щитовидной железы
энуклеация узла

287 Центральное ожирение у мужчин европеоидной расы устанавливается при окружности талии более см
80 см
90 см
94 см
100 см

288 Наиболее типичным проявлением диабетической микроангиопатии является
нефропатия
синдром диабетической стопы
ишемическая болезнь сердца
нейроостеоартропатия

289 Морбидному ожирению III степени соответствует индекс массы тела более кг/м²
40 кг/м²
35 кг/м²
30 кг/м²
45 кг/м²

290 Зоб - это
сниженная функция щитовидной железы

повышенная функция щитовидной железы
увеличение щитовидной железы
тиреотоксикоз

291 Суточная потребность взрослого человека в йоде составляет
60 - 80 мкг
150 - 200 мкг
500 мкг
50 мкг

292 Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее назначать
йодид калия
глюкокортикоиды
витамины группы В
морские водоросли

293 Тест первого уровня в диагностике первичного гипотиреоза - это определение
уровня
свободного тироксина
тироксинсвязывающего глобулина
ТТГ
трийодтиронина

294 Критериями манифестного первичного гипотиреоза (гормонов крови) являются
Повышение уровня ТТГ при нормальных уровнях Т3 и Т4
ТТГ и Т4 в норме, Т3 повышен

ТТГ снижены, Т4 в норме, Т3 повышен
ТТГ повышены, Т4 и Т4 снижены

295 Для субклинического первичного гипотиреоза характерно
ТТГ повышен, Т4 в норме
ТТГ снижен, Т3 и Т4 повышены
ТТГ снижен, Т4 в норме, Т3 повышен
ТТГ повышен, Т4 снижен

296 Основной препарат заместительной терапии гипотиреоза - это
анаприлин
мерказолил
левотироксин
трийодтиронин

297 Фактором риска возникновения алиментарно-конституционного ожирения
является
малоподвижный образ жизни
большое количество клетчатки в пище
наличие сахарного диабета 1 типа у родственников
беременность и кормление грудью

298 Скрининг сахарного диабета необходимо проводить
лицам с избыточным весом
лицам с отягощенной наследственностью по сахарному диабету

лицам с артериальной гипертензией
лицам моложе 45 лет с анемией

299 Перечислите провоцирующие факторы развития сахарного диабета 2 типа
вирусная инфекция
избыточный вес
гиподинамия
вес при рождении более 4 кг

300 Показателями самоконтроля сахарного диабета являются
определения гликемии
определения кетонурии
ведения журнала регистрации результатов анализов
проведения перорального теста толерантности к глюкозе при ухудшении
самочувствия

301 Перечислите факторы риска развития сахарного диабета 2 типа
индекс массы тела $> 25 \text{ кг/м}^2$
гестационный сахарный диабет в анамнезе
индекс массы тела $< 25 \text{ кг/м}^2$
синдром поликистозных яичников

302 Остеопороз характеризуется
снижением костной массы
нарушением микроархитектоники костной ткани
повышением плотности костной массы
переломами при минимальной травме

303 Тяжелый остеопороз - это остеопороз
с уже имеющимся в анамнезе низкотравматическим переломом тела позвонка(-ов)
с уже имеющимся в анамнезе низкотравматическим переломом предплечья
с уже имеющимся в анамнезе низкотравматическим переломом бедра
с множественными переломами

304 Факторами риска развития остеопороза являются
низкая масса тела или снижение веса более чем на 10% в возрасте старше 25 лет
избыточное употребление сладких напитков
возраст старше 65 лет
предшествующие переломы

305 Активными метаболитами витамина D являются
альфакальцидол
колекальциферол
эргокальциферол
кальцитриол

306 К дополнительным лабораторным исследованиям при диагностике остеопороза относятся
25-ОН витамин D
паратиреоидный гормон
клинический анализ крови

щелочная фосфатаза

307 Перечислите антирезорбтивные препараты для лечения остеопороза
бисфосфонаты
терипаратид

препараты кальция
деносумаб

308 Допустимое количество белка в суточной моче
500 мг
50 мг
150 мг
следы белка

309 Полиурия - это
выделение за сутки более 2 л мочи
выделение за сутки менее 1 л мочи
превалирование диуреза в ночные часы
потребление жидкости более 3 л в сутки

310 Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для
хронического нефрита
пиелонефрита
сахарного диабета
несахарного диабета

311 Лейкоцитурия наиболее характерный симптом
пиелонефрита
гломерулонефрита
амилоидоза
нефролитиаза

312 Для отечного синдрома почечного генеза характерны отеки
преимущественно в вечерние часы
плотные, нередко цианотичные
нарастают быстро
мягкие, теплые

313 У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина
бактериальный перитонит
абдоминальный нефротический криз
почечная колика

кишечная колика

314 Ведущим признаком нефротического синдрома является
гематурия
протеинурия более 3,5 г/сутки
артериальная гипертензия

гипоизостенурия

- 315 Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы пенициллинов макролидов аминогликозидов цефалоспоринов
- 316 Скринингу на выявление инфекций мочевыводящих путей подлежат женщины с сахарным диабетом беременные пожилые лица, проживающие в домах престарелых пациенты с постоянным мочевым катетером
- 317 Лейкоцитурия и бактериурия характерны для гломерулонефрита тубулоинтерстициального нефрита пиелонефрита рака почки
- 318 В норме у здорового человека потери белка составляют до 100 мг/сутки 1 г/сутки 500 мг/мл 3 г/сутки
- 319 Состояние почечных клубочков оценивается по плотности мочи наличию лейкоцитов суточной протеинурии наличию эритроцитов
- 320 Бессимптомная бактериурия диагностируется при обнаружении одного и того же штамма уропатогена в двух образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 10⁵ КОЕ/мл в одном образце в количестве 10⁶ КОЕ/мл в двух образцах, взятых с интервалом < 24 ч в количестве > 10⁵ КОЕ/мл в одном образце в количестве 10⁷ КОЕ/мл
- 321 Больной выделил днем 700 мл мочи, а ночью 1200 мл. Какое отклонение от нормы имеется поллакиурия никтурия полиурия дизурия
- 322 У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением системной красной волчанки системной склеродермии узелкового артериита

ревматической полимиалгии

323 Острый гломерулонефрит может развиваться как осложнение инфекции, вызванной

- альфа-гемолитическим стрептококком группы В
- стафилококком группы А
- бета-гемолитическим стрептококком группы А
- риккетсиями
- уросепсисом, вызванным кишечной палочкой

324 Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для

- острого гломерулонефрита
- пиелонефрита
- почечнокаменной болезни
- острого цистита

325 У 40-летнего больного, через 2,5 недели после ангины появились отеки, макрогематурия, повысилось артериальное давление. Наиболее вероятный диагноз

- острый гломерулонефрит
- острый пиелонефрит
- апостематозный нефрит
- амилоидоз почек

326 Нормальные значения скорости клубочковой фильтрации это
90-120 мл/час

- 90-120 мл/мин
- 90-120 л/час
- 90-120 л/сутки

327 Поражение клубочков почек сопровождается

- протеинурией
- лейкоцитурией
- бактериурией
- глюкозурией

328 Какую функцию почек отражает проба Зимницкого?

- участие в гемопоэзе
- участие в обмене электролитов
- участие в концентрации мочи
- участие в дезинтоксикации

329 Показаниями для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите являются

- нефротический синдром
- мочевой синдром
- гипертензия
- почечная недостаточность

330 Лекарственные препараты, влияющие на неиммунные механизмы прогрессирования гломерулонефрита, это

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
блокаторы рецепторов к ангиотензину
глюкокортикостероиды
дезагреганты

331 У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является

амилоидоз почек
гломерулонефрит
пиелонефрит
интерстициальный нефрит

332 Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование

подкожного жира
слизистой оболочки прямой кишки
почки

кожи

333 У 16-летней больной, страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, гепатоспленомегалия. Уровень фибриногена в крови резко повышен. Вероятный диагноз?

постинфекционный гломерулонефрит
декомпенсированный цирроз печени
вторичный амилоидоз с поражением почек
волчаночный гломерулонефрит

334 Нефротический синдром при амилоидозе регрессирует при назначении кортикостероидов исчезает при развитии хронической почечной недостаточности сопровождается злокачественной артериальной гипертонией сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

335 В настоящее время убедительно доказано нефропротективное действие ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов к ангиотензину II

статинов и селективных ингибиторов абсорбции холестерина в кишечнике
антагонистов альдостерона
мочегонных препаратов, в частности, петлевых и гипотиазидных

336 Наиболее частой причиной (из перечисленных) хронического тубулоинтерстициального нефрита является

интоксикация свинцом
антибактериальная терапия
прием нестероидных противовоспалительных препаратов
сахарный диабет

337 Для хронической болезни почек справедливы следующие утверждения анатомической основой является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом

это наднозологическое понятие

персистирует от 7 дней до 3 месяцев
является самостоятельной нозологической формой

338 Методом исследования функции почек в амбулаторных условиях является
определение суточной протеинурии
расчет по формулам скорости клубочковой фильтрации
определение клиренса креатинина
определение концентрации цистатина С в крови и моче

339 Латентное течение хронического пиелонефрита у пациентов пожилого и старческого возраста характеризуется
стертым течением или длительным отсутствием симптомов заболевания (только минимальные лабораторные изменения)
клинической триадой: боль в пояснице, лихорадка, мочевого синдром
стойкой клинико-лабораторной ремиссией
сочетанием мочевого и отечного синдромов

340 Для первичного скрининга хронической болезни почек у ранее необследованных лиц рекомендовано
полуколичественное определение альбумина/белка в моче с помощью тест-полосок
скрининг с помощью модифицируемого опросника ВОЗ
проведение общего анализа мочи с последующим подтверждением результатов количественными методами
определение расчетной скорости клубочковой фильтрации

341 Наиболее частый возбудитель амбулаторного пиелонефрита - это
кишечная палочка
стафилококк
синегнойная палочка
энтерококк

1 Болезни нервной системы, избранные вопросы психологии и психиатрии в общей врачебной практике

342 Препараты для лечения острой боли
наркотические анальгетики
нестероидные противовоспалительные средства
антидепрессанты
миорелаксанты

343 Препараты для лечения хронической боли
антидепрессанты
миорелаксанты
анальгетические ненаркотические средства
антиконвульсанты

344 Основная причина боли в спине
дегенеративные изменения позвоночника
малоподвижный образ жизни
метаболические нарушения
депрессия

- 345 Для предупреждения приступа мигрени целесообразно назначение
а-адреноблокаторов
b-адреноблокаторов
антисеротониновых препаратов
антиконвульсантов
- 346 Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливается при продолжительности очаговой неврологической симптоматики
более 24 часов
менее 6 часов
менее 24 часов
менее 12 часов
- 347 Продолжительность острого периода ишемического инсульта составляет
Первые сутки
4-7 суток
3 недели
3-6 часов
12 часов
- 348 Основной этиологический фактор церебральной микроангиопатии - это
артериальная гипертензия
врожденные аномалии сосудов
травмы головного мозга
нейроинфекции
- 349 Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение
1 суток
1 недели
1 месяца
3 недель
- 350 Жалобы при невралгии тройничного нерва следующие
короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением
- 351 Симптомы при недостаточности кровообращения преимущественно в вертебрально-базиллярной системе
афазия
апраксия
атаксия
головокружение
- 352 Методом наиболее ранней диагностики внутримозгового кровоизлияния

является

магнитно-резонансная томография
компьютерная томография
дуплексное сканирование маг
электороэнцефалография

353 «Золотым стандартом» антитромботической терапии после перенесенного атеротромботического инсульта является

клопидогрель
дипиридамол
ацетилсалициловая кислота
тиклопидин

354 После перенесенного кардиоэмболического инсульта показана следующая антитромботическая терапия

антиагрегантная (ацетилсалициловая кислота или др.)
тромболитическая системная (тканевой активатор плазминогена альтеплаза или др.)
оральная антикоагулянтная (антагонист витамина К варфарин или дабигатран, ривароксабан)
тромболитическая селективная (тканевой активатор плазминогена альтеплаза или др.)

355 Препаратами выбора для антигипертензивной терапии при цереброваскулярных заболеваниях являются

блокаторы кальциевых каналов
ингибиторы АПФ
антидепрессанты
диуретики

356 Наиболее эффективным методом профилактики геморрагического инсульта является

прием аспирина
прием препаратов кальция
гиполипидемическая терапия
антигипертензивная терапия

357 Центральный парез левой руки возникает при локализации очага в среднем отделе передней центральной извилины справа
верхних отделах передней центральной извилины слева
нижних отделах передней центральной извилины слева
заднем бедре внутренней капсулы

358 Спастический гемипарез - это нарушение двигательной функции в руке и ноге с одной стороны
одной ноге
одной руке
обеих ногах

359 Диагноз хронической недостаточности мозгового кровообращения может быть поставлен на основании

результатов дуплексного сканирования магистральных сосудов головы
результатов МРТ

комплексного обследования и проведения дифференциальной диагностики результатов неврологического и нейропсихологического обследования

360 Основной базой лечения хронической недостаточности мозгового кровообращения является
нейрометаболическая и вазоактивная терапия
антиромботическая и антигипертензивная терапия
нейропротективная и репаративная терапия
заместительная нейротрансмиттерная терапия

361 Менингеальный симптом - это
ригидность мышц затылка
симптом «свисающей головы»
симптом Бабинского
симптом Чуралева

362 Наиболее эффективный метод патогенетической терапии невралгии тройничного нерва прием
анальгетиков
противосудорожных средств
вазоактивных средств
антигистаминных средств

363 Обязательным признаком субарахноидального кровоизлияния является
утрата сознания
зрачковые расстройства

нистагм
менингеальный синдром

364 Наиболее эффективны для купирования острого болевого синдрома при опоясывающем лишае
противовирусные препараты
нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)
наркотические анальгетики
антиконвульсанты

365 Классический вариант тремора при болезни Паркинсона - это тремор
кинетический
интенционный
покоя
движения

366 Принципами лечения диабетической полинейропатии являются
адекватная коррекция гликемии
витамиотерапия
антиоксидантная терапия
противоотечная терапия

367 Замедление движений при выполнении моторных проб называется
гипокинезия
брадикинезия

олигокинезия
общая заторможенность

368 Полинейропатии при паранеопластическом процессе наиболее характерны для локализации рака в
легком или молочной железе
почках
желудке
кишечнике

369 Соматогенные обмороки включают разновидность
дроп-атаки
кардиогенных проявлений
симптома Унтерхарншайдта
вазопрессорных реакций

370 Этиологическими факторами эпилепсии являются
аневризмы и мальформации
токсическое поражение головного мозга
факторы повреждения головного мозга и наследственные причины
опухоли и травмы головного мозга

371 Соматические маски эпилепсии наблюдают врачи
физиотерапевты
психиатры
кардиологи
неврологи

372 При лечении эпилепсии приступы
контролируются лишь в 20% случаев
контролируются в 50% случаев
полностью исчезают практически у всех пациентов
приступы полностью контролируются у 80% пациентов, у некоторых пациентов
удается так же «снять диагноз»

373 Основной метод лечения эпилепсии
сосудистая терапия
хирургическое лечение
антиэпилептическая терапия
кетогенная диета
стимуляция вагусного нерва

374 Признаком ремиссии эпилепсии является
редкие приступы не чаще 1 раза в месяц
отсутствие приступов 3 месяца
отсутствие приступов в течение 12 месяцев
отсутствие генерализованных судорожных приступов с сохранением фокальных приступов

375 Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов в острый период включают

кинезиотерапию
магнитотерапию
массаж
бальнеотерапию

376 Невралгия - это

воспаление нерва
боль по ходу нерва
повреждение нерва
атрофия нерва

377 Основной симптом миастении - это

тремор кистей
головная боль
мышечная утомляемость
судороги

378 Для болезни Паркинсона характерно

тремор кистей
умственная деградация
нарушение координации
параличи конечностей

379 Нарастающие, упорные головные боли распирающего характера и явления застоя на глазном дне характерны для

рассеянного склероза
менингита
опухоли головного мозга
энцефалита

380 Аура характерна для

эпилепсии
геморрагического инсульта
менингита
энцефалита

381 Основной симптом тяжелого сотрясения головного мозга - это

головная боль
ретроградная амнезия
шум в ушах
головокружение

382 Симптом Бабинского относится к группе

сухожильных рефлексов
защитных рефлексов

патологических разгибательных рефлексов
патологических сгибательных рефлексов

383 Для субарахноидального кровоизлияния характерны

менингеальные симптомы

очаговые неврологические симптомы
гемипарезы
судороги

1 Дерматовенерология в общей врачебной практике

384 Гнойничковые заболевания кожи, вызванные стафилококковой инфекцией
сикоз, карбункул, простой лишай лица
фурункулез, гидраденит, сикоз
импетиго, фолликулит, интертриго
эктима, псевдофурункулез, шанкриформная пиодермия

385 Гнойничковые заболевания кожи, поражающие волосяные фолликулы
импетиго, фолликулит, вегетирующая пиодермия
сикоз, фурункулез, псевдофурункулез
карбункул, фолликулит, сикоз
турниоль, эктима, гидраденит
псевдофурункулез, карбункул, сикоз

386 Глубокие формы гнойничковой патологии кожи
гидраденит, эктима, карбункул
эктима, фолликулит, язвенная пиодермия
рупия, сикоз, простой лишай лица
карбункул, гидраденит, турниоль

387 Дерматомикозы - это
кокцидиоидоз, разноцветный лишай, трихофития
кокцидиоидоз, пьедра, хромомико
рубромикоз, разноцветный лишай, эритразма
паховая эпидермофития, рубромикоз, микроспория

388 Признаки онихомикозов
утолщение ногтевой пластинки, воспалительные явления околоногтевого валика,
изменение поверхности ногтя по типу «наперстка»
пожелтение ногтевой пластинки, утолщение ногтевой пластинки, крошение, ломкость
ногтевой пластинки

крошение, ломкость ногтя, изменение его поверхности по типу «наперстка»,
утолщение ногтевой пластинки
воспалительные явления околоногтевого валика, пожелтение, крошение, ломкость
ногтевой пластинки

389 Псевдомикозы - это
эритразма, актиномикоз
паховая эпидермофития, споротрихоз
кандидоз, эритразма
трихофития, бластомикоз

390 Клинические формы эпидермофитии стоп
интертригинозная, дисгидротическая, инфильтративно-нагноительная
эритродермическая, эрозивно-язвенная, сквамозная
дисгидротическая, сквамозная, интертригинозна
фолликулярно-узловатая, инфильтративно-нагноительная, дисгидротическая

- 391 Источники заражения зоофильной трихофитией
кошки
крупный рогатый скот
грызуны (мыши, крысы)
птицы
- 392 Этиологические факторы простого дерматита
концентрированные кислоты, щелочи
низкая температура
ионизирующая радиация, концентрированные кислоты, щелочи
солнечное излучение
- 393 Клинические симптомы простого (контактного) дерматита
гнойнички
изъязвления
пузыри
эритема
- 394 Первичные элементы сыпи, характерные для экземы, это
пузырек
бугорок
воспалительное пятно
узелок
- 395 Возрастной период детской экземы
от рождения до 6 месяцев
в возрасте до 2 лет
от 3 до 7 лет
любой детский возраст
- 396 Клинические проявления крапивницы
волдыри
геморрагические пятна
расчесы
зуд, волдыри, расчесы
- 397 Клинические проявления атопического дерматита
везикуляция и мокнутие
узелковая сыпь
лихенификация
белый дермографизм
- 398 Пурпура от розеолы отличается
более яркой окраской сыпи
развитием в области высыпаний поверхностных инфильтратов
отсутствием исчезновения пятна при витропрессии
развитием рубца после разрешения
- 399 Типичная локализация пурпуры при геморрагическом васкулите
лицо

наружные половые органы
нижние конечности
верхние конечности

- 400 Узловатая эритема характеризуется
образованием на коже туловища и конечностей узлов красного цвет
образованием напряженных болезненных узлов, склонных к изъязвлению, на коже
голеней, бедер
образованием напряженных болезненных узлов, не склонных к изъязвлению, на коже
голеней, бедер
развитием на коже голеней, бедер полиморфной сыпи, включая узловатую
- 401 «Псориатическая триада» симптомов включает симптомы
«стеаринового пятна»
«скрытого шелушения»

«терминальной пленки»
«точечного кровотечения»
- 402 Диагностические феномены, возникающие при красном плоском лишае, это
симптом «стеаринового пятна»
симптом Кебнера
симптом «яблочного желе»
симптом Уикхема
- 403 К доброкачественным опухолям кожи эпидермального происхождения относят
себорейная кератома
лейомиома
фиброма
ангиома
- 404 Перечислите злокачественные опухоли кожи
кератома
базалиома
меланома
акантома
- 1 Стоматология в общей врачебной практике
- 405 Слабая степень флюороза характеризуется наличием на зубах
белых пятен
коричневых пятен
эрозий эмали
- 406 Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения
пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать
зубную щетку с ровной подстрижкой щетины
зубные ершики
зубочистки
жевательную резинку
- 407 Ранним клиническим признаком воспаления десны является
местная гиперемия

болевого синдром
кровоточивость
изъязвления

408 У пациента высыпания мелких сгруппированных везикул на гиперемизированной слизистой, после вскрытия которых образуется неправильной формы эрозии с фестончатыми краями, покрытые бело-желтым фибринозным налетом. О каком заболевании идет речь
хронический рецидивирующий герпес
сифилис
актиномикоз
плоский лишай

409 Зубную щетку необходимо менять 1 раз в
год
месяц
2-3 месяца
5 месяцев

410 Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется
мягкий зубной налет
налет курильщика
наддесневой зубной камень
поддесневой зубной камень

411 Выраженная боль при остром пульпите обусловлена
повышением температуры тела
изменением атмосферного давления
раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
понижением гидростатического давления в полости зуба

412 Острый герпетический стоматит дифференцируют с
аллергическим (медикаментозным) стоматитом
десквамативным глосситом
атрофическим кандидозом
гиперпластическим кандидозом

413 Первичная профилактика стоматологических заболеваний - это комплекс мер, направленных на
предупреждение возникновения стоматологических заболеваний
предупреждение возникновения осложнений имеющих заболеваний
восстановление утраченных в результате стоматологических заболеваний функций
определение стоматологической заболеваемости населения

414 Определите жалобы больного при хроническом простом пульпите
кровоточивость десен
образование пузырьков на слизистой вокруг зуба
увеличение регионарных лимфоузлов
продолжительные боли от раздражителей

415 Избыточное поступление в организм фтора приводит к

кариесу
рахиту
флюорозу
анемии

- 416 Проницаемость эмали повышается под воздействием
ремодента
ультрафиолетового света
зубного налета
глюконата кальция
- 417 Кариес цемента часто встречается в возрасте (в годах)
46 - 60
18 - 25
старше 60
26 - 45
- 418 Какие признаки характерны для гингивита?
отечность и покраснение десен
пузырьковые высыпания
неприятный запах изо рта
кровоточивость при еде и минимальном контакте
- 419 Какие признаки характерны для пародонтоза?
отечность и покраснение десен
оголение шеек зубов
рецессия (опущение) десен
кровоточивость десен при еде и минимальном контакте
- 420 Какие изменения в тканях пародонта характерны для пожилого возраста?
рецессия десневого края
отечность и покраснение десен

оголение корней зубов
кровоточивость десен при еде и минимальном контакте
- 421 Как оценивают состояние тканей пародонта?
визуальный осмотр
рентгенодиагностика
зондирование
ультразвуковая диагностика
- 1 Профессиональные болезни в общей врачебной практике
- 422 У рабочих какой профессиональной группы развивается силикоз?
сельскохозяйственных
граверов
маляров
проходчиков
- 423 Основной критерий диагностики силикоза
пылевой стаж
физикальные изменения

лабораторные изменения
наличие кашлевого синдрома
бронхоспастический синдром.

424 Частым осложнением пневмокониозов является
бронхоэктазы
туберкулез легких
пневмония
астма

425 Синдром, характеризующий начальные проявления вибрационной болезни,
называется
диэнцефальный
ангиодистонический
миастенический
радикулопатии

426 Для вибрационной болезни в отличие от болезни Рейно характерно
наличие ангиодистонического синдрома
наличие трофических нарушений
нарушение температурной чувствительности

нарушение вибрационной чувствительности

427 Какой неврологический синдром может встречаться при свинцовой
интоксикации
неврастенический
периферическая полиневропатия
вертебро-базиллярная недостаточность
эретизм

428 Неврологический синдром ртутной интоксикации называется
экстрапирамидный синдром
боковой амиотрофический склероз
эретизм
невральная амиотрофия

429 Ртутьорганические ядохимикаты - это
хлорофос
дихлофос
хлорпикрин
гранозан

430 При хронической интоксикации бензолом диагностическое значение имеет
исследование
периферической крови
крови на метгемоглобин
порфиринового обмена
крови на сульфгемоглобин

1 Акушерство и гинекология в общей врачебной практике

431 Критерий диагностики тяжелой преэклампсии

Диастолическое кровяное давление >100 мм рт.ст., систолическое кровяное давление >160 мм рт.ст. с протеинурией 300мг или больше

Диастолическое кровяное давление >90 мм рт.ст., систолическое кровяное давление >140 мм рт.ст.. С протеинурией 200мг или больше

Диастолическое кровяное давление >100 мм рт.ст., систолическое кровяное давление >160 мм рт.ст., без протеинурии

Диастолическое кровяное давление >90 мм рт.ст., систолическое кровяное давление >140 мм рт.ст., без протеинурии

432 Влагалищное исследование в первом периоде физиологически протекающих родов проводится каждые

30 минут

2 часа

4 часа

6 часов

433 Сердцебиение плода в процессе родов выслушивается каждые

60 минут

4 часа

2 часа

30 минут

434 Позиция женщины в первом периоде физиологических родов:

стоять

положение по желанию женщины

сидеть

лежать на спине

435 До какого срока беременности при преждевременных родах следует проводить профилактику респираторного дистресс-синдрома новорожденных

до 28 недель

до 30 недель

до 32 недель

до 34 недель

436 Концентрация и хорионического гонадотропина как маркера беременности увеличивается до

7-8 недель

9-10 недель

11-12 недель

13-14 недель

437 При проведении двойного биохимического теста при пренатальном скрининге на генетическую патологию плода в сроки 16-21 неделя беременности исследуют

фолликулостимулирующий гормон и хорионический гонадотропин

альфафетальный протеин и пролактин

альфафетальный протеин и хорионический гонадотропин

плацентарный лактоген и альфафетальный протеин

438 Пренатальный биохимический скрининг в 1 триместре беременности проводится в сроки

8-10 недель

5-8 недель

10-14 недель

6-8 недель

439 Физиологический объем кровопотери в родах составляет до

400 мл

500 мл

600 мл

700 мл

440 Показание для проведения прицельной биопсии шейки матки

кисты наботовых желез

эктропион

истинная эрозия воспалительного генеза

цервикальная интраэпителиальная неоплазия

441 Каким будет ваше заключение при обнаружении у пациентки с помощью ультразвукового исследования щитовидной железы гипоехогенной структуры в левой доле диаметром 2 мм (объем щитовидной железы и уровни тиреоидных гормонов в норме)

эндемический зоб

узловой эутиреоидный зоб

практически здоров

солитарный узел левой доли щитовидной железы (показана пункционная биопсия узлового образования)

442 Морфологическая картина при атипической гиперплазии эндометрия наиболее сходна с

высокодифференцированным раком

железисто-кистозной гиперплазией

эндометриальным полипом

метроэндометритом

443 О наступлении менопаузы можно говорить после последней менструации через

6 месяцев

9 месяцев

12 месяцев

24 месяца

444 О снижении функции яичников в пременопаузе можно судить по такому раннему симптому как

изменения продолжительности менструального цикла

появление мочеполовых проблем

повышение массы тела

отсутствие беременности

445 Преэклампсия - это

системный воспалительный ответ на инфекционный процесс у беременной

специфический для беременности синдром, развивающийся после 20-й недели беременности, характеризующийся повышением АД, протеинурией и системными

проявлениями

судорожный синдром, связанный с заболеваниями мозга

судорожный синдром, не связанный с заболеваниями мозга, возникающий у женщин с преэклампсией

446 Высокие уровни ФСГ у женщин являются следствием
нарушения выделительной функции почек
гиперфункции надпочечников
опухоли гипофиза
снижения функции яичников

447 В каких случаях говорят о «привычном невынашивании»
2 и более самопроизвольных преждевременных прерываний беременности
3 и более преждевременных родов
1 самопроизвольный выкидыша анамнезе
2 неразвивающиеся беременности в анамнезе

448 Эклампсия - это
системный воспалительный ответ на инфекционный процесс у беременной
специфический для беременности синдром, развивающийся после 20-й недели
беременности, характеризующийся повышением АД, протеинурией и системными
проявлениями
судорожный синдром, связанный с заболеваниями мозга
судорожный синдром, не связанный с заболеваниями мозга, возникающий у женщин с
преэклампсией

449 Действие профилактической вакцины против рака шейки матки основано на
выработки иммунитета против стафилококка
выработки иммунитета против 16 и 18 типов вируса папилломы человека
ускорении заживления эрозии шейки матки
выработки иммунитета против цитомегаловируса

450 Для диагностики пневмонии у беременной женщины предпочтительно
назначить
определение функции внешнего дыхания
рентгенографию органов грудной клетки
компьютерную томографию органов грудной клетки
ультразвуковое исследование плевральных полостей

451 У повторно беременной при сроке беременности 28 недель обнаружены отеки
на голенях, передней брюшной стенке, АД 160/100 мм рт.ст., 170/100 мм рт.ст., белок в моче -
0,66 гл. Поставьте диагноз
гипертоническая болезнь
преэклампсия легкой степени
преэклампсия средней степени
преэклампсия тяжелой степени

452 У беременной при сроке 8-9 недель отмечается рвота до 22 раз в сутки, потеря
веса, гипотония, тахикардия 110 ударов в минуту, снижение диуреза, повышение
остаточного азота и креатина, наличие ацетона в моче (4+). Поставьте диагноз
рвота беременных, легкая форма

рвота беременных, средней степени тяжести
рвота беременных, тяжелая форма
пищевая токсикоинфекция

453 Провоцирующими факторами развития воспалительных заболеваний органов малого таза являются

ежедневное употребление в пищу кисломолочных продуктов
нерациональное применение антибактериальных препаратов
использование презерватива
купание в бассейне

454 Суточная потребность беременной в йоде

60 - 80 мкг
300 - 400 мкг
220 - 250 мкг
более 400 мкг

455 У женщины во время беременности выявлена экстрасистолия (желудочковая или суправентрикулярная). Какое положение верно?

в большинстве случаев наличие наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии требует медикаментозного лечения

из медикаментозных препаратов могут быть назначены селективные бета-адреноблокаторы

у большинства женщин выявление наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии во время беременности является противопоказанием к естественным родам

материнский риск при нечастой экстрасистолии оценивается как умеренно выраженный

456 Какой из перечисленных препаратов разрешен для лечения пневмонии у беременной женщины

джозамицин
klarитромицин

левофлоксацин
рокситромицин

457 Наиболее частой патологией щитовидной железы при беременности является

манифестный гипертиреоз
латентный гипертиреоз
скрытый гипотиреоз
манифестный гипотиреоз

458 Пациентка 25 лет, 1-я беременность, 10 недель. Беспокоит тошнота по утрам, плохой аппетит. Начала обследование, в крови Нв 120 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$. Направлена к врачу общей практики. При дообследовании сывороточное железо, ферритин снижены, коэффициент насыщения трансферрина железом соответствует нижней границе нормы. Сделайте заключение

предлатентный дефицит железа
латентный дефицит железа
манифестный дефицит железа
скрытая анемия

459 Пациентка 28 лет, 1-я беременность, 8 недель. Начала обследование, в крови выявлена гликемия 6,2 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6,0%. Ранее диабета не было, наследственность не отягощена. Сделайте заключение

- норма
- нарушение толерантности к углеводам
- манифестный диабет
- гестационный диабет

460 Какие утверждения относительно назначения препарата метилдопа беременным верны?

метилдопа в большинстве стран мира - препарат первой линии при лечении АГ у беременных, по классификации FDA относится к классу В

по данным клинических исследований, в ходе лечения метилдопой остаются стабильными маточноплацентарный кровоток и гемодинамика плода, снижается перинатальная смертность

выбор метилдопы как препарата первой линии при лечении АГ беременных основан на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего безопасность препарата для матери, плода и новорожденного

метилдопа обладает хорошей переносимостью у беременных: побочные явления возникают редко и имеют преходящий характер

461 Какие утверждения относительно измерения АД у беременных верны?
определение АД проводят дважды с интервалом не менее 3-5 мин

однократного повышение АД $>140/90$ мм рт.ст. на обеих руках достаточно для постановки диагноза «артериальная гипертензия» у беременной, поскольку в первой половине беременности происходит физиологическое снижение АД

измерение АД осуществляют в положении беременной сидя или лежа на левом боку с использованием манжетки соответствующего размера, плотно прилегающей к коже руки и находящейся на уровне сердца

измерение АД следует проводить после 10-минутного отдыха, а в течение предшествующего часа женщина не должна выполнять тяжелую физическую нагрузку

462 Женщина, 33 года, беременность 28 недель. В 26 недель диагностирована гестационная артериальная гипертензия (АГ). Даны рекомендации относительно немедикаментозной терапии АГ. Какие из перечисленных ниже рекомендаций относительно немедикаментозной терапии у беременных с АГ верны?

рекомендованы аэробные физические упражнения, прогулки на свежем воздухе. Рекомендуется назначение витаминно-минеральных комплексов для беременных

в случае тяжелой АГ рекомендуется постельный режим на левом боку

при АГ, особенно при преэклампсии, необходимо строгое ограничение соли ($<1,5$ г/сут)

при умеренно выраженной преэклампсии постельный режим не обязателен

463 Какие утверждения относительно применения р-адреноблокаторов (БАБ) при беременности верны?

БАБ при лечении АГ беременных приводят к увеличению частоты развития респираторного дистресс- синдрома у новорожденных

БАБ не приводят к развитию ортостатической гипотензии

БАБ эффективны и безопасны в качестве антигипертензивной терапии АГ у беременных

не отмечено неблагоприятных влияний БАБ на плод, а также на состояние здоровья,

рост и развитие детей в течение первых 18 месяцев жизни

- 1 Хирургические болезни и основы травматологии в общей врачебной практике
- 464 Относительным противопоказанием к плановой эзофагогастродуоденоскопии является
- психические заболевания
 - кардиоспазм 3 стадии
 - воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
 - варикозное расширение вен пищевода 4 степени
- 465 Абсолютным противопоказанием к экстренной эзофагогастродуоденоскопии является
- инфаркт миокарда в острой стадии
 - психические заболевания
 - перфорация пищевода
 - химический ожог пищевода
- 466 Ограничением к выполнению колоноскопии может быть
- анемия
 - рак яичника
 - полипы желудка
 - спаечная болезнь органов брюшной полости
- 467 Показанием к колоноскопии является
- кишечное кровотечение
 - желудочное кровотечение
 - кишечная непроходимость
 - рентгенологическое подозрение на рак толстой кишки
- 468 Показанием к проведению бронхофиброскопии является
- профузное легочное кровотечение
 - астматический статус
 - подозрение на рак легкого
 - инородное тело легкого
- 469 При бронхоскопии возможно диагностировать
- бронхоэктатическую болезнь
 - интерстициальную пневмонию
 - неосложненную кисту легкого
 - центральный рак легкого
- 470 Наиболее частое осложнение аксиальной хиатальной грыжи - это
- рефлюкс-эзофагит
 - ущемление
 - перфорация
 - малигнизация
- 471 Оптимальным методом диагностики при аксиальной хиатальной грыже является
- рентгенография пищевода
 - манометрия пищевода

морфологическое исследование биопсии слизистой пищевода
эндоскопическая ультрасонография

- 472 Наиболее частая причина острого панкреатита у женщин - это
беременность
патология желчного пузыря
злоупотребление алкоголем
травма живота
- 473 Причинами развития острого гастрита являются
прием лекарств и рефлюкс желчи
рефлюкс желчи и стрессовые ситуации
острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки
стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств
- 474 Основной причиной развития хронического антрального гастрита является
алкоголь
авитаминозы
инфицирование слизистой оболочки *Helicobacter pylori*
рефлюкс дуоденального содержимого
- 475 Запор - задержка акта дефекации более чем на
24 часа
32 часа
40 часов
48 часов
72 часа
- 476 Дивертикулы наиболее часто встречаются в
поперечно-ободочной кишке
сигмовидной кишке
восходящей кишке
нисходящей кишке
- 477 Наиболее частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является
дивертикулит
перфорация дивертикула
толстокишечная непроходимость
заворот сигмовидной кишки
- 478 Больной 53 лет страдает стенокардией напряжения. На коронарограммах
сегментарный стеноз (около 70% просвета) передней межжелудочковой артерии. Больной
может работать, но 2-3 раза в день возникают боли в сердце. Ваша тактика
усиливать медикаментозную терапию
рекомендовать санаторное лечение
рекомендовать незамедлительное оперативное лечение
рекомендовать оперативное лечение после стационарного терапевтического лечения
- 479 Наиболее частая причина эмболии артерий большого круга кровообращения
ишемическая болезнь сердца

атеросклероз дуги аорты
аневризма аорты
артерио-венозные свищи

480 При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является

только консервативное лечение
реконструктивная сосудистая операция
первичная ампутация нижней конечности
микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

481 Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать

контрастную рентгеноскопию желудка
фиброгастродуоденоскопию
анализ желудочного сока на скрытую кровь
анализ кала на скрытую кровь

482 Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

злоупотребление алкоголем
травма живота
применение кортикостероидов
хронический холецистит

483 Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается с
острым холециститом
злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
желчнокаменной болезнью
раком желчного пузыря

484 Постоянный симптомом внепеченочной портальной гипертензии это
спленомегалия
интермитирующая лихорадка
общая слабость
кровоточивость слизистой оболочки носа

485 Болевой симптом при остром аппендиците называется симптом

Пастернацкого
Бабинского
Мерфи
Образцова

486 Характер и локализация боли при перфорации язвы желудка
постоянная, сильная, в правой подвздошной области
постоянная, резкая, в правом подреберье
опоясывающая, тупого характера
«кинжальная», в эпигастрии

487 Симптом «острого живота» - это

положительный симптом Ортнера
положительный симптом Мерфи
асцит
положительный симптом Щеткина-Блюмберга

488 Отёк при остром тромбозе глубоких вен появляется
внезапно
постепенно
поражает одну конечность
распространяется на голень и бедро

489 При варикозной болезни нижних конечностей характерно
появление отёка во второй половине дня, ближе к вечеру
локализация отёка в окологолыщечной зоне и нижней трети голени
исчезновение отёка после ночного отдыха
двустороннее поражение

490 В основе синдрома хронической венозной недостаточности лежат следующие
заболевания
варикозная болезнь
артериальная гипертензия
посттромбофлебитическая болезнь
остеоартрит

491 Основные причины развития хронической венозной недостаточности
ожирение и избыточная масса тела
малоподвижный образ жизни
применение гормональных препаратов

частые падения

492 Клинические проявления хронической венозной недостаточности
варикозное расширение поверхностных вен
ощущения тяжести и повышенной утомляемости в ногах, нарастающие к вечеру
ощущения тяжести и повышенной утомляемости в ногах по утрам
ночные судороги, парестезии в конечностях не типичны

493 Профилактические мероприятия при хронической венозной недостаточности
использование в дневное время компрессии с помощью эластичных бинтов и
специального белья
сухое тепло на область варикозно-расширенных вен
придание ногам возвышенного положения
локальная гипотермия по ходу тромбированной вены

494 Заболевания, сопутствующие хронической венозной недостаточности
ревматоидный артрит и системная красная волчанка
пролапс митрального клапана и дилатационная кардиомиопатия
нефроптоз и пиелонефрит
миопия

495 Факторы риска развития хронической венозной недостаточности
молодой возраст и женский пол

длительные ортостатические нагрузки
мужской пол и пожилой возраст
плоскостопие

496 Правила наложения эластичных бинтов на нижние конечности для профилактики тромбозов легочной артерии
в день хирургического вмешательства нижние конечности бинтуют эластичными бинтами не менее чем за 1,0-1,5 часа до операции
бинтование выполняют утром до подъема пациента с постели
бинтование выполняют утром после подъема пациента с постели
повязку накладывают при тыльном сгибании стопы

497 Мероприятия профилактики тромбозов легочной артерии в послеоперационном периоде включают следующее
приподнять ножной конец кровати
приподнять головной конец кровати
не допускать позы пациента с согнутыми коленями, скрещенными ногами

каждые 2 часа в течение 5 минут выполнять пассивные движения в голеностопных суставах

1 Болезни детей и подростков в общей врачебной практике

498 Дети-инвалиды относятся к группе здоровья

2

3

4

5

499 Пик головной боли напряжения приходится на возрастной период
младший школьный
юношеский
подростковый
старший дошкольный

500 Ученик, относящийся к подготовительной медицинской группе, может выполнять упражнения

в полном объеме, принимать участие в соревнованиях

в сокращенном объеме с меньшей амплитудой, но не принимать участие в соревнованиях

в сокращенном объеме с меньшей амплитудой, принимать участие в соревнованиях и сдавать нормативы с разрешения врача

в сокращенном объеме с меньшей амплитудой и сдавать нормативы, но не принимать участие в соревнованиях

501 После менархе менструальный цикл может быть нерегулярным в течение

1 года

2 лет

3 лет

полугода

502 Сколько групп медицинского физического воспитания выделяют у детей?

2

- 3
4
5
- 503 Сколько групп здоровья выделяют в детском возрасте?
2
3
4
5
- 504 В Российской Федерации подростки - это лица в возрасте
до 17 лет 11 месяцев 29 дней
до 13 лет 11 месяцев 29 дней
до 21 года
до 25 лет
- 505 К основной медицинской группе физического воспитания относят детей из групп здоровья
1
3
1 и частично 2
2 и частично 3
- 506 Признаками девиантного поведения являются
эксцентричность
возрастно-половое своеобразие
чужачества
социальная дезадаптация
- 507 Потребность в белке (г\кг) при естественном вскармливании у ребенка
2,1-2,5
2,6-3,0
3,6-4,0
4,1-5,0
- 508 Активная иммунизация против кори проводится
гамма-глобулином
анатоксином
живой вирусной вакциной
инактивированной вирусной вакциной
- 509 Облитерирующий бронхолит развивается при
аденовирусной инфекции
кори
коклюше
респираторно-синтициальной инфекции
- 510 Ведущий клинический симптом обструктивного бронхита у детей - это
боль в грудной клетке
лихорадка

одышка
слабость

511 Красноовато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии
интерстициальной
очаговой
сегментарной
крупозной

512 В этиологии внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет
ведущее значение имеет
пневмококк
пиогенный стрептококк
стафилококк
клебсиелла

513 Экспираторная одышка встречается при
бронхит
бронхиальная астма
заглоточный абсцесс
инородное тело бронхов

514 Незаращение овального окна считается пороком с
момента рождения
1 месяца жизни
6 месяцев жизни
1 года жизни

515 Для скрининг-диагностики желчнокаменной болезни у детей используют
следующие методы инструментальной диагностики
ультразвуковое исследование органов брюшной полости
гепатобилисцинтиграфию
магнитно-резонансная томографию
обзорный рентгенологический снимок брюшной полости

516 Клинические проявления эзофагита у детей
боли за грудиной
жидкий стул

запоры
тошнота

517 Наиболее частое осложнение язвенной болезни у детей
кровотечение
перфорация
пенетрация в поджелудочную железу
малигнизация

518 Инкубационный период при вирусном гепатите В у детей (в днях)
1-10
10-45
60-180

180-360

- 519 Госпитализации подлежат дети, больные дизентерией в форме
стертой
диспепсической
легкой
среднетяжелой
- 520 Стул в виде "болотной тины" у детей характерен для
дизентерии
этерихилоза
сальмонеллеза
энтеровирусной инфекции
- 521 Конъюнктивиты, вовлечение лимфатической системы характерно для
аденовирусной инфекции
гриппа
риновирусной инфекции
респираторно-синцитиальной инфекции
- 522 Полиморфизм сыпи (пятно, папула, везикула) характерен для
кори
краснухи
ветряной оспы
скарлатины
- 523 Геморрагическая сыпь звездчатой формы, слегка возвышающаяся над уровнем
кожи, характерна для
кори
краснухи
скарлатины
менингококковой инфекции
- 524 Локализация пятен Бельского-Филатова-Коплика у детей - это
лицо
туловище
конечности
слизистая оболочка щек
- 525 Показатель эффективности оздоровления часто болеющих детей
рассчитывается по следующей формуле
$$\frac{\text{число детей, снятых с учета по выздоровлении} / \text{общее число детей, получивших оздоровление} \times 100\%}{\text{общее число детей, получивших оздоровление} - \text{число детей, снятых с учета по выздоровлении}} / \text{общее число детей, получивших оздоровление}$$

общее число детей, получивших оздоровление / число детей, снятых с учета по выздоровлении
сумма случаев ОРВИ за год / возраст ребенка
- 526 Основные учреждения в вопросах формирования здорового образа жизни на индивидуальном уровне

детские поликлиники
детские образовательные учреждения
центры здоровья для детей
детские поликлиники и детские образовательные учреждения

527 Ведущий фактор, препятствующий ведению здорового образа жизни среди школьников

нарушение режима дня
нарушение режима питания
низкая личная мотивация
интенсивная учебная нагрузка

528 Признаки психологического неблагополучия ребенка

страшные сны, ночные кошмары
задержки в психическом развитии
детская шизофрения
нарушения поведения

529 Социально-психологическим факторам неблагополучия являются злоупотребление одним или обоими родителями алкоголем, наркотиками

возраст матери до 18 или старше 40 лет
курение
неблагополучный психологический климат

530 Социопатическая семья характеризуется

многодетностью
криминогенным поведением родителей
большой разницей в возрасте у родителей
большой разницей в возрасте у детей

531 Статья Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», в которой дано определение контингенту детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

статья 1
статья 2
статья 3
статья 5

532 Ревакцинация против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в возрасте

12 месяцев
18 месяцев
5 лет
6 лет

533 Первая ревакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита проводится в возрасте

12 месяцев
18 месяцев
5 лет
6 лет

- 534 Назовите способ введения вакцины против туберкулеза
подкожно
внутрикожно
внутримышечно
внутривенно
- 535 Как оценить тяжесть поствакцинальной реакции при подъеме температуры у ребенка до 38,80
слабая
средняя
выраженная

критичная
- 536 Осмотр ребенка в центре здоровья относится к профилактике
первичной
вторичной
третичной
- 537 Кто, по вашему мнению, может обратиться в центр здоровья для детей
дети с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний
дети III группы здоровья
дети I и II группы здоровья
подростки, имеющие вредные привычки (курение, алкоголь)
- 538 Ребенок в возрасте 6 лет относится к группе часто болеющих, если у него отмечалось
3 и более случаев ОРВИ за год
4 и более случаев ОРВИ за год
5 и более случаев ОРВИ за год
6 и более случаев ОРВИ за год
- 539 Ведущая патология у часто и длительно болеющих детей - это
аллергопатология
заболевания дыхательной системы
патология лор-органов
болезни нервной системы
- 540 Симптомокомплекс, наиболее характерный для цистита у детей включает
гипертермию, рвоту, недержание мочи
дизурию, макрогематурию, положительный симптом Пастернацкого
рвоту, боли в животе, дизурию
боль в надлобковой области, дизурию, терминальную макрогематурию, лейкоцитурию
- 541 Диспансерное наблюдение за детьми, относящимися к группе «часто болеющие дети» обязательно включает осмотр
педиатра
гастроэнтеролога
лор-врача
аллерголога и пульмонолога

- 542 Показатели здоровья детского населения - это
уровень общей заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни
показатель младенческой смертности
уровень детской инвалидности
уровень хронической заболеваемости
- 543 Основные направления диспансеризации детей
проведение санитарно-просветительской работы
выявление функциональных нарушений на ранней стадии
выявление заболеваний на обратимой стадии
выявление и оценка факторов риска развитию хронических неинфекционных заболеваний у детей
- 544 Новые технологии профилактики способствуют
выявлению заболеваний на ранней стадии
формированию групп риска по развитию хронических неинфекционных заболеваний у детей
повышению доступности специализированной помощи
обеспечению медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка
- 545 Формы жестокого обращения с детьми
физическое насилие
контроль обучения (оценки в школе)
сексуальное насилие
психологическое насилие
- 546 Пренебрежение нуждами ребенка включает
отказ от грудного вскармливания ребенка старше 1 года
отсутствие спального места, соответствующего возрасту ребенка
кормление пищей, не соответствующей возрасту
несоответствие одежды ребенка погодным условиям
- 547 Факторы, влияющие на здоровье детей и их значимость в процентах
образ жизни
генетические факторы
экологические факторы
здоровье родителей
- 548 Основные задачи кабинета здорового ребенка детской поликлиники
пропаганда здорового образа жизни в семье
выявление факторов риска неинфекционных заболеваний
проведение школ здоровья
санитарное просвещение родителей в вопросах гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии
- 549 Приоритетные направления действий в отношении детского населения (ВОЗ)
обеспечение питанием
предотвращение травм и насилия
проведение аудиологического скрининга

сохранение и укрепление здоровья подростков

550 Основные направления информатизации здравоохранения

введение электронной медицинской карты

национальный регистр врачей

оснащение медицинских учреждений медицинским оборудованием

интернет-обеспечение офисов семейного врача

1 Болезни уха, горла, носа в общей врачебной практике

551 Ниши в ткани небных миндалин называются

крипты

фолликулы

трабекулы

лимфо-эпителиальная выстилка

552 Дополнительная лимфоидная ткань небной миндалины, способствующая рецидиву тонзиллита после тонзиллэктомии, расположена в

задней стенке глотки

передней дужке

корне языка

толще мягкого неба

553 Самое крупное скопление лимфоидной ткани в ротоглотке

небные миндалины

язычная миндалина

глоточная миндалина

лимфаденоидная ткань края надгортанника

554 При носовом кровотечении больному придают

сидячее положение с наклоненной вниз головой

горизонтальное положение

сидячее положение с запрокинутой назад головой

сидячее положение головы с ровным положением головы

555 Ангины, наиболее часто встречающиеся в повседневной практике врача

банальные

атипичные

гнойные

грибковые ангины

556 Возбудитель ангин, требующий экстренной терапии препаратами пенициллинового ряда

бета-гемолитический стрептококк группы А

палочка Леффлера

коронавирус

грибы (кандида, аспергиллюс)

557 Какие из перечисленных возбудителей являются причиной фарингомикоза

аспергиллюс

палочка Леффлера

стафилококки

- спирохета
- 558 Путь распространения инфекционного процесса в околоносовые пазухи
одонтогенный
риногенный
гематогенный
лимфогенный
- 559 Местное осложнение тонзиллита
синусит
отит
паратонзиллит
ринит
- 560 Операция по удалению глоточной миндалины называется
аденотомия
ларингэктомия
тонзиллотомия
ларингофиссура
- 561 Неинфекционной причиной ринита является

инсоляция
физическая нагрузка
гиподимнамия
гастро-эзофагеальный рефлюкс
- 562 Наиболее опасное осложнение фурункула носа
реактивный отек мягких тканей носа
тромбоз кавернозного синуса
тромбоз лицевых вен
образование свищевого хода
- 563 Характерный симптом паратонзиллярного абсцесса
спазм грудино-ключично-сосцевидной мышцы на стороне абсцесса
спазм аккомодации
спазм жевательной мускулатуры
спазм грудино-ключично-сосцевидной мышцы на стороне противоположной абсцессу
- 564 Характер головной боли при отогенных абсцессах мозга и мозжечка
интенсивная, локализованная, приступообразная
диффузная, интенсивная, распирающая
отсутствует
иррадиирующая в глотку
- 565 Основную роль в дифференциальной диагностике ангины и дифтерии глотки играет
данные клинического анализа крови
бактериологическое исследование налетов в ротоглотке
данные мезофарингоскопии
данные анамнеза заболевания

- 566 Флегмонозная ангина характеризуется наличием
паратонзиллярного абсцесса
парафарингита
интратонзиллярного абсцесса
паратонзиллита
- 567 Метод консервативного лечения вазомоторного ринит
использование топических кортикостероидов
использование сосудосуживающих капель
эндоназальное ультрафиолетовое облучение

использование местных антисептиков
- 568 Наиболее характерный симптом вазомоторного ринита
зуд в носу
обильная ринорея
попеременная заложенность носа
затруднение носового дыхания
- 569 Метод выявления острого среднего отита
отоскопия
компьютерная томография височных костей
отопневмоскопия
акустическая импедансометрия
- 570 Жалобы при экссудативном среднем отите
чувство переливания жидкости
оталгия
головокружение
аутофония
- 571 Показанием к назначению антибиотиков при остром ларингите являются
инфильтративная, абсцедирующая и флегмонозная форма ларингита
катаральный ларингит длительностью 5 дней
катаральный ларингит на фоне ОРВИ
катаральный ларингит длительностью 5 дней
- 572 Ингаляциях больному с затянувшимся течением острого ларингита
антисептики, кортикостероиды, минеральную воду
антибиотики
антимикотики
растительные смеси
- 573 Предпочтительный метод лечения острого неосложненного катарального ларингита
антибактериальная терапия
антигистаминные препараты
ингаляционная терапия
муколитическая терапия
- 574 Осложнение флегмонозного ларингита

кровотечение
стеноз гортани
пахидермия межчерпаловидной области
дивертикул шейного отдела пищевода

575 Типичный симптомом повреждения гортани - это
дисфония
аутофония
изжога
гипотония

576 Кровотечения из полости носа наиболее часто возникают из
нижней носовой раковины
костного отдела перегородки носа
хрящевого отдела перегородки носа
пещеристых венозных сплетений

577 Коникотомия - это рассечение связки
щитоперстневидной
трахеоперстневидной
щитоподъязычно й
трахеоперстневидной и щитоподъязычной

578 Образования, представленные гипертрофией слизистой оболочки и
расположенные в полости носа или в околоносовых пазухах, называются
хондромами
фибромами
полипами
липомами

579 Опасные для жизни осложнения чаще наблюдаются при следующих формах
хронического гнойного среднего отита
эпитимпанит
эпимезотимпанит
мезотимпанит
сухой перфоративный отит

580 При продувании слуховых труб при хроническом катаральном среднем отите
слух
улучшается

ухудшается
не меняется

581 Шепотная речь воспринимается нормально слышащим ухом с расстояния
1 м
2 м
4 м
6 м

582 Лечение больного с обострением хронического среднего отита целесообразно
начинать с

парентерального применения антибиотиков
местной антибактериальной терапии
УВЧ терапии
эндаурального электрофореза

- 583 Ограничение подвижности барабанной перепонки наблюдается при
отосклерозе
адгезивном среднем отите
кохлеарном неврите
мастоидите
- 584 Слуховой рецептор (кортиева орган) расположен на
наружной стенке улитки
основной мембране
сосудистой полоске
покровной мембране
- 585 Измерение восприятия звука через кость называется опытом
Ринне
Желле
Бинга
Швабаха
- 586 Феномен ускоренного нарастания громкости характерен для
отосклероза
невриномы VIII нерва
болезни Меньера
экссудативного среднего отита
- 587 Важным признаком инородного тела трахеи
симптом баллотирования, выслушиваемый фонендоскопом
боль в ухе
кашель
парез лицевого нерва
- 588 Наиболее типичная локализация доброкачественных опухолей гортани
истинные голосовые складки
ложные голосовые складки
гортаноглотка
подскладковое пространство
- 589 Для грибкового ларингита характерно
постепенное начало заболевания, часто рецидивирующее течение
острое начало заболевания, стремительное развитие симптомов
быстрый регресс симптомов
длительность заболевания 7-10 дней
- 590 Перечислите функции небных миндалин
кровообразующая
иммунная
элиминационная

дыхательная

- 591 Местные признаки хронического тонзиллита
признак Преображенского
субфебрилитет
признак Гизе
признак Зака
- 592 Симптомы третьей стадии острого ринита
умеренная отечность носовых раковин
слизистая оболочка гиперемирована, с цианотическим оттенком
обильная ринорея
корки в полости носа
- 593 Виды хронического ринита
некротический
катаральный
- атрофический
вазомоторный
- 594 Типичные симптомы хронического катарального ринита
застойная гиперемия и отечность слизистой оболочки носовых раковин
скудное слизистое отделяемое
гнойное отделяемое
слизистая оболочка хорошо сокращается при анемизации
- 595 Причины атрофического ринита
аллергия
климатические и производственные факторы
частые ОРВИ
травмы и хирургические вмешательства
- 596 Перечислите симптомы Озены
выраженная сухость слизистой оболочки
большое количество корок
зуд в полости носа и чихание
зловонный запах из полости носа
- 597 Способы лечения аллергического ринита
исключение аллергена
тонзиллэктомия
неспецифическая противоаллергическая терапия
специфическая иммунотерапия
- 598 К термину «синуситы» относят
ринофарингит
гайморит
фронтит
сфеноидит
- 599 Лечение синусита направлено на

элиминацию гнойного очага в пазухе
промывание лакун небных миндалин
нормализацию функций мукоцилиарного клиренса
восстановление носового дыхания

600 Предрасполагающие факторы развития хронического синусита
деформация перегородки носа
полипоз носа
гипертрофический ринит
хронический тонзиллит

601 Типы хронического синусита
тонзиллогенный
риногенный
одонтогенный
грибковый

602 Осложнения хронического синусита
флегмона орбиты
полиартрит
риногенный менингит
риногенный сепсис

603 Перечислите симптомы одонтогенного гайморита
боли в лобной области
выделения из одной половины носа, зловонные
свищевой ход в альвеолярном отростке
латентное течение

1 Болезни глаз в общей врачебной практике

604 При миопии фокус оптической системы глаза находится
на сетчатке
перед сетчаткой
в мнимом фокусе
за сетчаткой

605 Астигматизм - это
вид клинической рефракции
разница в рефракциях глаза по основным меридианам
разница в рефракциях обоих глаз
слабая рефракция

606 Причиной развития «застойного диска» зрительного нерва являются
повышение внутриглазного давления

повышение внутричерепного давления
повышение артериального давления
снижение артериального давления

607 Генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза преобладают при

стафилококковых поражениях
системных заболеваниях соединительной ткани
токсоплазмозе
вирусных заболеваниях

608 Формами клинического проявления диабетической ангиоретинопатии являются «сухая» или дегенеративная геморрагическая «влажная» или транссудативная воспалительная

609 Симптом салюса развивается при гипертонической болезни сахарном диабете заболеваниях иммунной системы заболеваниях крови

610 Наиболее частым симптомом побочного эффекта медикаментозной терапии со стороны глаз является кератит синдром сухого глаза конъюнктивит катаракта

611 Наружный ячмень - это воспаление края века воспаление мейбомиевой железы воспаление слезной железы воспаление волосяного фолликула

612 При халазионе века необходимо электрофорез ввести кеналог в патологический очаг или провести хирургическое лечение инстилляцией дезинфицирующих капель гидрокортизоновая мазь

613 Для кератитов характерно повышенное внутриглазное давление снижение тактильной чувствительности роговицы снижение внутриглазного давления васкуляризация роговицы

614 Перечислите возможные исходы кератита бельмо роговицы дегенерации макулы сетчатки васкуляризации роговицы язвы роговицы

615 Общее в течение первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва

увеличение пигментации угла передней камеры
выбухание прикорневой части радужки

616 Острый приступ глаукомы нужно дифференцировать с
катарактой
хориоретинитом
иридоциклитом
кератитом

617 Основным методом лечения катаракты является
консервативная терапия
оперативное лечение с помощью ультразвука
лазерное лечение
физиотерапевтическое лечение

618 Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению
катаракт является
зрелая катаракта
невозможность выполнения больным своей обычной работы
передняя катаракта без гипертензии
сублюксация мутного хрусталика

619 Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоциклита должна
оперироваться
по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки

через 3-7 дней после травмы
через 2-4 недели после травмы
через 8-12 месяцев после травмы
лучше решать вопрос в каждом случае индивидуально

620 Наиболее часто из перечисленного у больных сахарным диабетом возникает
ячмень
халазион, блефарит
экзема кожи век
ксантомы век

621 Основной метод лечения диабетической ретинопатии
прием таблетированных сахароснижающих препаратов
лазеркоагуляция сетчатки
интравитреальные инъекции люцентиса
физиотерапевтические методы

622 При глаукоме внутриглазное давление
перикорнеальная
более 26 мм рт.ст.
24-26 мм рт.ст.
10-12 мм рт.ст.
менее 10 мм рт.ст.

623 Лечение бактериальных конъюнктивитов включает назначение
антибактериальных препаратов в виде капель

инстилляцию глюкокортикостероидов
инстилляцию противовирусных препаратов
инстилляцию витаминов

624 Неотложная помощь при флегмоне орбиты
местно кортикостероиды
вскрытие и дренирование орбиты
динамическое наблюдение
местно - антибактериальные препараты

625 При оптических невритах наблюдается
резкое снижение зрения, гиперемия и отек диска зрительного нерва? кровоизлияния в
сетчатку и зрительный нерв

светобоязнь, слезотечения, атрофия диска зрительного нерва
отсутствие снижения зрения, нарушение подвижности глазного яблока
покраснение глазного яблока, птоз, неизмененный диск зрительного нерва,
сохраненное зрение

626 При неврите зрительного нерва цвет диска
гиперемирован
бледный
восковидный
серый

627 Перикорнеальная инъекция свидетельствует о
повышенном внутриглазном давлении
воспалении сосудистого тракта (ирите)
поражении слезопродуцирующих органов
внутриглазном инородном теле

628 У взрослого человека внутриглазное давление в норме не должно превышать
12-15 мм рт.ст.
15-20 мм рт.ст.
20-23 мм рт.ст.
24-26 мм рт.ст.

629 Стадия глаукомы оценивается по показателю
острота зрения
состоянию поля зрения
отношению экскавации к диску зрительного нерва
по величине легкости оттока

630 Внутриглазная жидкость образуется
эпителием отростков цилиарного тела
эндотелием радужки
плоской частью цилиарного тела
слезной железой

631 Для бактериальных конъюнктивитов характерно сочетание признаков
чувство инородного тела и песка в глазу; гнойные корочки на веках; конъюнктивита
ярко - красного бархатистого цвета, отечная; обильное гнойное отделяемое

незначительное покраснение конъюнктивы, слизисто-гнойное отделяемое, в конъюнктиве имеются единичные кровоизлияния

зуд в области глазного яблока, конъюнктивита гиперемирована, в толще конъюнктивы имеются фолликулы, на периферии роговицы помутнения

жалобы на ухудшения зрения, светобоязнь, на роговице имеются помутнения

Слизистое отделяемое из конъюнктивы, опухание лимфатических узлов, множественные кровоизлияния под конъюнктивой

632 Для застойного диска характерно сочетание признаков

высокая острота зрения, диск зрительного нерва с нечеткими границами, гиперемирован, проминирует в стекловидное тело, вены полнокровны

низкая острота зрения, границы диска зрительного нерва четкие, диск зрительного нерва бледный

низкая острота зрения, диск зрительного нерва гиперемирован, полосчатые кровоизлияния

друзы диска зрительного нерва, повышение внутриглазного давления

633 Причинами хронического конъюнктивита могут быть

нарушение обмена веществ

повышение внутриглазного давления

длительно действующие внешние раздражители (пыль, дым, химические примеси в воздухе)

миопия

634 Грибковому поражению глаз способствует

длительная антибиотикотерапия

лечение стероидами

нарушение обмена веществ

лечение противовирусными препаратами

635 При аллергическом конъюнктивите

повышается внутриглазное давление

нарушается отток внутриглазной жидкости

возникает интенсивный зуд

эффективны инстилляциии стероидов

636 При аденовирусной инфекции глаза

конъюнктивит является фолликулярным

поражение может быть односторонним

нарушается отток внутриглазной жидкости

возникает интенсивный зуд

637 Глаукома характеризуется

повышением внутриглазного давления

нарушением оттока внутриглазной жидкости

развитием экскавации зрительного нерва

нарушением полей зрения

1 Экстренная и неотложная помощь с общей врачебной практике

638 Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является

отсутствие самостоятельного дыхания
асистолия на электрокардиограмме
неопределяемое артериальное давление
отсутствие пульса на сонных артериях

639 Сколько минут составляет продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при нормальных условиях?

1 минуту
3 минуты
5 минут
15 минут

640 При потере сознания у пациента, в первую очередь, целесообразно проверить
пульс на сонных артериях
реакцию зрачков на свет
наличие самостоятельного дыхания
пульс на лучевой артерии

641 При остановке кровообращения максимальное расширение зрачков проявляется

через 30-60 секунд
мгновенно
через 5-10 секунд
через 15-20 секунд

642 Для констатации биологической смерти через 30 минут проведения сердечно-легочной реанимации достаточно

отсутствия спонтанной пульсации на сонных артериях
регистрации фибрилляции желудочков
положительного симптома «кошачьего зрачка»
регистрации асистолии

643 Критерием диагностики биологической смерти через 2-4 часа после остановки кровообращения является

наличие пятен Лярге

положительный симптом «кошачьего зрачка»
трупное окоченение
анизокория

644 Ранним признаком острой дыхательной недостаточности является

одышка
угнетение сознания
акроцианоз
брадикардия

645 Шоковый индекс Аллговера определяется

отношением частоты пульса к систолическому артериальному давлению
отношением частоты пульса к диастолическому артериальному давлению
разницей между систолическим и диастолическим давлением
разницей между частотой пульса и дыхания

- 646 В норме шоковый индекс Аллговера равен
менее 0,5
1,0-1,2
0,5-0,7
1,5-2,0
- 647 Шоковый индекс Аллговера при острой кровопотере 20-25% объема циркулирующей крови равен
0,5
1
0,7
1,5
- 648 Гиповолемический шок нехарактерен при
миокардиальной недостаточности
анафилаксии
ожогах
острой кровопотере
- 649 При анафилактическом шоке больного следует уложить на бок, прижав ноги к животу
спину, приподняв и повернув голову на бок
спину, приподняв ноги и повернув голову набок
спину, приподняв ноги
- 650 При гипергликемической коме тонус глазных яблок при пальпации
снижен
не определяется
обычный
повышен
- 651 К ранним признакам биологической смерти относят
положительный симптом Белоглазова (симптом «кошачьего зрачка»)
отсутствие глазных и прочих рефлексов
прямую линию на ЭКГ
трупное окоченение
- 652 Подъем сегмента ST на ЭКГ в большинстве отведений характерен для
гипокалиемии
гиперкалиемии
острого перикардита
тромбоэмболии легочной артерии
- 653 Ранним ЭКГ-признаком гиперкалиемии является
уширение комплекса QRS
сглаженный зубец T
укороченный интервал PQ
высокий остроконечный зубец T
- 654 Боль в грудной клетке, развившаяся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерна для

тромбоэмболии легочной артерии
острого перикардита
расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода

655 Резкое повышение активности липазы и амилазы в сыворотке крови является лабораторным подтверждением диагноза

желчнокаменной болезни
острого панкреатита
сахарного диабета
жирового гепатоза

656 К осложнениям гипертонических кризов не относят

острую гипертоническую энцефалопатию, отек легких
инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
миокардит, перикардит
острое нарушение мозгового кровообращения

657 Осложнением гипертонического криза, при котором наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области является

острая сердечная недостаточность
инфаркт миокарда
острое нарушение мозгового кровообращения
острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты

658 Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на

тромбоэмболию легочной артерии
базальный плеврит
пролапс митрального клапана
грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

659 Иррадиация боли в спину наиболее характерна для

острого перикардита
разрыва пищевода
расслаивающей аневризмы аорты
тромбоэмболии легочной артерии

660 Сочетание боли в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

тромбоэмболии легочной артерии
гемотампонады сердца
острого инфаркта миокарда
напряженного пневмоторакса

661 Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

тромбоэмболию легочной артерии
инфаркт миокарда
расслаивающую аневризму аорты
кардиоспазм

662 Появление остро возникшей односторонней боли, связанной с актом дыхания, при астматическом статусе требует исключить в первую очередь

острый плеврит
межреберную невралгию
спонтанный пневмоторакс
тромбоэмболию легочной артерии

663 Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для недостаточности клапанов аорты митрального стеноза стеноза устья аорты недостаточности митрального клапана

664 Наличие высоких зубцов R в отведениях V1-2 и депрессии ST в отведениях V3-4, является признаком инфаркта миокарда локализации передне-перегородочной боковой задне-базальной задне -диафрагмально й

665 Задачей лечения кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является ввести кардиотоники, снизить сосудистое сопротивление нитратами, проводить поддерживающую инфузионную терапию увеличить венозный приток, увеличить периферическое сопротивление сосудов, ввести кардиотоники на фоне массивной инфузионной терапии ввести кардиотоники и нитраты ввести мочегонные, кардиотоники

666 Внезапная потеря сознания и отсутствие пульса при сохранении ЭКГ -сигналов характерна для разрыва сердца фибрилляции желудочков тромбоэмболии легочной артерии полной поперечной блокады

667 Инфаркт миокарда подтверждается при наличии на ЭКГ полной блокады правой ножки пучка Гиса полной блокады левой ножки пучка Гиса AV блокада 3 степени конкордантной элевации сегмента ST

668 Развитие у пациента с острым коронарным синдромом клинической картины фульминантного отека легких возможно при

инфаркте сосочковой мышцы
инфаркте правого желудочка
AV блокаде 2 степени
AV блокада 3 степени

669 Диагноз повторного инфаркта миокарда ставится после первого инфаркта

через сутки
через 48 часов
до 3 -х месяцев
через 28 суток и более

670 Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерным является исчезновение патологического зубца Q
сегмент ST на изолинии
положительный (всегда) зубец T
сужение зубца Q до 0,02 с

671 При суправентрикулярной тахикардии с абберантными желудочковыми комплексами отмечается
отсутствие зубца р
отрицательный зубец Р
удлинение интервала QT
уширение комплекса QRS

672 Для атриовентрикулярной блокады I степени характерным является удлинение интервала PQ
уширение зубца Р
выпадение отдельных комплексов QRS
наличие зубца Р после комплекса QRS

673 При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц-I регистрируют постоянный интервал RR, меняющийся интервал PQ, периодическое выпадение зубца Р
неодинаковые интервалы RR, меняющийся интервал PQ, постоянное наличие зубца р
разные интервалы RR, одинаковый интервал PQ, периодическое выпадение зубца Р
уширение зубца Р

674 Для атриовентрикулярной блокады II степени Мобитц-II характерным является постоянство интервалов PQ
постепенное удлинение интервала PQ
уширение комплекса QRS

постоянный интервал RR

675 Аритмичный пульс характерен для атриовентрикулярной блокады I степени
II степени типа Мобитц-I
II степени типа Мобитц-II вариант 2:1
III степени проксимальной

676 На ЭКГ: частота сердечных сокращений 40 в минуту, PQ 0,20, на два зубца Р приходится один комплекс QRS. Такая ЭКГ -картина характерна для атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц - II
атриовентрикулярной блокады III степени
синоаурикулярной блокады III степени
синдрома фредерика

677 Для полной атриовентрикулярной блокады характерным является

расширенный комплекс QRS
атриовентрикулярная диссоциация
удлинение интервала QT
удлинение интервала PQ

678 Синдром Фредерика характеризуется
мерцательной аритмией с полной блокадой ножки пучка Гиса
мерцательной аритмией с экстрасистолией типа бигеминии
синоаурикулярной блокадой
мерцательной аритмией с полной атриовентрикулярной блокадой

679 Систолическое дрожание во 2-ом межреберье справа от грудины наблюдается
при
стенозе устья аорты
недостаточности клапанов аорты
стенозе митрального клапана
недостаточности митрального клапана

680 Диастолическое дрожание у верхушки («кошачье мурлыканье») наблюдается
при
стенозе устья аорты
недостаточности митрального клапана
стенозе митрального отверстия
недостаточности трехстворчатого клапана

681 Для стеноза устья аорты наиболее характерными являются
боли в области сердца
общая слабость, акроцианоз
одышка, периферический цианоз
головокружение, обмороки

682 Основной причиной истинного кардиогенного шока является
механическое препятствие притоку крови к сердцу
снижение сократительной функции миокарда
повреждение клапанного аппарата
механическое препятствие оттоку крови от сердца

683 Наиболее точно о функции левого желудочка при кардиогенном шоке можно
судить по
центральному венозному давлению
давлению заклинивания в легочной артерии
«двойному произведению»
среднему артериальному давлению

684 Феномен электромеханической диссоциации характерен для
полной атриовентрикулярной блокады
фибрилляции желудочков
острой недостаточности митрального клапана
гемотампонады сердца

685 Приступы головокружения и обмороки при увеличении физической нагрузки

наиболее характерны для
митрального стеноза
недостаточности клапанов аорты
недостаточности митрального клапана
стеноза устья аорты

686 Диагноз гипертонического криза ставится в первую очередь на основании
клинической картины
стадии гипертонической болезни
величины диастолического АД
эффективности антигипертензивных средств

687 Артериальная гипертензия пароксизмального типа наблюдается при
феохромоцитоме
акромегалии

гипербилирубинемии
синдроме Иценко-Кушинга

688 Регрессия первичных кожных элементов при крапивнице происходит в течение
10 дней
от 7 до 10 дней
от нескольких часов до суток
7 дней

689 Степень тяжести анафилактического шока в первую очередь определяет
выраженность
гемодинамических нарушений
кожных поражений
поражения желудочно-кишечного тракта
неврологических расстройств

690 Наиболее тяжело отека Квинке протекает при локализации на
лице
слизистой верхних дыхательных путей
наружных половых органах
нижних конечностях

691 Наиболее частым клиническим проявлением анафилактического шока является
пневмония
падение артериального давления
подъем артериального давления
брадикардия

692 Наиболее скудной аускультативной симптоматикой сопровождается
тромбоэмболия легочной артерии
синдром Мендельсона
сердечная астма
астматический статус

693 При массивной тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ могут выявляться
признаки, сходные с инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка

признаки, сходные с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка с реципрокными изменениями

признаки, сходные с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка без реципрокных изменений

полная блокада левой ножки пучка Гиса

694 Наиболее достоверным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является

вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких

коронарография

рентгенография легких

эхо-кардиография

695 Важнейшим признаком астматического статуса II стадии является

выраженность цианоза

пульсация шейных вен

«немое» легкое

тахикардия

696 Для простого обморока наименее характерна потеря сознания при виде крови

продолжительном стоянии

приеме пищи

физической нагрузке

697 Обморок при физической нагрузке наиболее характерен для

стеноза устья аорты

пролапса митрального клапана

дефекта межпредсердной перегородки

стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

698 Нормальное артериальное давление, зарегистрированное при кратковременной потере сознания, указывает на то, что обморок был вызван

вазовагальными механизмами

снижением венозного возврата к сердцу

цереброваскулярными нарушениями

приходящим нарушением ритма сердца

699 Клиническая картина развивается стремительно при коме

диабетической гиперосмолярной

кетацидотической

лактоацидотической

гипогликемической

700 Запах ацетона изо рта отмечается при коме

диабетической гиперосмолярной

кетацидотической

уремической

лактоацидотической

- 701 При кардиогенном отеке легких врачу целесообразно обеспечить свободную проходимость дыхательных путей
улучшить сократительную способность миокарда
начать инфузию нитропрепаратов
придать больному горизонтальное положение
- 702 При анафилактическом шоке необходимо назначить в/в введение адреналина, большие дозы кортикостероидов, инфузионную терапию, при бронхоспазме - эуфиллин, поддержание адекватного дыхания
в/в глюкокортикоиды и интубацию трахеи для снятия бронхоспазма
в/м адреналин, кофеин-бензоат натрия и кордиамин
в/в супрастин и кортикостероидные гормоны
- 703 Ингаляция кислорода при астматическом статусе вызывает тахипноэ с усилением тахикардии
резкое возбуждение
рвоту
снижение возбудимости дыхательного центра и апноэ
- 704 Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является строфантин
нитроглицерин
преднизолон
пентамин
- 705 К кристаллоидным инфузионным препаратам относится полиглюкин
рео полиглюкин
0,9%-ный раствор натрия хлорида
желатиноль
- 706 Критерием правильности выполнения искусственного дыхания является наличие экскурсии грудной клетки
видимое выбухание в эпигастрии

парадоксальный пульс на сонных артериях
видимое набухание шейных вен
- 707 Критерием правильности выполнения закрытого массажа сердца является видимое набухание шейных вен
перелом ребер
наличие пульса на лучевой артерии
наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- 708 Об эффективности выполнения закрытого массажа сердца свидетельствует сужение зрачков
отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
появление пятен Ляшше
регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.

- 709 Компрессия грудной клетки при закрытом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой в минуту
40-50
100-110
60-70
80-90
- 710 При проведении реанимационного пособия взрослому без интубации трахеи закрытый массаж сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении
15 к 2 при любом количестве реаниматологов
15 к 2 только при оказании помощи одним реаниматологом
30 к 2 при любом количестве реаниматологов
5 к 1 при оказании помощи двумя реаниматологами
- 711 Реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе всегда должны прекращаться
через 30 минут после их начала
при появлении признаков биологической смерти
через 40 минут эффективного проведения
через 10 минут после восстановления спонтанного кровообращения
- 712 При остром коронарном синдроме аспирин назначается
после купирования болевого синдрома
после стабилизации гемодинамики
немедленно после постановки диагноза

после прибытия в стационар
- 713 Нагрузочная доза клопидогрела при остром инфаркте миокарда составляет мг
75
150
600
300
- 714 При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан
обзидан
коринфар
верапамил
кордарон
- 715 При синдроме слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамса-Стокса оптимально применение
симпатомиметиков
искусственного водителя ритма
гормонов
атропина
- 716 При развитии аллергической реакции на укус насекомого необходимо наложить жгут
ниже места укуса на 25 мин
ниже места укуса на 1 час

выше места укуса на 1 час
выше места укуса на 25 мин

717 Препаратом выбора при отеке Квинке является
преднизолон
кларитин
фуросемид
допамин

«ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

Ситуационная задача 1

Пациентка В., 68 лет, пенсионерка, обратилась в районную поликлинику к врачу общей практики с жалобами на небольшую слабость, частое повышение АД до 150 - 160/100 мм рт. ст.

В анамнезе: около 10 лет страдает ГБ с максимальным повышением АД - 190/100 мм рт. ст. Постоянно принимает бисопролол 10 мг, амлодипин 5 мг в сутки. На этом фоне АД сохраняется на уровне 130-140 / 80-90 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния около 2 месяцев. Страдает СД 2го типа - около 15 лет. Длительное время на фоне проводимой терапии (глибенкламид и метформин) уровень глюкозы крови колебался в пределах 7,5 - 9,5 ммоль/л и показатели HbA_{1c} 7,1 - 8%. 6 месяцев назад, после коррекции терапии (назначен вилдаглиптин/метформин) уровень глюкозы стабилизировался на цифрах 6,0 - 6,5 ммоль/л, HbA_{1c} 6.1 - 6,4%. Тогда же был назначен аторвастатин 10 мг/сутки (после исследования холестерина, показателей не знает). Мать пациентки страдала СД, ГБ и умерла в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Осмотр: вес - 89,7 кг, рост - 167 см., ОТ - 108 см. Кожные покровы обычной окраски. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Костномышечная система без видимой патологии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в мин. Границы сердечной тупости расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс - 72 уд/мин, АД (левая рука, после 5 минут отдыха) - 144/88 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологическое отправление в норме. Психоневрологический статус без особенностей.

о ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

о Анализ мочи - уд. вес 1010, лейкоциты 5-6 в поле зрения.

о Биохимический анализ крови - креатинин 96,7 мкмоль/л. общий холестерин 6,2 ммоль/л, ЛПНП 3,8 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 2

Пациентка К., 45 лет, учитель. Обратилась в районную поликлинику с жалобами на частое повышение артериального давления в течение последней недели.

В анамнезе: впервые повышение уровня артериального давления зафиксировано год назад во время профилактического осмотра с максимальными цифрами до АД - 150/100 мм рт. ст. После обследования был поставлен диагноз гипертонической болезни и назначен Лозартан 25 мг в сутки. Однако, регулярно антигипертензивную терапию не принимала, АД не контролировала. Настоящее ухудшение после стрессовой ситуации. Вредных привычек нет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: мать страдает ГБ с 45 лет и СД 2 типа с 70 лет.

Осмотр: рост - 164 см, вес - 62,2 кг, ОТ - 72 см. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Отёков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 68 уд. в мин. АД (на правой руке после 5 минут отдыха) 155/102 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Психоневрологический статус без особенностей. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус без особенностей.

о **Биохимический анализ крови:** креатинин - 76 мкмоль/л. общий холестерин - 7,2 ммоль/л. ХС-ЛПНП - 4,3 ммоль/л. ХС-ЛПВП - 0,76 ммоль/л, триглицериды 3,52 ммоль/л, глюкоза - 4,6 ммоль/л., глюкоза - 6,0 ммоль/л

о **Общий анализ мочи:** без патологии. МАУ- 10 мг/сут.

о **ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС - 64 уд. в мин., PQ - 0,16 с, QRS - 0,08 с, QT - 0,36 с, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 3

Пациентка Д., 80 лет, пенсионерка. Обратилась к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах. Данные явления беспокоят практически постоянно на протяжении полугода. Принимает анальгетики и спазмолитики в больших дозах без значимого эффекта. На протяжении этого времени отмечается постоянное повышение АД до цифр 200-210/120-130 мм рт. ст.

В анамнезе: более 40 лет - гипертоническая болезнь. Последние 5 лет постоянно принимала периндоприл 5 мг/сутки и индапамид 1,5 мг/сутки. На фоне этой терапии самочувствие было хорошим, повышение АД более 150/90 мм рт. ст. наблюдалось редко, легко купировалось каптоприлом 25 мг. В течение последнего года АД стало постоянно повышаться. Пациентка увеличила дозы принимаемых препаратов, но состояние продолжало ухудшаться.

Осмотр: Рост - 162 см. Вес - 87,2 кг. ОТ - 96 см. Кожные покровы бледные, сыпи нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона и умеренный систолический шум над аортой, ритм правильный. ЧСС - 66 уд. в минуту, АД - 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» над областью почек отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет. Частота и консистенция стула в норме. Неврологический статус без особенностей.

о **Общий анализ мочи:** уд. вес - 1007, белок - 0.099 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/зр., эритроциты - 1- 2 в п/зр.

о **Клинический анализ крови:** гемоглобин - 124 г/л, эритроциты - $4,32 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, лимфоциты - 30,1%, моноциты - 3,3%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 62,6%, тромбоциты - 190×10^9 /л, СОЭ - 18 мм/час.

о **Биохимический анализ крови:** креатинин - 126 ммоль/л, холестерин - 9,3 ммоль/л, ЛПНП - 5,9 ммоль/л, глюкоза - 7,9 ммоль/л.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

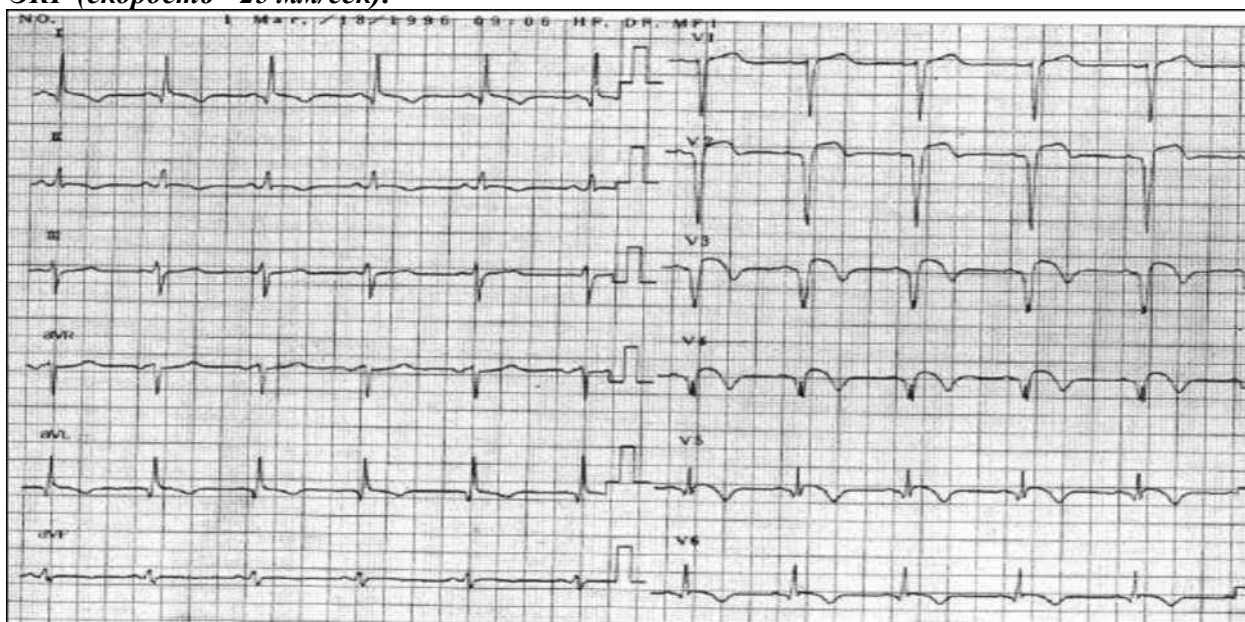
Ситуационная задача 4

Пациентка С., 57 лет, учитель. Вызов врача-терапевта на дом. Жалобы на интенсивную жгучую боль в грудной клетке, распространяющуюся в левую руку и левую лопатку. Боль появилась более 3-х часов назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: артериальная гипертензия - около года. Регулярно принимает: бисопролол 2,5 мг/сутки, индапамид-ретард 1,5 мг/сутки, периндоприл А 5 мг/сутки, с достижением уровня АД - 140/90 мм рт. ст. Курит с 19 лет по 10-15 сигарет в день. Причина смерти отца - ОНМК, у матери в анамнезе ГБ с 40 лет, СД .

При осмотре: Рост - 164 см, вес - 94,6 кг. ОТ - 112 см. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 160/90 мм рт. ст. ЧСС - 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нервно-психический статус: пациентка беспокойна, боится смерти.

о ЭКГ (скорость - 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 5

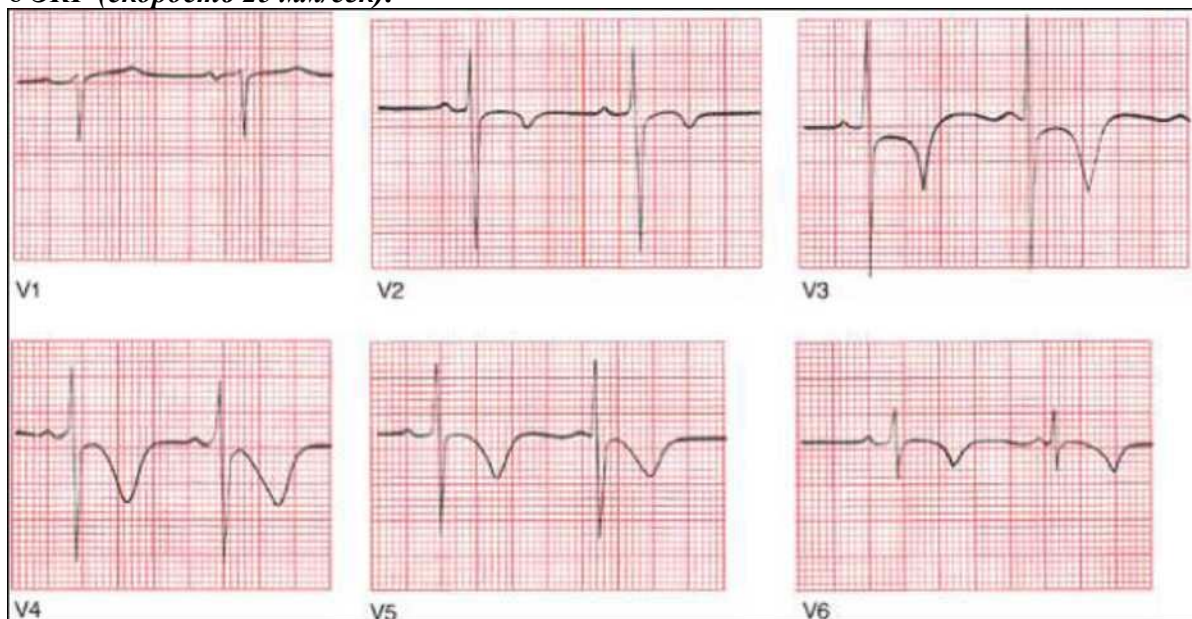
Пациентка И., 77 лет. Вызов врача-терапевта на дом. Жалобы на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в обе стороны от нее, не купирующуюся нитроглицерином. В

последние 2 часа боль усилилась.

В анамнезе: ИБС, стенокардия. Гипертоническая болезнь. Постоянно принимает эналаприл 5 мг x 2 раз в день, бисопролол 2,5 мг x 1 раз в день. АД не контролирует. Родители страдали ИБС и АГ. Курила до 60 лет, по ^ пачки сигарет в день.

При осмотре: Рост - 165 см. Вес - 74 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД - 180 / 100 мм рт. ст. ЧСС - 92 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

о ЭКГ (скорость 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

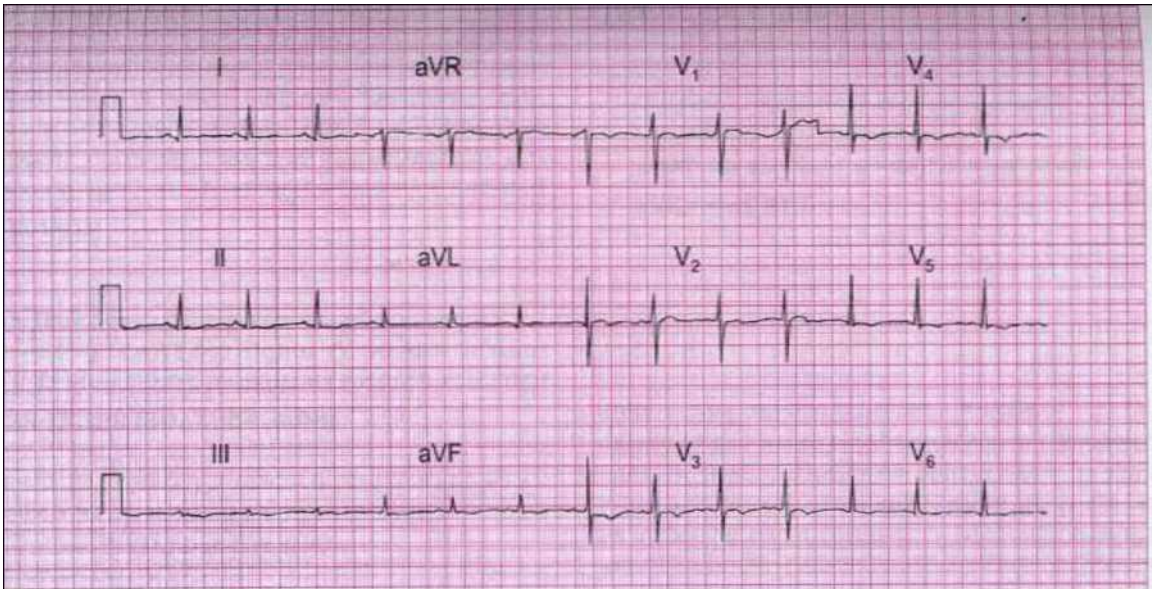
Ситуационная задача 6

Пациентка И., работает - преподавателем. Жалобы на частые эпизоды колющих болей в области сердца, длительностью около 1 -2-х часов, не иррадиирующих, не купирующихся нитроглицерином.

Боль периодически беспокоит в течение двух лет. Возникает на фоне стресса, но иногда в покое. Связи с физической нагрузкой и другим внешними факторами пациентка не отмечает. Также пациентка отмечает на протяжении этого времени повышенную раздражительность, возбудимость, потливость. К врачу ранее не обращалась, не обследовалась. Вредные привычки и хронические заболевания отрицает.

При осмотре: Рост - 167, масса тела - 68. ОТ - 101 см. Кожные покровы влажные. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 100 уд. в минуту, АД - 150 / 90 мм рт. ст. Небольшой тремор рук.

о ЭКГ (скорость 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

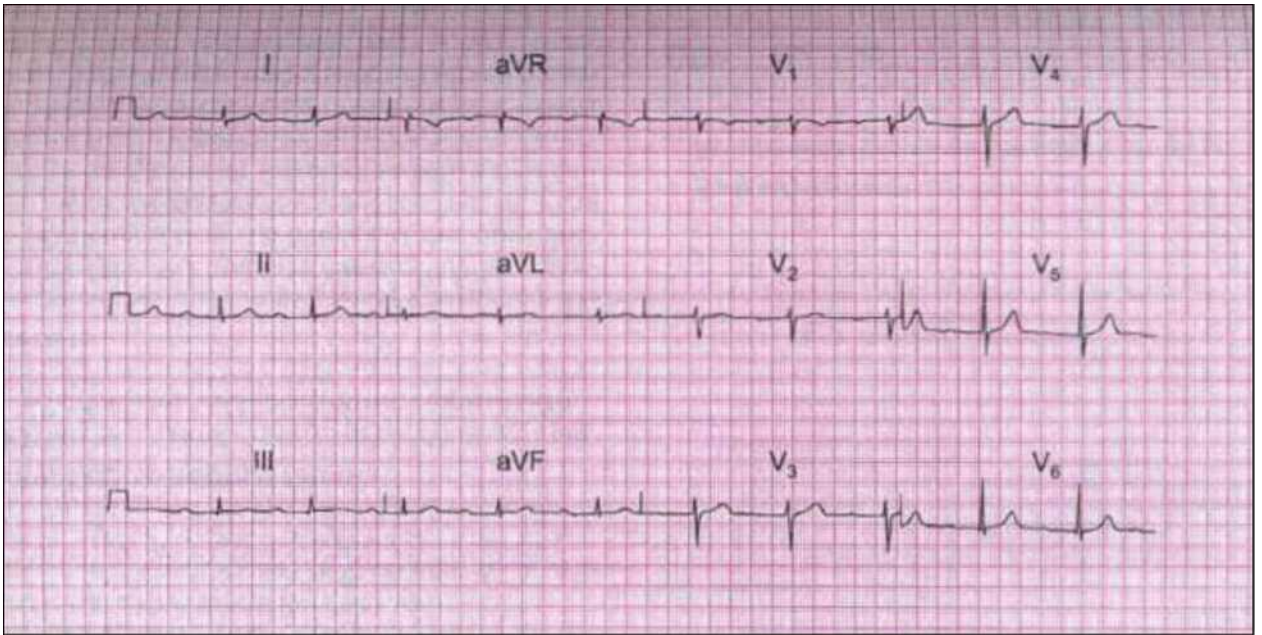
Ситуационная задача 7

Пациент 53 лет, водитель. На приеме врача предъявляет жалобы на боль под левой лопаткой, в левом плече, появляющаяся при очень быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше второго этажа (может и не возникнуть). Боль проходит через 1-2 минуты после остановки. Подобные жалобы беспокоят около 3-х месяцев, характер боли и условия ее возникновения однотипны. Начало заболевания связать с внешними факторами не может.

В анамнезе: подагрический артрит 1-го плюснефалангового сустава левой стопы. Диагноз верифицирован. Обострения 1-2 раза в год. Пациент придерживается диеты, лекарственной терапии не получает. На работе регулярно контролирует АД, показатели стабильны в пределах 110-120/70-80 мм рт. ст. Пациент не курит, алкоголь употребляет не чаще 1 раза в неделю, в умеренных количествах.

При осмотре: Рост - 174 см, вес - 92 кг. ТО - 117 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 60 в минуту, АД - 120 / 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

о ЭКГ:



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 8

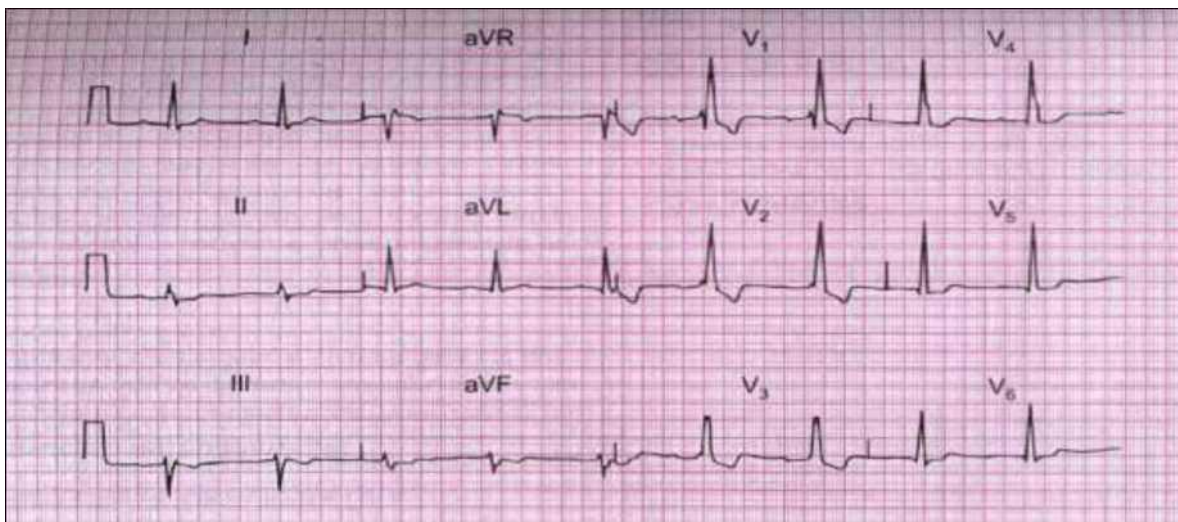
Пациент Е., 45 лет, курьер. Обратился в районную поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на загрудинную боль, длительную, ноющую, не связанную с физической нагрузкой. Боль беспокоит около 2-х недель. Также отмечает утомляемость, изредка, к вечеру, повышение температуры тела до 37,4°C. Последние 5-6 дней появились учащенное сердцебиение, одышка при обычной физической нагрузке.

В анамнезе: 3 недели назад перенёс ОРВИ. Лечился самостоятельно. Травм, операций не было. Курит более 20 лет по 30 сигарет в день. Аллергоанамнез не отягощен. Проведено обследование: ЭКГ, ОАК.

При осмотре: Рост - 178 см. Вес - 76 кг. Кожные покровы обычной окраски. Температура - 37 С. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=PS=96 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

о ОАК: Нв -136 г/л, Л- $6 \cdot 10^9$ СОЭ - 38 мм/час.

о ЭКГ: (со слов пациента ранее на ЭКГ никакой патологии не выявлялось).



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 9

Пациент Г., 75 лет, пенсионер. Обратился к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на сжимающую боль за грудиной и левой руке при умеренной физической нагрузке (подъем на 2 этажа), продолжительностью 3-5 минут, проходящую самостоятельно, одышку при подъеме на 1 этаж.

В анамнезе: 2 года назад перенес инфаркт миокарда, при проведении КАГ была выявлена окклюзия проксимального сегмента ПМЖВ, проведено стентирование (тип стента указать не может). Боль за грудиной при физической нагрузке отмечается периодически. Постоянно принимает изосорбида-динитрат 20 мг 2 раза в день, верапамил 40 мг 3 раза в день, ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки. Длительно страдает АГ, контроль АД проводит редко, антигипертензивную терапию принимает нерегулярно. В 2010 году выявлена желчнокаменная болезнь, отказался от холецистэктомии из-за отсутствия жалоб. Около 5 лет наблюдается урологом по поводу ДГПЖ, постоянно принимает тамсулозин. Курил около 40 лет по 1 пачке сигарет в день, употреблял в умеренных количествах алкоголь. Отказ от курения 2 года назад, в настоящее время алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Осмотр: Рост - 177 см. Вес - 102 кг. Объём талии - 108 см. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отёков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 17 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС-78 ударов в минуту. АД - 146/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологическое отправление в норме. Психоневрологический статус без особенностей.

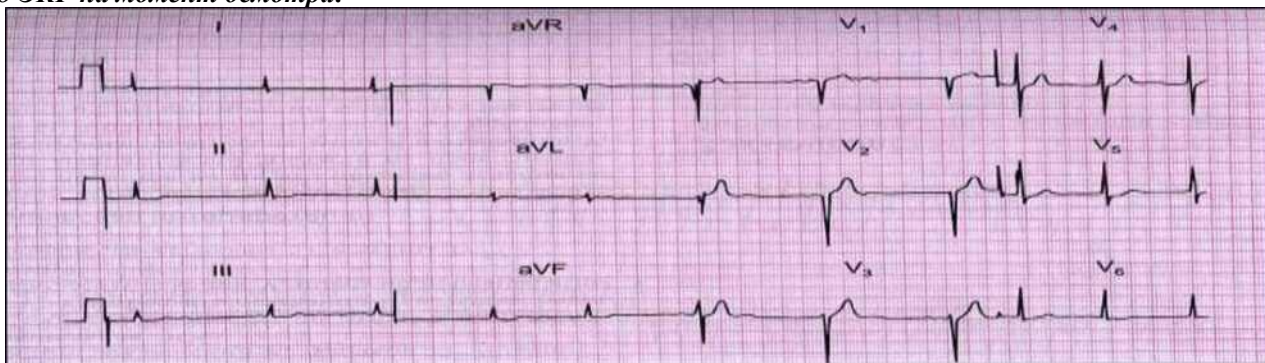
о **Анализ крови:** *Hb - 148 г/л, L - 6,4, СОЭ - 10 мм/час, глюкоза - 4,4 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л.*

о **Эхо-КГ:** *умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка (ИММЛЖ - 124 г/м²). Фракция выброса ФЛЖ - 52%. Нарушение локальной сократимости: зона гипокинезии в*

*верхушечном сегменте переднеперегородочной стенки, умеренное расширение полости
левого*

предсердия. Митральная регургитация 1 степени. Нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу. Структура клапанов не изменена. Легочной гипертензии нет.

о ЭКГ на момент осмотра:



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 10

Пациент П, 55 лет, разнорабочий. Обратился к терапевту поликлиники с жалобами на периодическую боль в левой половине грудной клетки и в левом плече обычно, возникающую при чрезмерных физических нагрузках. Последнюю неделю болевые приступы стали ежедневными, возникают при ходьбе в обычном темпе, увеличилась их продолжительность (до 10-15 минут).

В анамнезе: Вышеописанная боль беспокоит в течение последних 2-х лет, купируется приемами НПВС и анальгетиков. Последние два месяца пациент отмечает изменение характера боли: она стала носить сжимающий характер и локализоваться за грудиной с иррадиацией в левое плечо и лопатку, продолжительностью до 3 - 5 минут, проходит самостоятельно в покое. До настоящего времени подобные приступы возникали редко (1 -2 раза в неделю на фоне быстрой ходьбы и при подъеме на 3 этаж). Пациент курит до 1 пачки сигарет в день, стаж курения 20 года. Алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю.

Мать умерла в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Осмотр: Вес - 95 кг, рост 177 см, объем талии на уровне пупка - 108 см. Над легкими ясный легочный звук, дыхание с жестким оттенком ЧДД - 18 в 1 минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, над аортой - акцент II тона. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. АД - 144/96 мм рт. ст.

о ЭКГ в покое без особенностей.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 11

Пациентка К., 45 лет, медсестра. Вызов врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивную

боль в горле при глотании, повышение температуры тела до 38,7°C, озноб, боль в мышцах и суставах, слабость, снижение аппетита, нарушение сна.

Заболела остро вчера днем, когда внезапно повысилась температура, появились и к утру усилились вышеуказанных жалобы. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол при повышении температуры. За пределы постоянного местожительства не выезжала. Контакт с инфекционными больными не установлен. Члены семьи здоровы.

В анамнезе около 3 лет периодически отмечает повышение АД до 150/100 мм. Постоянную антигипертензивную терапию не принимает, только при повышении АД - капотен. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Осмотр: Рост - 160 см, вес - 89,7 кг. Состояние удовлетворительное. Сознания ясное. Кожные покровы сухие, горячие. Температура тела - 38,7°C. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы одиночные, диаметром 2,5 x 3,0 см округлой формы, плотноэластической консистенции, неподвижные, резко болезненные. Носовое дыхание свободное, слизистая оболочка носа не гиперемирована, отделяемого не отмечается. Язык обложен белым налетом, сухой. Нёбные миндалины увеличены в объеме, ярко гиперемированы, на миндалинах отмечаются налёты светлого цвета, легко снимаются, не кровоточат. Слизистая оболочка задней стенки глотки ярко гиперемирована. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 120 уд. в мин. АД - 142 / 94 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 12

Пациентка А., 28 лет, администратор, обратилась к дежурному врачу-терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, интенсивную боль в горле при глотании, затруднение носового дыхания, резко выраженную слабость, головную боль.

Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2 суток, когда на фоне полного здоровья появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол 500 мг при повышении температуры, амоксициллин 500 мг 2 раза в день, капли в нос. Обратилась в поликлинику, в связи с отсутствием положительной динамики в состоянии.

В анамнезе: хронический гастрит. Операций, травм не было. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Осмотр: Рост 168 см, вес - 61,7 кг. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы горячие. На коже туловища, конечностей визуализируется пятнисто-папулезная сыпь. Элементы сыпи склонны к слиянию. Температура тела - 37,7 °С. Склера глаз субиктерична. Слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, зернистая. Подчелюстные, передние и задние шейные лимфатические узлы увеличены, умеренно болезненные при пальпации. Миндалины увеличены, ярко гиперемированы, плотно покрыты беловато-желтым налетом. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 115 уд. в мин. АД - 100 / 70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 13

Пациентка М., 37 лет, обратилась в поликлинику к дежурному врачу с жалобами на першение в горле, боль в горле, усиливающуюся при глотании, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,2°C.

Ухудшение самочувствия последние 3 дня, когда появились выше перечисленные жалобы. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе частые эпизоды боли в горле после употребления холодных продуктов (вода, мороженое). К врачам не обращалась. Лечилась самостоятельно «народными» средствами - полоскание ротоглотки травами.

В анамнезе: фолликулярная ангина - дважды около 10 лет назад, частые ОРВИ - 4 раза в год, ГЭРБ. Травм и операций не было. Больная курит 10 лет по 10 сигарет в день.

Осмотр: Рост 164 см, вес - 98,2 кг, ОТ - 104 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Температура тела - 37,1°C. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы. Выявляется гиперемия и отек трубно-глочных складок, гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Небные миндалины увеличены розовые, налетов нет. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 90 уд. в мин. АД - 138 / 94 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 14

Пациентка М., 55 лет, место работы - ООО «Энергетик», должность - экономист. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на повышение температуры тела до 38,8°C, головную боль, «ломоту в теле», слабость, выраженное затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа, ощущение «песка» в правом глазу, слезотечение, боль в горле, схваткообразную боль в животе, двукратный жидкий стул.

Насморк, боль в горле, слабость отмечает с вечера предыдущего дня. Лечилась самостоятельно. Принимала обильное питье, однократно приняла парацетамол 500 мг. Утром в день обращения температура тела повысилась до 38,5°C, появились резь в правом глазу, слезотечение, боль в животе, жидкий стул. Пациентка контактировала с ребенком, больным ОРВИ, протекающей с диареей и конъюнктивитом.

В анамнезе: гипертоническая болезнь - в течение 10 лет, постоянно принимает эналаприл 10 мг два раза в сутки, индапамид 1,5 мг/сут, хронический некалькулезный холецистит.

При осмотре: рост - 164 см, вес - 98,2 кг, кожные покровы горячие, сухие, сыпи нет, t° тела - 38,9°C. Веки правого глаза отечные, конъюктива и склера гиперемированы, слезотечение. Слизистая оболочка задней стенки глотки и миндалин гиперемированная, отечная. Отмечается

гиперплазия фолликул миндалин и лимфоидных элементов задней стенки глотки. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы, болезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Отеков нет. Дыхание носом затруднено с двух сторон, отделяемое обильное, серозное. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 96 в мин. АД - 152/92 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. Стул двукратный, жидкий, калового характера, без примесей. Симптом «поколачивания над областью почек» отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 15

Пациент А., 54 лет, место работы ОАО «Жилищник», должность - оператор. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на кашель со скудной мокротой желтого цвета, умеренную боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, связанную с дыханием головную боль, повышение температуры тела до 38,9°C, выраженную слабость, потливость.

3 дня назад появилась боль в глазных яблоках, озноб, ломота в теле, головная боль, внезапно повысилась температура тела повысилась до 39,6°C. На следующий день появилось скудное отделяемое из носа, першение в горле, сухой кашель. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. Принимал парацетамол по 500 мг, обильное витаминизированное питье в большом количестве. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. Уменьшилась температура, головная боль и слабость. Но, на следующий день внезапно усилился кашель, появилась трудно отделяемая мокрота, боль в грудной клетке справа, потливость, вновь повысилась температуры тела до 38,5°C. В анамнезе: гипертоническая болезнь около 5 лет, постоянно антигипертензивную терапию не принимает, СД 2 типа - контроль диета, уровень сахара при самоконтроле (редко) - 8-9 ммоль/л натощак.

При осмотре: Рост - 179 см, вес - 102,8 кг. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы обычной окраски, горячие. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая оболочка глотки гиперемирована. В легких справа, в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 98 в минуту. АД - 148/94 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Психо - неврологический статус без особенностей.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 16

Пациент А., 19 лет, студент МФТИ, работает курьером Яндекс доставка. Обратился в

поликлинику к дежурному врачу с жалобами на повышение t° тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, значительное затруднение носового дыхания, желтое отделяемое из носа, исчезновение обоняния, ощущение тяжести и боль в области верхнечелюстных пазух, более выраженную справа, ноющую боль и ощущение «заложенности» в правом ухе.

Заболел 5 дней назад, когда появился выраженный насморк, першение в горле, слабость, разбитость. К врачу не обращался, лечился самостоятельно народными средствами и назальными каплями. Продолжал учиться и работать.

Аллергоанамнез отягощен - крапивница на препараты пенициллинового ряда.

При осмотре: Рост - 182 см, вес - 102, 4 кг. Кожные покровы обычной окраски, t° тела - $37,4^{\circ}\text{C}$. Носовое дыхание затруднено с 2-х сторон, отделяемое из носа вязкое желтого цвета, боль в области верхнечелюстных пазух (больше справа), усиливающаяся при наклоне головы вперед и при перкуссии этой области. Гнусавость голоса. Гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. Правое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, отмечается болезненность при пальпации и надавливании на козелок. Перкуссия сосцевидного отростка безболезненна. Левое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, безболезненно при пальпации и надавливании на козелок. Перкуссия сосцевидного отростка безболезненна. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 80 в мин. АД - 142 / 86 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Физиологическое отправление в норме.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 17

Больной К., 28 лет, менеджер банка. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$ с ознобом, кашель с выделением жидкой слизисто-гнойной мокроты в небольшом количестве, одышку.

В анамнезе: заболел неделю назад, когда появились насморк, кашель, головная боль. Температура тела не повышалась. Лечился самостоятельно, листок нетрудоспособности не открывал. Ухудшение состояния отмечает ночью накануне визита врача - температура тела поднялась до $38,4^{\circ}\text{C}$, сопровождалась ознобом. Утром отметил появление при кашле жидкой слизисто-гнойной мокроты.

Осмотр: Кожа чистая, гиперемия лица. Температура тела - $38,2^{\circ}\text{C}$. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии грудной клетки справа в подключичной области участок притупления перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание ослабленное, выслушиваются незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритм правильный. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул был накануне, диурез сохранен.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз

4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 18

Пациент И., 54 года, должность - экспедитор. Обратился к врачу общей врачебной практики с жалобами на длительный кашель с отделением вязкой мокроты, одышку при средней физической нагрузке. В последние 2 недели кашель усилился, мокрота стала желтой, появилась одышка во время ходьбы по ровной местности в привычном для него темпе. Ранее по поводу одышки обращался к врачу кардиологу, проводилось исследование ЭКГ, Эхо-КГ, биохимическое исследование крови, со слов пациента нарушений не выявлено.

В анамнезе последние 5 лет частые простудные заболевания, проявляющиеся длительно сохраняющимся кашлем с мокротой желтого цвета и одышкой. Пациент курит в течение 30 лет, по 20 сигарет в сутки. Дважды пробовал бросить курить, но безрезультатно. Аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре: Правильного телосложения, нормального питания. Рост - 178 см, вес - 84 кг. Температура тела - 37,6°C. Отеков нет. Опорно-двигательный аппарат не изменен. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной нормостенической формы, обе половины ее активно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими легочный, с коробочным оттенком в задне-базальных отделах, при аускультации дыхание жесткое, рассеянные единичные сухие свистящие и жужжащие хрипы. ЧД - 18 в 1 мин в покое. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 80 в мин. АД - 135 / 85 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

o Исследование PEF - 455 л/мин., что соответствует 77% к должному.

o Результат оценки опросника САТ - 14 баллов.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 19

Пациентка М., 40 лет. Обратилась к врачу общей практики с жалобами на головную боль, головокружение, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, одышку при умеренной физической нагрузке.

Вышеперечисленные жалобы отмечает в течение последних 3-х месяцев. При головной боли самостоятельно принимала НПВС с кратковременным положительным эффектом. Нарастание интенсивности одышки заставило пациентку обратиться к врачу.

В анамнезе: аппендэктомия - в детстве. Травм не было. Роды - одни (экстренное кесарево сечение) - 15 лет назад. 2 года назад была диагностирована «миома матки», наблюдается у гинеколога. Менструации обильные, нерегулярные. Вредные привычки отрицает. Часто принимает НПВС (головная боль). Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 62 кг. Температура тела - 36,6°C. Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Волосы на голове тусклые, ломкие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. При аускультации сердца выслушивается ослабление I тона, ритм правильный. ЧСС - 110 в мин. АД - 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет. Психоневрологический статус не изменен.

о **Клинический анализ крови:** НЬ - 89 г/л, Hrt - 26%, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ /л, МСУ - 71 мкм, МСН - 22 Пг, RDW - 15,5 %, лейкоциты - $4,7 \times 10^9$ /л, СОЭ (по Вестергрену) - 24 мм/час.

о **Биохимический анализ крови:** общий белок - 63 г/л, мочева кислота - 200 мкмоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, билирубин (общ.) - 10,4 мкмоль/л, СРБ - 4, глюкоза - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 94%.

о **Общий анализ мочи** - без изменений.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 20

Больная В., 62 года, обратилась к врачу общей практики с жалобами на красный цвет мочи, боли в поясничной области, слабость.

В анамнезе: в молодости неоднократно переносила острый цистит, лечилась антибактериальными препаратами. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями, принимает различные нестероидные препараты (диклофенак, индометацин, найз). Красный цвет мочи отметила неделю назад однократно, вчера эпизод гематурии повторился. Болей при мочеиспускании не отмечала, дизурии нет, температура тела в норме.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Нормотермия. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 74 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертбральные точки болезненны при пальпации на уровне L1-L5 позвонков.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 64%, эозинофилы 2%, лимфоциты 25%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20-30 в п/зр, эритроциты 100 в п/зр, белок 0,066 г/л, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: креатинин 106 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л, мочева кислота 266,0 ммоль/л

УЗИ почек: размеры почек не изменены. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 21

Ребенок 12 лет. Жалобы на боль в горле и в околоушных областях при жевании, боль в животе, тошноту. Заболел остро, когда повысилась температура до 38°C , появился отек в области околоушной железы справа. На следующий день температура повысилась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появился отек в области околоушной железы слева. На 3-й день болезни температура

нормализовалась, на 6-й день - вновь повысилась до 39⁰С, появилась головная боль, боль в животе, двукратная рвота. Известно, что в классе, где учится мальчик, у нескольких детей было отмечено повышение температуры и сходная симптоматика.

При осмотре дома состояние ребенка тяжелое. Температура тела 38,5⁰С. В области околоушных слюнных желез пальпируется опухолевидное болезненное образование, кожа над ними не изменена. Мальчику трудно открыть рот (больно). Язык суховат, обложен серым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия. Менингеальные знаки отрицательные.

Общий анализ крови: НЬ-120г/л, лейкоциты - 5x10⁹/л, эритроциты - 4x10¹²/л, Э-0, П-2%, С- 46%, Л-59%, М-2%, СОЭ 18мм/час.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 22

Мальчик 7 лет заболел остро с повышения температуры тела до 39⁰С, отмечалась головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

При осмотре на третий день болезни состояние ребенка расценено как среднетяжелое за счет явлений интоксикации. Температура тела 39,4⁰С. На коже лица, туловища, конечностей отмечается обильная сыпь - на гиперемизованном фоне кожи, мелкоточечная, со сгущением в естественных складках кожи; носогубный треугольник свободен от сыпи. Выражен белый дермографизм. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемизована - «пылающий зев», четко выражена граница гиперемизованного мягкого и твердого неба. Миндалины гипертрофированы, гиперемизованы, отмечаются гнойные фолликулы. Сосочки языка гипертрофированы, слизистая языка яркая. Лимфатические узлы шеи, подчелюстные гипертрофированы, умеренно болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации безболезненный, край печени не выступает из-под реберной дуги. Физиологические отправления, со слов мамы, не нарушены.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 23

К врачу общей практики обратился молодой человек 19 лет. Жалобы: на чувство «песка», зуд, покраснение в глазах, отделяемое из глаз. Заболел вчера, когда, проснувшись утром, почувствовал, что ему трудно открыть веки. Анамнез: удалось выяснить, что перед этим он купался в озере. Объективно: конъюнктивиты глаз отечны и гиперемизованы, обильное гнойное отделяемое. Функции глаза сохранены. Передний и задний отрезки не изменены.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз

4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 24

Больная 38 лет, обратилась врачу общей практики. Жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в височную, теменную области, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры 37,4⁰С.

При осмотре правая ушная раковина обычной конфигурации. В начальном отделе наружного слухового прохода на передней его стенки определяется конусовидный инфильтрат, на верхушке которого видна желтая точка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удастся. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без изменений. Шепот слышит на расстоянии 5 м на оба уха.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 25

Больная 36 лет, обратилась к врачу общей практики. Жалуется на снижение слуха, гнойные выделения, легкую боль в глубине левого слухового прохода.

Данные анамнеза. Ухо впервые заболело в детстве после кори. С тех пор понижен слух. Ежегодно беспокоят обострения, во время которых слух ухудшается в еще большей степени, возникают гноетечение из уха, боль в нем. Настоящее обострение началось неделю назад после перенесенного на ногах респираторного заболевания.

Данные объективного исследования. Слизистая оболочка полости носа и глотки незначительно гиперемирована. Отоскопия: левое ухо - гнойное отделяемое в слуховом проходе, округлый центральный дефект барабанной перепонки около 4 мм в диаметре, остатки ее умеренно гиперемированы, в барабанной полости - гной. Болезненности при пальпации сосцевидных отростков нет. Слух понижен только на левое ухо по типу нарушения звукопроводения. Вестибулярных расстройств не обнаружено

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 26

Пациентка 18 лет на приеме у врача общей практики. Жалуется на периодическую заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, пароксизмальное чихание. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры. В общем анализе крови - повышенное содержание эозинофилов.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 27

На амбулаторном приеме женщина 25 лет с жалобами на головную боль (двусторонней локализации), которая возникла утром. Боль достаточно выраженная (8 баллов из 10) и носит пульсирующий характер. Также пациентка отмечает светобоязнь и тошноту. Кроме того, беспокоит быстрая истощаемость, «отсутствие сил», сниженная работоспособность, периодически принимает настойки лимонника, женьшеня с временным эффектом.

Анамнез заболевания. Подобные приступы головной боли различной продолжительности (от получаса до целого дня) возникают около 5 лет. В последнее время частота приступов возросла до

2- 3 раза в мес. Приступы провоцируются различными факторами, в т.ч регулярно возникают за 2-3 дня до месячных. Во время головной боли пациентка неработоспособна и предпочитает находиться в затемненном тихом помещении. Принимала солпадеин со слабым эффектом.

Из сопутствующих заболеваний - пищевая аллергия (клубника, мандарины), склонность к гипотонии.

Из анамнеза жизни: Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. У матери в юности отмечались частые головные боли.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больная астенического телосложения. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. По органам - без особенностей Пульс 80 уд/мин, ритмичный. АД - 90/70 мм рт. ст.

При неврологическом осмотре локальной неврологической симптоматики не выявляется.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты $190,0 \times 10^9$ /л. СОЭ 15мм/ч.

Общий анализ мочи - уд вес 1018, сахара, белка нет, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр., соли не выявлены

Инструментальные исследования:

ЭКГ- ЧСС 84, ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 28

Больная Л., 45 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на ощущение «вращения окружающих предметов» длительностью около 1 мин. Это ощущение возникает при изменении положения тела, резких поворотах головы и однажды при запрокидывании головы назад привело к падению с получением ссадин. Часто головокружение сопровождается тошнотой, но рвоты никогда не было.

Анамнез заболевания. Первый раз ощутила головокружение в постели при повороте туловища, затем головокружение стало возникать достаточно часто при изменении положения тела. Пациентка отрицает наличие каких-либо симптомов со стороны органов дыхания, лихорадку, потерю слуха, звон в ушах. В течение 2-х лет отмечает периодические подъемы АД до 165/100 мм рт ст., что связывает с психоэмоциональными перегрузками на работе и дома. Эпизодически принимает капотен. Последний месяц регулярно принимает небиволол 2,5 мг утром,

Из анамнеза жизни: Вредные привычки курит 0.5 пачки сигарет в день. Профессиональных вредностей не имеет. Наследственность - у отца артериальная гипертония.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Большая нормостенического телосложения. Кожные покровы и склеры обычной влажности и окраски. По органам - без особенностей Пульс 62 уд/мин, ритмичный. АД - 130/85 мм рт. ст.

При неврологическом осмотре локальной неврологической симптоматики не выявляется.

При проведении проба Дикса-Холлпайка пациентка отметила возникновение головокружения, наблюдался нистагм, продолжительностью около 30 сек.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - $180,0 \times 10^9$ /л. СОЭ - 19мм/ч.

Общий анализ мочи - уд вес 1018, сахара, белка нет; лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр; соли не выявлены

Инструментальные исследования:

ЭКГ - ЧСС 60, нормальное положение ЭОС, в остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 29

Больная М. 32 лет, работница продавец. По дороге на работу, поскользнувшись, упала, ударилась головой об асфальт. Сознание теряла на несколько секунд, сама поднялась и самостоятельно дошла до магазина, но к работе приступить не смогла из-за головной боли, головокружения и тошноты, рвоты не было. Ранее считала себя здоровой, 1 месяц назад проходила диспансеризацию. Обратилась в медсанчасть.

При осмотре: травматических повреждений мягких тканей нет. Пульс ритмичный, 76 ударов в мин, АД 125/80 мм рт.ст. Сознание ясное. Поведение адекватное. Память сохранена. Менингеальных и очаговых неврологических симптомов нет.

Рентгенограмма черепа - без патологии.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 30

Пациентка П, 36 лет, обратилась с жалобами на сердцебиение, плаксивость, плохой сон, чувство дрожания всего тела, похудание на 10 кг за месяц. Вышеперечисленные жалобы отмечает в течение месяца, ни с чем не связывает.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Кожа горячая, влажная, эластичная. Щитовидная железа увеличена на глаз, эластичная, подвижная, узлы не определяются. Экзофтальм, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера. Легкие без патологии. Границы сердца не изменены, ЧСС 110 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без патологии

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 31

Пациентка К., 24 лет, беременность 18 недель, вызвала врача-терапевта на дом с жалобами на тошноту, рвоту, боли в поясничной области, периодически повышение температуры тела до 39,0 С.

Анамнез заболевания. Заболевание началось остро накануне, возможно после переохлаждения, температура тела повысилась до фебрильных цифр, присоединился озноб, затем тошнота, была однократная рвота. Нарушений стула и дизурических явлений не было. Самостоятельно однократно приняла ибупрофен с кратковременным эффектом.

Из анамнеза жизни: беременность первая, протекает нормально, без осложнений. Из перенесенных заболеваний только вирусные инфекции.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,0⁰С. Кожные покровы: обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания положительный справа.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $15,2 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 9%, сегментоядерные нейтрофилы 60%, эозинофилы 1%, лимфоциты 25%, моноциты 5%, СОЭ 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, прозрачность - неполная, моча мутная, относительная плотность 1010, рН 6,5, белок 0,21 г/л, глюкоза - отрицательно; эпителий 0-2 в п/зр, лейкоциты 4050 в п/зр, эритроциты 0, соли не обнаружены, слизь большое количество, бактерии большое количество

УЗИ почек - пиелокаликотазия слева.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 32

Пациент 17 лет на приеме у врача общей практики. Жалобы на избыточную массу тела, частые головные боли в теменной и затылочной областях, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Избыточная масса тела отмечена с 3 -х летнего возраста. Аппетит всегда был повышен. Из продуктов питания предпочитает хлебобулочные изделия, мясо, колбасы. В детстве - частые ОРВИ, хронический тонзиллит с частыми обострениями. У матери и брата - ожирение.

Объективно: Рост 182 см, масса тела 116 кг (ИМТ - 35,2 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. На коже грудных

желез, боковых поверхностей живота, внутренних поверхностей бедер, множественные узкие розовые стрии. Двусторонняя гинекомастия. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный.

При обследовании: общий анализ крови и мочи в норме. Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак 5,5 ммоль/л; через 2 часа после перорального приема 75 г глюкозы - 8,2 ммоль/л.

На рентгенограмме костей черепа - усиление сосудистого рисунка. Форма и размеры турецкого седла в пределах нормы.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 33

Больная В., 62 года, обратилась к врачу общей практики с жалобами на красный цвет мочи, боли в поясничной области, слабость.

В анамнезе: в молодости неоднократно переносила острый цистит, лечилась антибактериальными препаратами. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями, принимает различные нестероидные препараты (диклофенак, индометацин, найз). Красный цвет мочи отметила неделю назад однократно, вчера эпизод гематурии повторился. Болей при мочеиспускании не отмечала, дизурии нет, температура тела в норме.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Нормотермия. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 74 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравerteбральные точки болезненны при пальпации на уровне L1-L5 позвонков.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 64%, эозинофилы 2%, лимфоциты 25%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20-30 в п/зр, эритроциты 100 в п/зр, белок 0,066 г/л, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: креатинин 106 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 260 ммоль/л.

УЗИ почек: размеры почек не изменены. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 34

Женщина 35 лет, беременностью 28 недель, направлена гинекологом к врачу общей практики с жалобами на изжогу 2-3 раза в день, усиливающуюся в положении лежа, тошноту, рвоту кислым по утрам, периодически чувство тяжести в эпигастрии.

Подобные жалобы появились на сроке 24 недели. Наблюдалась в женской консультации с токсикозом I половины беременности. В подростковом возрасте беспокоили тошнота, боли в животе, состояние расценивалось как хронический гастрит. Отец страдает язвенной болезнью, у матери желчнокаменная болезнь. При осмотре: язык обложен у корня. При глубокой пальпации небольшая болезненность в эпигастрии справа.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,3 \times 10^9/л$, лейкоформула не изменена, СОЭ 21 мм/ч. Общий анализ мочи: без отклонений от нормы

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИТОГОВОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

1. Этика и деонтология в медицине. Этапы консультирования больного. Особенности консультирования пациентов в конфликтной ситуации. Синдром эмоционального выгорания у врачей.
2. Основные причины и характеристики кашля. Локализация кашлевых рецепторов. Осложнения кашля. Диагностическая программа ведения больного с кашлем.
3. Основные алгоритмы диагностики при остром и хроническом кашле. Лечебные подходы к ведению пациента с кашлем. Лекарственные препараты для лечения кашля.
4. Диагностический поиск при боли в грудной клетке. Заболевания, которые необходимо исключить/подтвердить в первую очередь при синдроме болей в грудной клетке.
5. Характеристика болевого синдрома при кардиалгиях различной этиологии. Некоронарогенные поражения миокарда. Тактика ведения и лечения в условиях поликлиники.
6. Современное определение понятия «температура тела». Дать определение понятий «длительный субфебрилитет», «лихорадка неясного генеза», «гипертермия». Причины длительного субфебрилитета. Заболевания, протекающие с лихорадкой.
7. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ): этиология, клинические симптомы (общие и местные), диагностика и лечение в условиях поликлиники. Экспертиза трудоспособности.
8. Грипп: серотипы, особенности клинических проявлений. Диагностика и лечение в условиях поликлиники. Осложнения.
9. Осложнения ОРВИ. Показания для госпитализации. Вакцинация против гриппа. Группы населения, подлежащие обязательной вакцинации. Типы противогриппозных вакцин.
10. Центры здоровья. Принципы здорового образа жизни. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у курящих. Принципы лечения никотиновой зависимости.
11. Диспансеризация населения. Виды и этапы диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Работа врача терапевта с диспансерными группами. Критерии эффективности диспансеризации.
12. Отделения профилактики. Дневной стационар. Группы пациентов, подлежащие направлению в дневной стационар поликлиники.
13. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике. Правила выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности. Задачи и функции Врачебной комиссии поликлиники.
14. Понятие стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Критерии установления групп инвалидности. Задачи и функции Бюро медико-социальной экспертизы.
15. Метаболический синдром: диагностические критерии, лечение пациентов с метаболическим синдромом. Вторичная профилактика.
16. ХОБЛ: определение, причины, классификация, фенотипы, клиника, диагностика.
17. Лечение ХОБЛ. Характеристика препаратов, используемых при лечении (бронхолитики, ИГКС и другие). Схемы базисной лекарственной терапии. Показания для госпитализации.
18. Алгоритм ведения пациента с ХОБЛ. Критерии обострения ХОБЛ, лечение обострений. Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ.
19. Вакцинопрофилактика.

20. Бронхиальная астма: определение, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
21. Бронхиальная астма: фенотипы бронхиальной астмы. Лечение бронхиальной астмы (характеристика препаратов, используемых для лечения). Принципы ступенчатой терапии. Показания для аллергенспецифической иммунотерапии.
22. Бронхиальная астма: определение, факторы риска. Критерии диагностики. Вторичная профилактика. Диспансерное наблюдение. Школа для больных БА.
23. Внебольничная пневмония: этиология, клиническая картина, диагностика. Принципы эмпирической терапии; критерии эффективности антибактериальной терапии. Показания к госпитализации.
24. Внебольничная пневмония: дифференциальная диагностика. Особенности течения и лечения микоплазменной и хламидийной пневмоний.
25. Тактика ведения и лечения внебольничной пневмонии в условиях поликлиники. Диспансеризация.
26. Анемический синдром: гипохромные, нормохромные, гиперхромные анемии. Алгоритм диагностического поиска.
27. Гипохромные микроцитарные анемии: диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА). Лечение ЖДА. Вторичная профилактика.
28. Гиперхромные макроцитарные анемии. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика В12-дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии. Принципы лечения. Вторичная профилактика.
29. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у пожилых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
30. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у молодых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
31. Хронический панкреатит: факторы риска и причины развития, классификация. Клиническая картина. Осложнения.
32. Хронический панкреатит: диагностика, лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.
33. Заболевания желчевыводящих путей: факторы риска, классификация. Клиника, диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта.
34. Хронический некалькулезный холецистит: причины, клинические проявления (в т.ч. атипичные). Лечение. Вторичная профилактика.
35. Хронические гепатиты в практике терапевта поликлиники. Классификация. Основные клинические синдромы.
36. Жировая болезнь печени в практике терапевта поликлиники: диагностика, дифференциальная диагностика.
37. Циррозы печени в практике терапевта поликлиники: тактика ведения и лечения хронических вирусных гепатитов. Вторичная профилактика.
38. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при протеинурии. Диагностическая значимость альбуминурии.
39. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при гематурии.
40. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при лейкоцитурии. Инфекция

мочевыводящих путей.

41. ХБП. Факторы риска, скрининг, диагностика.
42. Диагностические критерии ХБП. Алгоритм диагностики ХБП. Классификация ХБП.
43. ХБП. Профилактика и основные подходы к лечению ХБП. Принципы нефро- и кардиопротективной терапии.
44. Гипертонические кризы: определение, классификация, клиническая картина, лечение.
45. возраста. Осложнения. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
46. Пожилой больной. Коморбидность. Приверженность пациентов к лечению. Факторы, влияющие на приверженность к лечению. Пути оценки приверженности к лечению на амбулаторном этапе.
47. Старческая астения. Факторы формирования, клиническая картина, «органы-мишени», план профилактики старческой астении.
48. Грипп у беременной женщины. Факторы риска развития тяжёлого течения гриппа. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
49. Бессимптомная бактериурия у женщин во время беременности. Критерии диагностики, лечение.
50. Артериальная гипертензия во время беременности: классификация, критерии диагностики и начала терапии. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии во время беременности.
51. Острый коронарный синдром: клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациента с ОКС.
52. Факторы риска развития ИБС. Профилактика событий (лекарственные средства, улучшающие прогноз).
53. ИБС: классификация. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Экспертиза трудоспособности.
54. Особенности течения и лечения ИБС у пациентов с сахарным диабетом. Методы коррекции дислипидемии.
55. ИБС: классификация, методы диагностики, тактика ведения пациентов в условиях поликлиники. Вторичная профилактика.
56. Медикаментозная терапия стенокардии. Антиишемические средства (лекарственные средства, улучшающие симптомы заболевания)
57. Кардиореабилитация: цели, этапы и методы (медикаментозные, физические, психологические).
58. Нарушения ритма сердца. Классификация тахикардий. Тактика ведения пациентов с нарушениями ритма.
59. Нарушения проводимости сердца. Классификация брадикардий. Тактика ведения пациентов с нарушением проводимости.
60. Фибрилляция предсердий. Классификация. Лечение и тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники.
61. ТЭЛА. Классификация. Диагностика. Профилактика ТЭЛА. Ведение пациентов, перенесших ТЭЛА, в условиях поликлиники.
62. Отечный синдром в практике врача поликлиники, причины. Дифференциальный диагноз (общие и местные отеки).
63. Суставной синдром в практике врача поликлиники. Дифференциальная диагностика. Тактика

ведения и лечения.

64. Функциональные заболевания ЖКТ. Диагностика. Лечение и тактика ведения пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ.
65. ГЭРБ: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.
66. Язвенная болезнь желудка: причины, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.
67. Язвенная болезнь 12-перстной кишки: причины, диагностика, лечение. Вторичная профилактика.
68. Классификация артериальной гипертензии (стадии, степени). Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией. Первичная и вторичная профилактика.
69. Лечение артериальной гипертонии. Основные группы лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертонии. Особенности лечения пациентов артериальной гипертонией в сочетании с ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом.
70. Обеспечение физической активности гражданам, имеющих ограничения в состоянии здоровья.
71. Дилатационная кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности. Ведение больных в поликлинике.
72. Гипертрофическая кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности. Ведение больных в поликлинике.
73. Оказание помощи пациентам по отказу от курения. Стратегия «5А» в выявлении и лечении курильщиков. Оценка степени никотиновой зависимости. Возможности терапии.
74. Основные принципы здорового питания. Правильный режим питания. Особенности питания при заболеваниях сердца и сосудов.
75. Трудоспособность и заболеваемость. Виды нетрудоспособности. Порядок выдачи документов, подтверждающих нетрудоспособность для различных категорий граждан (граждан РФ, иностранным гражданам). Правила продления листков нетрудоспособности.
76. Контрацепция. Индивидуальные рекомендации предохранения от беременности
77. Нарушение менструальной функции. Возможные причины и методы их диагностики.
78. Климакс. Показания к лечению и выбор терапии
79. Онкогинекология. Предраковые заболевания. Злокачественные новообразования. Ранняя диагностика, тактика ведения.
80. Остеохондроз. Неврологическая симптоматика в зависимости от локализации. Диагностика. Лечение.
81. Острое нарушение мозгового кровообращения. Показания к госпитализации. Тактика ведения и лечения на до и постгоспитальном этапе. Реабилитация.
82. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Ишемическая болезнь головного мозга. Диагностика, клиника, лечение.
83. Диагностика воспалительных заболеваний наружного, среднего и внутреннего уха. Тактика лечения. Профилактика и ранняя диагностика отогенных осложнений.
84. Болезнь Меньера. Диагностика и лечение.
85. Тактика ведения больных с полипозом и аденоидами.
86. Диагностика, лечение и профилактика острого и хронического тонзиллитов.
87. Глаукома. Диагностика и лечение.