

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

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ

**Фонд оценочных средств
по дисциплине**

ТЕРАПИЯ

Специальность
31.08.49 Терапия

Направленность (профиль) программы
Терапия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств дисциплины «Терапия» разработан в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 15 и входит в состав образовательной программы высшего образования (программы ординатуры) по специальности 31.08.49 Терапия

Реализация основной образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России.**

Программа разработана на кафедре терапии имени проф. Е.Н. Дормидонтова
Заведующий кафедрой - Ильин Михаил Витальевич, доктор медицинских наук, профессор

Разработчики:

Ильин Михаил Витальевич, доктор медицинских наук, профессор
Речкина Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент
Парусова Наталья Игоревна, кандидат медицинских наук, ассистент

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации

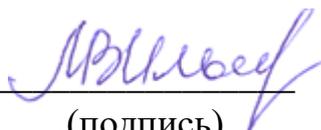


(подпись)

Л.А. Савельева

« 14 » июня 2024 года

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 учебных 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 четырёхранговую шкалу осуществляется по схеме:

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

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

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

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

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

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

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

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

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

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ТЕРАПИЯ

Специальность

31.08.49 Терапия

Направленность (профиль) программы

Терапия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

Универсальные компетенции (УК):

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории развития и профессионального роста

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара

ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

- 1 Показатель «число диагностических ошибок» относится к типу показателей
ресурсному
качественному
интегральному
финансовому
- 2 Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в собственности
страховых медицинских организаций
предприятий, организаций
фонда социального страхования населения Российской Федерации
государства
- 3 Записи в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) ведутся на языке
русском
английском
региона
любом
- 4 Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в
субъективных характеристиках
процентах
десятичных долях
долях от целого
- 5 Датой установления инвалидности является
дата регистрации документов в бюро
дата непосредственного освидетельствования
дата открытия больного листа
следующий день после регистрации документов в бюро
- 6 Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет
Министерство Здравоохранения
Федеральное медико-биологическое агентство
бюро медико-социальной экспертизы
территориальный фонд ОМС
- 7 Целью медицинского страхования в России является
сохранение и укрепление здоровья населения
упорядочение отчётности медицинских организаций
усиление ответственности медицинских работников за качество медицинской помощи
гарантирование гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт
накопленных средств
- 8 В случае признания гражданина инвалидом ему выдают
справку о группе инвалидности, индивидуальную программу реабилитации, при наличии листка
временной нетрудоспособности в нем делается отметка об экспертном решении

справку произвольной формы и выписку о результатах прохождения МСЭ
выписку из протокола заседания бюро МСЭ и индивидуальную программу реабилитации
только справку о группе инвалидности
- 9 Современная система оплаты труда в здравоохранении является
стимулирующей
повременной
комиссионной
сдельной
- 10 К первичным факторам риска заболеваний относят
сахарный диабет
гиподинамию
гиперхолестеринемию

артериальную гипертензию

- 11 Наличие материальных ценностей в медицинской организации отражает приёмно-передаточная накладная
требование на получение материальных ценностей
акт на списание материальных ценностей
инвентаризационная (сличительная) ведомость
- 12 Из условий, влияющих на здоровье, наиболее значимым, согласно данным ВОЗ, является образ жизни
здравоохранение
внешняя среда
наследственность
- 13 Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра
заведующий структурным подразделением
медсестра процедурного кабинета
постовая медицинская сестра
- 14 Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет лечащий врач с утверждением заведующего отделением
лечащий врач самостоятельно
руководители лечебно-профилактических учреждений и поликлиник
клинико-экспертная комиссия по представлению лечащего врача и заведующего отделением
- 15 Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица дети, пожилые, беременные
без определенного места жительства
с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
мигранты
- 16 В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания
травмы и отравления, болезни органов дыхания
болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления
- 17 Укажите, какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким амбулаторно-поликлиническая помощь
скорая медицинская помощь
стационарная помощь
санаторно-курортная помощь
- 18 Страхование по ОМС - это исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении страхового риска и по ее оплате медицинской организации
исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу своевременной медицинской помощи при возникновении страхового риска или страхового случая
исполнение обязательств по предоставлению лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
- 19 Обособленное структурное подразделение медицинской организации, выполняющее лабораторные исследования, не требующие сложного, высокопроизводительного оборудования и специально обученного персонала
клинико-диагностическая лаборатория I уровня
клинико-диагностическая лаборатория II уровня
клинико-диагностическая лаборатория III уровня
клинико-диагностическая лаборатория IV уровня

- 20 Вид исследования, которое может выполняться только в клинико-диагностической лаборатории III уровня
иммуногематологические исследования
биохимические исследования крови и других биологических материалов
определение чувствительности к индукторам интерферона
определение глюкозы в крови
- 21 Вид исследования, которое может выполняться в клинико-диагностической лаборатории II уровня
определение чувствительности к индукторам интерферона
скрининговые исследования на ВИЧ
исследование интерферонового статуса
определение чувствительности к иммуномодуляторам интерферона
- 22 Какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны?
административную, уголовную, гражданско-правовую
гражданско-правовую, уголовную, дисциплинарную
дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную
уголовную, дисциплинарную, административную
- 23 В каких случаях, и с какой целью допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну?
по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина
- 24 Всегда ли следует получать согласие больного или его законного представителя на медицинское вмешательство?
всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно
всегда при проведении медицинского вмешательства
всегда, когда медицинское вмешательство неотложно
всегда, когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке
- 25 Общественное здоровье - это
наука о социологии здоровья
система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
наука о социальных проблемах медицины
наука о закономерностях здоровья
- 26 Здравоохранение - это
наука о социологии здоровья
система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
наука о социальных проблемах медицины
- 27 Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют
экологические
биологические
образ жизни
уровень организации медицинской помощи
- 28 Вопросы оказания медицинской помощи в Российской Федерации регулируются следующей отраслью права
природоохранное (экологическое) право
пенсионное право
трудовое право
медицинское право
- 29 Здоровье по определению Устава ВОЗ - это
состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции

- состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов
- состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения
- 30 В структуре заболеваемости населения по данным обращаемости на первом месте стоят болезни системы кровообращения
системы пищеварения
органов дыхания
нервной системы
- 31 Основным учётный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности медицинская карта амбулаторного больного
листок нетрудоспособности
экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
статистическая карта выбывшего из стационара
- 32 Инвалидность - это утрата трудоспособности
стойкая
временная
общая
профессиональная
- 33 Первое место в структуре инвалидности занимают болезни органов дыхания
последствия травм
болезни сердечно-сосудистой системы
новообразования
- 34 Основным в странах со страховой медициной источником финансирования здравоохранения является средства предприятий и организаций
граждан
бюджета
социального страхования, включающие ОМС
- 35 Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является посещение больного по поводу заболевания
первичное обращение больного по поводу данного заболевания в текущем году
каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания
- 36 Профилактика - это мера государственного воздействия
комплекс санитарных норм
один из элементов медицинской помощи
- 37 Целью диспансеризации населения является улучшение здоровья населения
наблюдение за прикрепленным контингентом
оценка здоровья пациента на момент обследования
оказание специализированной медицинской помощи
- 38 Первым уровнем экспертизы временной нетрудоспособности является лечащий врач
заведующий отделением
клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
- 39 Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют лечащие врачи, работающие в лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения

муниципальной и частной системах здравоохранения
государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения при наличии соответствующей лицензии

- 40 Продление листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах свыше 30 дней осуществляет лечащий врач
заведующий отделением
клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
- 41 Главным источником финансирования здравоохранения России является бюджет
средства обязательного медицинского страхования
средства добровольного медицинского страхования
средства предприятий, учреждений, организаций
- 42 Наиболее тяжёлой группой инвалидности является
1-я группа
2-я группа
3-я группа
- 43 Установление группы инвалидности осуществляется
участковым врачом
заведующим отделением
клинико-экспертной комиссией
бюро медико-социальной экспертизы
- 44 Какой документ используют для изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями?
амбулаторную карту
статистический талон
талон на прием к врачу
извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
- 45 Наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
развитие первичной медико-санитарной помощи
развитие сети диспансеров
повышение роли стационаров
повышение роли санаторно-курортной помощи
- 46 Основной фигурой в системе профилактики являются
врачи центра медицинской профилактики
специалисты центров Роспотребнадзора
участковые врачи поликлиники
врачи психоневрологического диспансера
- 47 Вторичная профилактика - это
предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
предупреждение обострений заболевания
предупреждение возникновения инвалидности
- 48 Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения
острых заболеваний
инфекционных заболеваний
несчастных случаев
хронических заболеваний
- 49 Какие выделяют виды реабилитации инвалидов?
психологическая, социальная
медицинская, психологическая, профессиональная, социальная
полная, частичная
психологическая, профессиональная

- 50 Высокотехнологичная медицинская помощь обособлена в своем определении и анализе является частью специализированной медицинской помощи является частью системы государственных гарантий граждан РФ устанавливается согласно программе ОМС
- 51 На занятие частной врачебной медицинской практикой имеют право лица получившие диплом врача получившие диплом врача и удостоверение об аккредитации получившие диплом врача, удостоверение об аккредитации и лицензию на избранный вид деятельности
- 52 Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь
в территориальной поликлинике
в любой поликлинике Российской Федерации
в любой поликлинике населенного пункта
в любой поликлинике субъекта Федерации
- 53 Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан больничный лист трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:
рентгеноскопия грудной клетки
колоноскопия
эхокардиография
подбор контактных линз
- 54 Укажите страну, где наблюдается наибольшая разница в продолжительности жизни мужчин и женщин
Япония
Россия
Германия
США
- 55 Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца
мечевидный отросток
нижняя треть грудины
левая половина грудной клетки
средняя часть грудины
- 56 Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»
заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти
заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти
заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья
заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность
- 57 Перечислите показатели заболеваемости социально значимых болезней, которые характеризуют качество и доступность медицинской помощи по программе государственных гарантий
наркомания, токсикомания, психические расстройства, ВИЧ-инфекция
онкозаболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, сифилис
артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца
туберкулез, ВИЧ-инфекция, гонорея, артериальная гипертония
- 1 Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний в практике врача- терапевта
- 58 Как выглядит на ЭКГ интрамуральный инфаркт миокарда?
глубокий отрицательный зубец Т
уширенный зубец Q небольшой амплитуды
сегмент ST ниже изолинии дугой вниз
сегмент ST выше изолинии дугой вверх
- 59 Субэндокардиальный инфаркт миокарда имеет отражение на ЭКГ в виде

снижение сегмента ST с отрицательным зубцом T
отрицательный зубец T
снижение ST, уменьшение зубца R, зубец T двухфазный или отрицательный
снижение сегмента ST в грудных отведениях, подъем ST в III, AVF

- 60 Как выглядит на ЭКГ трансмуральное ишемическое повреждение передней стенки левого желудочка в отведении V2 в подострой стадии?
сегмент ST ниже изолинии
сегмент ST выше изолинии дугой вверх
глубокий патологический зубец Q
сегмент ST выше изолинии и отрицательный зубец T
- 61 Для хронической аневризмы характерно
отсутствие отрицательного зубца T
повышение сегмента ST в течение длительного времени
снижение сегмента ST в течение длительного времени
высокий "коронарный" зубец T
- 62 Внешнее дыхание определяют процессы
вентиляция, диффузия
вентиляция, диффузия, перфузия, тканевое окисление, газообмен
вентиляция, диффузия, перфузия
тканевое окисление, газообмен
- 63 При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий назначение антикоагулянтов до кардиоверсии необходимо
48 часов и более
6-12 часов
12-24 часа
72 часа
- 64 При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий непрямые антикоагулянты до кардиоверсии можно не назначать
6-12 часов
12-24 часа
72 часа
менее 48 часов
- 65 Терапевтическая широта (терапевтическое окно) - это
отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови
терапевтическая доза лекарства
процент не связанного с белком лекарства
диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства
- 66 При назначении следующих лекарственных средств следует учитывать функцию и печени, и почек
липофильных, образующих неактивные метаболиты
липофильных, образующих активные метаболиты
гидрофильных
гепатотоксичных
- 67 Селективность действия лекарственного вещества зависит от
объема распределения
периода полувыведения
дозы
связи с белком
- 68 Препаратом выбора при наличии атипичных возбудителей (микоплазма, хламидии) является
метронидазол
гентамицин
карбенициллин

азитромицин

- 69 Препаратами выбора при наличии атипичных возбудителей (микоплазма, хламидии) являются
пенициллины
аминогликозиды
цефалоспорины
фторхинолоны
- 70 К какому классу противовирусных средств относится осельтамивир?
противогриппозные
антиретровирусные
противогерпетические
противоцитомегаловирусные
- 71 Выберите препарат с доказанной противогриппозной эффективностью
занамибир
гриппферон
дибазол
амиксин
- 72 При достижении целевых значений артериального давления
следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках неопределенно долгий срок
можно отменить один из препаратов на некоторый период времени
можно разрешить пропуск приема препаратов на 1 -2 дня в неделю
следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках не менее 3 месяцев
- 73 Относительным противопоказанием к проведению нагрузочного теста является
острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток
критический аортальный стеноз
острый миокардит
стеноз ствола левой коронарной артерии
- 74 Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком
инфаркта миокарда
тампонады сердца
тромбоэмболии легочной артерии
фибрилляции предсердий
- 75 Изменения ЭКГ, характерные для синусовой тахикардии
увеличение интервалов PP и RR
удлинение интервала QT
уменьшение интервалов PP и RR
увеличение зубца T
- 76 При лечении гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка препаратами выбора являются
блокаторы ангиотензиновых рецепторов
диуретики
Р-адреноблокаторы
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 77 Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного приступом стенокардии, является
моксонидин
нифедипин

нитроглицерин
клофелин
- 78 При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда
200 Дж
220 W

150 Дж

50 Дж

- 79 Для лиц в пожилом возрасте характерными реакциями на физическую нагрузку являются быстрая вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв
медленная вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв
средняя вработываемость, средняя продолжительность восстановительного периода после нагрузки, средний функциональный резерв
медленная вработываемость, удлинение восстановительного периода после нагрузки, низкий функциональный резерв
- 80 Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, наиболее эффективен препарат
фентанил
фуросемид
клонидин
сернокислая магнезия
- 81 К непрямым антикоагулянтам относится
аспирин
клопидогрель
варфарин
гепарин
- 82 Какие аритмии сердца являются прогностически безопасными?
частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с острым инфарктом миокарда
устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса
частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца
устойчивая желудочковая тахикардия у больных с низкой фракцией выброса
- 83 Признак дисфункции синусового узла
выраженная синусовая брадикардия
АВ-блокада I степени
предсердная экстрасистолия
фибрилляция предсердий
- 84 Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является
возникновение фиброза легких
нарушение функции щитовидной железы
фотосенсибилизация
периферические нейропатии
- 85 Показатель международное нормализованное отношение (МНО) необходимо контролировать при терапии
ривароксабаном
варфарином
дабигатраном
гепаринами
- 86 Какие процессы приводят к обструкции?
бронхоспазм
отёк слизистой бронхов
рубцовая деформация бронхов
пневмоторакс
- 87 ЭКГ признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса
ширина комплекса QRS более 0.12
широкий зубец R в левых грудных отведениях
отсутствие зубца Q в I и V5-6 отведениях

QS в правых грудных отведениях
зубец Q в I и V5-6 отведениях

- 88 Критерии пароксизмальной предсердной тахикардии
зубец P связан с QRS
частота ритма предсердий 150 - 200 сокращений в минуту
частота ритма предсердий 200 - 300 сокращений в минуту
удлинение интервала PQ при ПТ (длиннее, чем при синусовом ритме)
феномен АВ блокады с кратностью проведения импульсов на желудочки
абerrация желудочкового комплекса по типу блокады правой ножки пучка Гиса
абerrация желудочкового комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса
укорочение интервала PQ при ПТ (короче, чем при синусовом ритме)
- 89 Критерии синдрома Фредерика
фибрилляция предсердий и АВ блокада III ст. (атриовентрикулярная диссоциация)
регулярный желудочковый ритм
постоянные интервалы R-R
40-60 желудочковых сокращений в минуту
меняющиеся интервалы R-R
- 90 Подъем сегмента ST у больных без ишемической болезни сердца на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, может наблюдаться при
острых перикардитах
нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях с глубокими зубцами S
тромбозом легочной артерии в отведениях V1-2
синдроме ранней реполяризации
синдроме удлинения интервала QT
- 91 Высокая относительная плотность мочи характерна для
сморщенной почки
сахарного диабета
хронического нефрита
пиелонефрита
- 92 Дыхательный объем - это
максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха
- 93 Везикулярное дыхание выслушивается на
протяжении всего вдоха и всего выдоха
вдохе и первой трети выдоха
вдохе и первых двух третях выдоха
выдохе
- 1 Болезни органов дыхания
- 94 Основным рентгенологическим признаком пневмонии является
инфильтрация легочной ткани
усиление легочного рисунка
обеднение легочного рисунка
выпот в плевральной полости
образование полости
- 95 Пневмония при коронавирусной инфекции характеризуется
преобладанием интерстициального компонента
склонностью к абсцессам
гнойным расплавлением легочной ткани
поражением верхних долей
- 96 Идентификация возбудителя при пневмонии
обязательно проводится до начала антибактериальной терапии

- проводится, но антибактериальная терапия начинается эмпирически
важна для экспертизы
проводится с научной целью
- 97 Повышенный уровень С-реактивного белка в сыворотке крови характерен для
бронхиальной астмы
гистиоцитоза Х
микробного паренхиматозного воспаления
бронхиальной астмы, интерстициального легочного фиброза
- 98 Тест определения антигена микроорганизма в моче проводится с целью верификации определения
легионеллеза
микоплазменной пневмонии
вируса гриппа
грибковой инфекции
хламидийной пневмонии
- 99 Прогностические шкалы помогают определить
этиологию пневмонии
риск неблагоприятного исхода и место проведения лечения
распространённость процесса
сроки антибактериальной терапии
социальный статус пациента
- 100 Синдром средней доли характеризуется
наличием перициссурита
наличием воздуха в междолевой плевре
полным или частичным ателектазом средней доли
болевым синдромом
фиброзом плевры
- 101 Шкала CURB-65 отличается от шкалы CRB-65
в ней учитывается возраст пациента
в ней учитывается показатель сатурации кислорода в артериальной крови
в ней учитывается уровень лейкоцитов
в ней учитывается уровень азота мочевины крови
в ней учитывается пол пациента
- 102 Тактика ведения пациента с пневмонией при наличии 2-х баллов по шкале CRB-65
лечение дома
госпитализация в отделение реанимации
госпитализация в стационар
- необходимо провести дополнительное обследование
- 103 Какой путь инфицирования является ведущим при внебольничной пневмонии?
микроаспирация
ингаляция микробного аэрозоля
гематогенная диссеминация
реактивация латентной инфекции
непосредственное распространение инфекции
- 104 Какой путь инфицирования является ведущим при нозокомиальной пневмонии?
микроаспирация
ингаляция микробного аэрозоля
гематогенная диссеминация
реактивация латентной инфекции
непосредственное распространение инфекции
- 105 Внебольничная пневмония - это
пневмония у лиц, не работающих в больнице
пневмония, развившаяся во внебольничных условиях
пневмония у пациентов, выписанных из больницы

- пневмония у медицинских работников
- 106 Внебольничная пневмония - это
остро возникшее заболевание
заболевание с хроническим течением
заболевание с рецидивирующим течением
заболевание с возвратным течением
заболевание туберкулезной этиологии
- 107 К внебольничной пневмонии относят заболевание, развившееся в условиях больницы в течение
48 часов с момента поступления
72 часов с момента поступления
24 часов с момента поступления
через неделю после поступления
- 108 Нозокомиальная пневмония - это заболевание, развившееся
позже, чем через 36 часов с момента поступления в больницу
позже, чем через 24 часа с момента поступления в больницу
позже, чем через 48 часов с момента поступления в больницу
сразу же при поступлении в больницу
- 109 Барьерную функцию лёгких выполняют:
кашлевой рефлекс
мукоцилиарный клиренс
секреторный иммуноглобулин А
альвеолярные макрофаги, кашлевой рефлекс, мукоцилиарный клиренс, секреторный иммуноглобулин А
- А
альвеолярные макрофаги, секреторный иммуноглобулин А
- 110 Укажите лекарственное средство, способствующее разрушению бактериальных биопленок
пенициллин
флуконазол
N-ацетилцистеин
рофлумиласт
- 111 К облигатным внутриклеточным возбудителям пневмонии относится
пневмококк

коронавирус
хламидия
золотистый стафилококк
гемофильная палочка
- 112 Пневмококк (*S. pneumoniae*)
является нормальным сапрофитом ротоглотки
попадает в легкие из вентиляционных сетей
размножается в желудочно-кишечном тракте
является компонентом домашней пыли
в норме в организме человека не встречается
- 113 Источником заражения *Legionella pneumophila* является
домашняя пыль
постельные принадлежности
система водоснабжения
пищевые продукты
атмосферный воздух
- 114 Пациент, который получает лечение программным гемодиализом на протяжении 3 месяцев, поступает в стационар общего профиля с жалобами на кашель, лихорадку. На рентгенограмме - инфильтрация в нижней доле правого легкого. Как грамотно сформулировать основной диагноз?
внебольничная пневмония
нозокомиальная пневмония
атипичная пневмония

- пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
пневмония, связанная с иммунодефицитом
- 115 Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является
стафилококк
микоплазма
пневмококк
хламидия
гемофильная палочка
- 116 Пневмония после гриппа чаще всего связана с инфицированием
микоплазмой
пневмококком
золотистым стафилококком
легионеллой
хламидией
- 117 При несанированной полости рта пневмония будет вызвана скорее всего
легионеллой
пневмококком
анаэробами
моракселлой
синегнойной палочкой
- 118 Пациент нуждается в дообследовании, если после окончания антибактериальной терапии
инфильтрация сохраняется на протяжении
3 дней
1 недели
2 недель
3 недель
4 недель
- 119 Пневмония, вызванная вирусом гриппа

поражает верхнюю долю
поражает нижнюю долю
развивается в форме альвеолита
поражает язычковую долю
- 120 Организующаяся пневмония - это
пневмония в организованных коллективах
разрастание грануляционной ткани в альвеолах и респираторных бронхиолах
экзогенный аллергический альвеолит
пневмония с поражением средней доли
- 121 При нетяжелой внебольничной пневмонии длительность антибактериальной терапии обычно
составляет
18 дней
7 дней
12 дней
21 день
- 122 К так называемым атипичным возбудителям пневмонии относятся
стафилококки
микоплазмы
боррелии
сальмонеллы
микобактерии
- 123 Вакцинация против пневмококка проводится
всему работоспособному населению
всем работникам транспорта
лицам старше 65 лет

лицам, работа которых связана с вредным воздействием на легкие и бронхи

- 124 Препаратами первой линии для лечения внебольничной пневмонии без сопутствующих заболеваний и не принимавших antimicrobные препараты более двух дней за последние три месяца являются
респираторные фторхинолоны
тетрациклины
гликопептиды
амоксциллин или макролиды
тетрациклины, респираторные фторхинолоны
- 125 Какие антибактериальные препараты являются альтернативными для лечения неосложненной внебольничной пневмонии у лиц с сопутствующими заболеваниями?
респираторные фторхинолоны
макролиды
гликопептиды
ингибитор-защищенные пенициллины
карбапенемы
- 126 Критериям для отмены антибиотика при пневмонии является
стойкая нормализация температуры
полное разрешение инфильтрации на рентгенограмме
нормализация СОЭ
полное разрешение инфильтрации на рентгенограмме, нормализация СОЭ
- 127 Препаратом первой линии для лечения внебольничной пневмонии с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими antimicrobные препараты более двух дней за последние три месяца являются защищенные aminopenicillины

ципрофлоксацин
ванкомицин
карбапенем
- 128 Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы возникают
только в крупных и средних бронхах
только в мелких бронхах
на всем протяжении бронхиального дерева
в бронхах и альвеолах
только в средних и мелких бронхах
- 129 Важнейшими критериями диагностики бронхиальной астмы являются
приступы инспираторной одышки
индекс курящего человека более 20 пачек/лет
обратимый характер бронхиальной обструкции
характерные изменения на рентгенограмме
периодически возникающее кровохарканье
- 130 У больного аллергической бронхиальной астмой в мокроте чаще всего находят большое количество
эозинофильных лейкоцитов
нейтрофильных лейкоцитов
грамположительных кокков
грамотрицательных палочек
эритроцитов
- 131 Бронходилататорный тест считают отрицательным в случае прироста ОФВ1
менее 12% и менее 200 мл
менее 15-20% и менее 300 мл
менее 20% и менее 300 мл
менее 25% и менее 400 мл
менее 30% и менее 400 мл
- 132 Бронхопровокационный тест проводят
с бронхолитиками
с метахолином

- с гипертоническим раствором натрия хлорида
с оксидом углерода
- 133 Бронхиальная астма, как правило, характеризуется наличием аллергии (атопии) в анамнезе
появления экспираторной одышки и/или кашля
суточных колебаний ПСВ более чем на 20%
необратимости бронхиальной обструкции
высокой эозинофилии крови и мокроты
- 134 Меры профилактики бронхиальной астмы
ограничение занятий спортом
поощрение занятий спортом
отказ от курения
массаж грудной клетки
дыхательная гимнастика
- 135 Каково время начала действия и продолжительность действия сальметерола?
начало 3-5 минут, продолжительность 4-6 часов
начало 3-5 минут, продолжительность до 12 часов
начало 10-20 минут, продолжительность до 12 часов
начало 10-20 минут, продолжительность 4-6 часов
- 136 При приступе бронхиальной астмы больному проводится ингаляция бета-2-агонистов с быстрым началом действия
кромонав
продолжительных бета-2-агонистов
ипратропия бромид
кромонав и продолжительных бета-2-агонистов
- 137 При угрозе остановки дыхания у больного обострением бронхиальной астмы при аускультации
выслушивается большое количество сухих хрипов
хрипы не выслушиваются
выслушивается большое количество влажных хрипов
выслушиваются сухие и влажные хрипы
выслушивается большое количество сухих разнотональных хрипов
- 138 Какой лекарственный препарат может спровоцировать приступ у больного с аспириновой формой бронхиальной астмы?
сальбутамол
теофиллины длительного действия
метилпреднизолон
диклофенак
парацетамол
- 139 У больного с бронхиальной астмой (болеет 2 месяца) клинические симптомы наблюдаются ежедневно, в том числе ночью (чаще 1 раза в неделю), он ежедневно принимает ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия. ОФВ1 72% от должных значений, прирост ОФВ1 в тесте с бронхолитиком 20%. С какой степени следует назначить лечение заболевания?
первой (интермиттирующая)
второй (персистирующая легкого течения)
третьей (персистирующая средней тяжести)
четвертой (персистирующая средней тяжести)
пятой (тяжелая астма, трудно контролируемая)
- 140 Пациент принимает низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов. Ежедневно вынужден ингалировать короткодействующий бета-адреномиметик в связи с частым ощущением затруднения дыхания. Ваше заключение
у пациента легкое течение бронхиальной астмы
у пациента контролируемое течение бронхиальной астмы
необходимо продолжить данное лечение
необходимо назначить антагонисты лейкотриенов вместо ингаляционных глюкокортикостероидов

необходимо перейти на следующую ступень лечения бронхиальной астмы

- 141 В настоящее время наиболее эффективными препаратами, контролирующими течение аллергической бронхиальной астмы, признаны
ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия
недокромил натрия
ингаляционные глюкокортикостероиды
системные глюкокортикостероиды
теофиллины медленного высвобождения
- 142 Пролонгированные теофиллины при тяжелом обострении бронхиальной астмы
показаны
не показаны
показаны при мониторинге теофиллинов в плазме крови
показаны при мониторинге ЭКГ и теофиллинов в плазме крови
- 143 Системные глюкокортикоиды при бронхиальной астме назначают
только парентерально
на пятой ступени терапии
для лечения бронхиальной астмы, начиная с легкого персистирующего течения
для лечения бронхиальной астмы, начиная с персистирующей средней тяжести
при интермиттирующем течении
- 144 Основной базисной терапией бронхиальной астмы является
терапия бронходилататорами
противовоспалительная
антибактериальная
десенсибилизирующая
антибактериальная и десенсибилизирующая
- 145 Пациент с бронхиальной астмой принимает ингаляционные глюкокортикоиды в высоких дозах +
пролонгированные бета-2-агонисты. У него низкая потребность в препаратах неотложной помощи, ОФВ1=85%.
Вы считаете, что
у пациента достигнут контроль
у пациента есть высокий риск обострений
пациенту нужно отменить базисную терапию
пациенту нужно оценить уровень контроля, используя опросники
- 146 Отказ от курения
доказанный метод предотвращения прогрессирования хронической обструктивной болезни легких
не играет роли в ведении больного с хронической обструктивной болезнью легких
не имеет значения на поздних стадиях заболевания
не имеет значения на ранних стадиях заболевания
- 147 Варениклин относится к группе и используется в лечении
никотинамических препаратов; никотиновой зависимости
диуретиков; хронической сердечной недостаточности
частичных агонистов никотиновых рецепторов; никотиновой зависимости
антагонистом никотиновых рецепторов, используется в терапии никотиновой зависимости
- 148 Бронхолитическим препаратом суточного действия является
ипратропия бромид
индакатерол
формотерол
фенотерол
сальбутамол
- 149 Рофлумиласт - это
пролонгированный бета-2-агонист
ингаляционный глюкокортикостероид
муколитик
ингибитор фосфодиэстеразы-4

- 150 Монтелукаст - это
пролонгированный бета-2-агонист
муколитик
ингибитор фосфодиэстеразы-4
антагонист рецепторов цистеиниловых лейкотриенов
- 151 Мерцательный эпителий - это
цилиндрический эпителий
многорядный эпителий
плоский эпителий
слушивающийся эпителий
- 152 Метаплазия эпителия - это
замена мерцательного эпителия многорядным плоским:
озлокачествление эпителия
мацерация эпителия
появление отверстий в эпителии
- 153 В спирометрической классификации хронической обструктивной болезни легких используются показатели
ОФВ1 и ОФВ1/ЖЕЛ
ЖЕЛ и МОС25-75
ОФВ1 и ЖЕЛ
ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ
- 154 Эмфизема легких возникает вследствие
повышенной воздушности легких
перерастяжения легких
деструкции эластических волокон стенки альвеолы
респираторного бронхолита
обтурации бронха
- 155 Для панлобулярной эмфиземы характерно
преимущественное поражение левого легкого
преимущественное поражение правого легкого
преимущественное поражение средней доли и язычковых сегментов
преимущественное поражение нижней доли
- 156 Экспираторный коллапс мелких бронхов вызывает
гиперинфляцию
эмфизему
разрушение паренхимы
синдром ночного апноэ
- 157 Динамическая гиперинфляция - это
гиперинфляция в динамическом контроле
гиперинфляция при физической нагрузке
гиперинфляция в покое
врожденная гиперинфляция
- 158 У больных хронической обструктивной болезнью легких легочные сосуды вовлекаются в воспалительный процесс
только на поздних стадиях заболевания
только на ранних стадиях заболевания
на всех стадиях заболевания
в особых случаях
только при ожирении
- 159 Воспаление при хронической обструктивной болезни легких носит
эозинофильный характер
нейтрофильно-макрофагальный характер

- гистиоцитарный характер
гранулематозный характер
- 160 Рентгенография легких при хронической обструктивной болезни легких не является инструментом диагностики
является необходимым инструментом диагностики
помогает в диагностике ранних стадий хронической обструктивной болезни легких
помогает в диагностике поздних стадий хронической обструктивной болезни легких
- 161 Внутренним фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких является
пассивное курение
дефицит массы тела
бронхиальная гиперреактивность
дефицит альфа-1-антитрипсина
- 162 В фенотипической классификации хронической обструктивной болезни легких исключается
кахексический (эмфизематозный) тип
метаболический (бронхитический) тип
с частыми обострениями
с обратимой бронхиальной обструкцией
тромбоэмболический тип
- 163 Классификация хронической обструктивной болезни легких по группам А В Е, согласно рекомендациям GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease), включает в себя оценку
диффузии и объемов легких
выраженности симптомов и частоты обострений
уровня потребления кислорода и выведения CO₂
частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений
давления в легочной артерии и системного артериального давления
- 164 САТ-тест (COPD Assessment Test) - это
тест на определение переносимости шерсти кошки
тест на определение переносимости домашних животных
тест оценки симптоматики хронической обструктивной болезни легких
тест с дозированной физической нагрузкой
тест на беременность
- 165 Шкала MRC определяет
уровень дыхательной недостаточности
уровень одышки
уровень мочевины
уровень КФК
уровень сознания
- 166 Дыхательная недостаточность определяется по
выраженности одышки
уровню давления в легочной артерии
уровню газов артериальной крови или уровню сатурации крови
уровню системного давления
уровню глюкозы крови
- 167 Снижение скорости воздушного потока - это
основной функциональный критерий хронической обструктивной болезни легких
не имеет значения для установки диагноза хронической обструктивной болезни легких
определяется при рентгенографии грудной клетки
определяется с помощью эхокардиографии
помогает провести дифференциальный диагноз между астмой и хронической обструктивной болезнью легких
- 168 Развитие панлобулярной эмфиземы в молодом возрасте заставляет исключать у пациента
муковисцидоз
дефицит альфа-1-антитрипсина

- туберозный склероз
хроническую обструктивную болезнь легких
бронхиальную астму
- 169 В России редкие заболевания легких
не встречаются
встречаются на Дальнем Востоке
встречаются повсеместно
встречаются в сельской местности
встречаются в крупных городах
- 170 В молодом возрасте чаще встречается
саркоидоз и интерстициальный легочный фиброз
саркоидоз и гистиоцитоз Х
интерстициальный легочный фиброз и гистиоцитоз Х
интерстициальный легочный фиброз и альвеолярный протеиноз
- 171 Саркоидоз характеризуется
формированием гранулем без казеозного некроза
формированием казеозного некроза
облитерацией артериол
бронхоспазмом
- 172 Синдром Лефгрена - это появление при саркоидозе
узловой эритемы
язв кожи
признаков колита
гломерулонефрита
нарушений ритма сердца
- 173 При интерстициальном легочном фиброзе характерным признаком будет
формирование сотового лёгкого
наличие очаговых теней в верхушках лёгких
наличие очаговых теней в базальных отделах лёгких
наличие симптома «матового стекла»
наличие полостей легочной деструкции
- 174 Интерстициальный лёгочный фиброз возникает
в младенчестве
в детском возрасте
до 30 лет
в пожилом возрасте
не связан с возрастом
- 175 Основным симптомом интерстициального легочного фиброза является
нарастающая боль в боку
прогрессирующая одышка
кровохарканье
признаки легочного нагноения
гемоторакс
- 176 Преднизолон при интерстициальном легочном фиброзе
малоэффективен
высокоэффективен
назначается всегда при установлении диагноза
назначается в сверхвысоких дозах
назначается пожизненно
- 177 Этиологическим фактором гиперчувствительного пневмонита является
пневмококк
внешний антиген

- вирус гриппа
вирус Эпштейна-Барра
цитомегаловирус
- 178 Легочный альвеолярный протеиноз - это
отложение белка в плевре
скопление липопротеинов в легочных альвеолах
нарушение синтеза белка в печени
изменения белкового состава крови
белковая недостаточность
- 179 Основным симптомом легочного альвеолярного протеиноза при компьютерной томографии легких - это
симптом «булыжной мостовой»
центрилобулярные тени
эмфизема
полости в верхушках легких
полости в базальных отделах легких
- 180 Для установления диагноза легочного альвеолярного протеиноза проводится
пункционная биопсия легких
исследование функции дыхания
открытая биопсия легких
биопсия легких при торакоскопии
изотопная сцинтиграфия легких
- 181 Лангергансноклеточный гистиоцитоз характеризуется
образованием полостей в легких
образованием гранулем с последующим формированием полостей в легких
формированием инфильтратов в легких
формированием внутригрудной лимфаденопатии
формированием бронхоэктазов
- 182 Первым проявлением лангергансноклеточного гистиоцитоза часто бывает
остро наступившая одышка
острая коронарная недостаточность
пневмоторакс
хилоторакс
- 183 В основе первичной цилиарной дискинезии лежит
изменяется количество ресничек мерцательного эпителия
изменяется форма ресничек мерцательного эпителия
дефект ультраструктур ресничек мерцательного эпителия
изменяется расположение ресничек
- 184 Первичная цилиарная дискинезия характеризуется
хроническими и рецидивирующими инфекциями дыхательных путей и бронхоэктазами
появлением в легких секвестров
появлением выпота в плевральных полостях
появлением в легких диссеминации
- 185 Муковисцидоз - это
приобретенное заболевание
генетически детерминированное заболевание
заболевание в результате воздействия окружающей среды
заболевание в результате паразитарной инвазии
- полностью излечимое заболевание
- 186 Изменения в легких при муковисцидозе характеризуются развитием
полостей
тромбоэмболии
двусторонних бронхоэктазов
мезотелиомы

- 187 Основной проблемой со стороны легких при муковисцидозе является рецидивирующее гнойное воспаление
тотальный бронхоспазм
рецидивирующий гемоторакс
рецидивирующая тромбоэмболия
- 188 Первичным диагностическим маркером при муковисцидозе является определение уровня гликированного гемоглобина
определение содержания натрия и хлора в поте
рентгенография грудной клетки
исследование глазного дна
- 189 В соответствии с Государственной программой больные муковисцидозом обеспечиваются нестероидными противовоспалительными препаратами
дорназой-альфа (рекомбинантная человеческая ДН-аза)
отхаркивающими препаратами
витаминами
- 190 Альфа-1-антитрипсин - это фермент поджелудочной железы
белок, защищающий организм от действия эндогенных протеолитических ферментов
медиатор воспаления
цитотоксический медиатор
гормон
- 191 При компьютерной томографии органов грудной клетки у больных с первичной эмфиземой легких выявляется центрилобулярная эмфизема
ограниченная эмфизема
панлобулярная эмфизема
подкожная эмфизема
односторонняя эмфизема
- 192 Наиболее эффективным методом лечения первичной эмфиземы легких является бронхолитическая терапия
применение альфа-1-антитрипсина
назначение ингаляционных глюкокортикоидов
периодическое назначение антибиотиков
неинвазивная вентиляция легких
- 193 Лимфангиолейомиоматоз часто впервые проявляется острыми болями за грудиной
острым бронхоспазмом
хилотораксом
гемотораксом
диспепсией
- 194 Показания к компьютерной томографии органов грудной клетки при пневмонии очевидные симптомы при «негативной» рентгенограмме

нетипичные изменения на рентгенограммах
рецидивирующая пневмония
лихорадка более 39 градусов
- 195 Бронхообструктивный синдром может наблюдаться при следующих заболеваниях бронхиальной астмой
хронической обструктивной болезни легких
муковисцидозом
бронхоэктатической болезнью
пневмонией
- 196 Профилактика обострений бронхиальной астмы включает

- ограничение воздействия аллергенов
противогриппозную вакцинацию
отказ от курения
отказ от грудного вскармливания
- 197 Что из нижеперечисленного включено в определение бронхиальной астмы согласно GINA?
распространенная, но изменяющаяся по своей выраженности обструкция дыхательных путей
формирование эмфиземы легких
бронхиальная гиперреактивность
формирование пневмосклероза
- 198 К симптомам бронхиальной астмы относятся
периодически возникающий кашель
периодически возникающая одышка
эпизоды повторяющихся эпизодов свистящего дыхания
периодически появление мокроты с прожилками крови
- 199 Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают
гиперплазию гладкой мускулатуры бронхов
гиперплазию слизистых желез
эозинофильную инфильтрацию
образование слизистых пробок в бронхах
появление буллезной эмфиземы
- 200 Внутренние факторы, влияющие на развитие бронхиальной астмы, включают
генетическая предрасположенность к атопии
генетическая предрасположенность к гиперреактивности
ожирение
перенесенные вирусные инфекции в 1 триместре беременности
перенесенную пневмонию во время беременности
- 201 К факторам, нарушающим барьерную функцию легких, относятся
злоупотребление алкоголем
хронические заболевания
курение
ингаляции бронхорасширяющих препаратов
- 202 Что из перечисленного ниже относится к факторам бронхиальной обструкции?
гиперсекреция слизи
ларингоспазм
бронхоспазм
отек стенки бронхов
ремоделирование стенки бронхов
- 203 Для пациентов с бронхиальной астмой и гиперчувствительностью к аллергенам домашней пыли, наиболее характерно затруднение дыхания, возникающие
ранним утром
днем
вечером
ночью
не связано с временем суток
- 204 К экзоаллергенам относится
клещи домашней пыли
аллергены домашних животных
микоплазма
грибковые аллергены
пневмококки
- 205 Укажите основные маркеры аллергической бронхиальной астмы
высокий уровень NO в выдыхаемом воздухе
обратимость бронхиальной обструкции

- высокий уровень IgE сыворотки крови
высокий уровень IgG в сыворотке крови
- 206 В диагностике бронхиальной астмы важно
выявление обструктивных нарушений
тщательный сбор анамнеза
выявить характерные рентгенологические изменения
определение степени обратимости бронхообструкции
- 207 При бронхиальной астме в мокроте выявляют
нейтрофильные лейкоциты
кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана
эозинофильные лейкоциты
пневмококки
стафилококки
- 208 Современная классификация бронхиальной астмы включает оценку
уровня контроля
тяжести течения заболевания
уровня обструкции
этиологии
фенотипов
- 209 О достижении контроля над бронхиальной астмой свидетельствуют
отсутствие ночных пробуждений
отсутствие дневных симптомов
потребность в препаратах неотложной помощи < 2 в неделю
любое ограничение активности из-за бронхиальной астмы
отсутствие потребности в регулярной базисной терапии
- 210 Контроль над бронхиальной астмой определяется
по опросникам качества жизни
по опросникам определения контроля
по критериям GINA
по уровню общего IgE сыворотки крови
по результатам 6-ти минутного теста ходьбы
- 211 Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести отражает
выраженность дневных и ночных симптомов
наличие и продолжительность обострений
показатели ОФВ₁ и ПСВ
- уровень IgE в сыворотке крови
количество эозинофилов в клиническом анализе крови
- 212 Для аллергической бронхиальной астмы характерно
высокий уровень IgE
полипозный риносинусит
непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
сенсibilизация экзоаллергенами
высокий лейкоцитоз
- 213 Для аспириновой астмы характерно
полипозный риносинусит
непереносимость только ацетилсалициловой кислоты
непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
высокий уровень IgE в сыворотке крови
наследственный характер заболевания
- 214 Какие бета-2-адреномиметики обладают пролонгированным 12 часовым действием?
фенотерол
сальбутамол
формотерол

- сальметерол
тербуталин
- 215 Какие микроорганизмы могут попадать в мокроту из верхних дыхательных путей?
зеленящий стрептококк
энтерококки
грибы рода кандиды
коагулазонегативные стафилококки
синегнойная палочка
нетуберкулезные микобактерии
- 216 Из нижеперечисленных к М-холинolitikам относятся
тиотропия бромид
индакатерол
формотерол
теофиллин
ипратропия бромид
- 217 Обследование при саркоидозе легких и внутригрудных лимфоузлов должно включать
клинический и биохимический анализы крови
туберкулиновые пробы
исследование функции легких и диффузионной способности
рентгенологическое исследование легких
перфузионную сцинтиграфию
- 218 Лечение саркоидоза проводится
в случае выявления любых изменений
при внутригрудной лимфоаденопатии
в случае выраженных клинических и функциональных изменений
в случае поражения жизненно важных органов
- 219 Идиопатический лёгочный фиброз преимущественно возникает
в младенчестве
в детском возрасте
до 30 лет
в пожилом возрасте
- связан с высокой активностью пролиферативных процессов
- 220 Основным симптомом идиопатического легочного фиброза является
нарастающая боль в боку
прогрессирующая одышка
непродуктивный кашель
признаки легочного нагноения
гемоторакс
- 221 Преднизолон при идиопатическом легочном фиброзе
назначают при развитии легочной гипертензии
малозффективен на поздних стадиях заболевания
назначается всегда при установлении диагноза
назначается в сверхвысоких дозах
назначается пожизненно
- 222 Этиологическим фактором гиперчувствительного пневмонита является
пневмококк
химические реагенты
вирус гриппа
вирус Эпштейна-Барра
споры грибов
- 223 Легочный альвеолярный протеиноз - это
отложение белка в плевре
скопление липопротеинов в легочных альвеолах

- нарушение синтеза белка в печени
изменения белкового состава крови
гиперпродукция сурфактанта
- 224 Симптомы легочного альвеолярного протеиноза при компьютерной томографии легких - это
симптом «бульжной мостовой»
двухстороннее поражение
эмфизема
полости в верхушках легких
полости в базальных отделах легких
- 225 Для установления диагноза легочного альвеолярного протеиноза проводится
компьютерная томография легких
бронхоальвеолярный лаваж
бодиплетизмография
исследование диффузионной способности легких
изотопная сцинтиграфия легких
- 226 Ятрогенные поражения плевры могут быть связаны с применением лекарственных препаратов
кордарон (амиодарон)
метотрексат
метронидазол
миноксидил
- 227 Первым проявлением лангергансоклеточного гистицитоза часто бывает
остро наступившая одышка
острая коронарная недостаточность
пневмоторакс
хилоторакс
гемоторакс
- 228 При первичной цилиарной недостаточности
изменяется количество ресничек в мерцательном эпителии
изменяется форма ресничек в мерцательном эпителии
нарушается функция ресничек
изменяется расположение ресничек
изменяется структура ресничек и жгутиков
- 229 При первичной цилиарной недостаточности
в легких развиваются бронхоэктазы
в легких появляются секвестры
возникают рецидивирующие легочные инфекции
в легких развивается диссеминация
- 230 Муковисцидоз
приобретенное заболевание
генетически детерминированное заболевание
заболевание в результате воздействия окружающей среды
заболевание в результате паразитарной инвазии
характеризуется поражением легких и экзокринных желез
- 231 Изменения в легких при муковисцидозе характеризуются
развитием плеврального выпота
формированием полостей деструкции
развитием тромбоэмболии
развитием двусторонних бронхоэктазов
развитием интерстициальных изменений
- 232 Осложнениями со стороны легких при муковисцидозе являются
гнойное воспаление
тотальный бронхоспазм
спонтанный пневмоторакс

рецидивирующая тромбоэмболия
гиперреактивность бронхиального дерева

- 1 Болезни сердечно-сосудистой системы
- 233 Какие рекомендации должны быть даны лицам с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности 4 ммоль/л?
повысить уровень физической активности
ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
ограничить потребление углеводов, липидов с пищей
прекратить курение
начать терапию статинами
- 234 Целью терапии больных с очень высоким риском сердечно-сосудистых событий является снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности до значения, ниже следующих
1,4 ммоль/л
2,2 ммоль/л
2,6 ммоль/л
3,0 ммоль/л
1,8 ммоль/л
- 235 Рекомендации по питанию для снижения риска развития атеросклероза
уменьшение насыщенных жирных кислот до уровня менее 10% в рационе питания
фрукты не менее 200 г/с
овощи не менее 200 г/с
поваренная соль менее 5 г/с
употребление продуктов, богатых неорганическими фосфатами
- 236 Общие рекомендации по изменению образа жизни для снижения риска развития атеросклероза
средние и высокие аэробные нагрузки продолжительностью не менее 30 мин в день не менее 5 раз в неделю
прекращение курения
снижение массы тела
уменьшение окружности талия у мужчин менее 94 см и менее 80 см у женщин
потребление алкоголя более 20 г/сутки
- 237 Какой из представителей класса статинов обладает наибольшим эффектом в отношении снижения уровня холестерина липопротеидов низкой плотности
правастатин
симвастатин
розувастатин
аторвастатин
флувастатин
- 238 Пациентам с субклиническим атеросклерозом показано назначение
аспирина
статинов
клопидогреля
фибратов
никотиновой кислоты в дозе, превышающей 1,5 г/сутки
- 239 Для профилактики атеросклероза рекомендовано снизить количество насыщенных жирных кислот в пище до величины менее
80%
70%
50%
40%
10%
- 240 Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы рыба присутствовала в пище не реже
7 дней в неделю
6 дней в неделю
4 дня в неделю

- 3 дня в неделю
2 дня в неделю
- 241 Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы в рационе питания фрукты составляли более
500 гр/сутки
400 гр/сутки
300 гр/сутки
200 гр/сутки
100 гр/сутки
- 242 Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы в рационе питания овощи составляли более
500 гр/сутки
400 гр/сутки
300 гр/сутки
200 гр/сутки
100 гр/сутки
- 243 Ежегодно в РФ от сердечно-сосудистых заболеваний умирает
около 100000 человек
около 900000 человек

около 1500000 человек
более 5000000 человек
более 15000000 человек
- 244 При диспансеризации необходимо исследовать профиль липидов у мужчин, достигших возраста
30 лет
40 лет
50 лет
60 лет
70 лет
- 245 При диспансеризации необходимо исследовать профиль липидов у женщин, достигших возраста
30 лет
40 лет
50 лет
60 лет
70 лет
- 246 Оптимальное значение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности у женщин составляет
0,8 ммоль/л
1,0 ммоль/л
1,2 ммоль/л
2,8 ммоль/л
3,6 ммоль/л
- 247 Оптимальное значение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности мужчин составляет
0,8 ммоль/л
1,0 ммоль/л
1,2 ммоль/л
2,8 ммоль/л
3,6 ммоль/л
- 248 Оптимальное значение уровня триглицеридов в крови у лиц мужского пола составляет
менее 1,2 ммоль/л
менее 1,5 ммоль/л
менее 1,7 ммоль/л
менее 2,0 ммоль/л
менее 2,5 ммоль/л
- 249 Оптимальное значение уровня триглицеридов в крови у лиц женского пола составляет
менее 1,2 ммоль/л
менее 1,5 ммоль/л

менее 1,7 ммоль/л
менее 2,0 ммоль/л
менее 2,5 ммоль/л

- 250 К какой группе риска должен быть отнесён мужчина в возрасте 60 лет, курящий, имеющий уровень АД 180 и 100 мм рт.ст., с уровнем общего холестерина 6,1 ммоль/л
низкий
средний
высокий
очень высокий
- 251 Какие признаки указывают на наличие метаболического синдрома?
увеличение окружности талии более 94 см у мужчин и 80 см у женщин
артериальная гипертензия
увеличенный уровень триглицеридов в плазме крови
сниженный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности
абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность
- 252 К группе высокого риска должны быть отнесены пациенты независимо от уровня холестерина в крови, имеющие
стенокардию
порок сердца
экстрасистолию
аномальные хорды в полости левого желудочка
пролапс митрального клапана
- 253 Каким пациентам есть необходимость проводить оценку наличия факторов риска и осуществлять мероприятия по их коррекции?
мужчинам в возрасте старше 40 лет
женщинам в возрасте старше 50 лет
с сахарным диабетом 2 типа
с семейным анамнезом раннего развития ИБС
женщинам в возрасте моложе 30 лет
- 254 Артериальная гипертензия - это
стойкое повышение АД (систолическое АД >130 мм рт. ст. и/или диастолическое >85 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
стойкое повышение АД (систолическое АД >120 мм рт. ст. и/или диастолическое >80 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
повышение АД (систолическое АД >140 мм рт. ст. и/или диастолическое >90 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
повышение АД (систолическое АД >150 мм рт. ст. и/или диастолическое >90 мм рт. ст.) при физической нагрузке
- 255 Какова распространенность артериальной гипертензии (140/90 мм рт. ст. и выше) среди взрослого населения в России?
распространенность в среднем примерно одинакова среди женщин и мужчин и составляет 25%
распространенность в общей популяции 40% (39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин)
распространенность самая большая в возрастных группах 50-59 лет
распространенность самая высокая в возрастных группах 60-74 г. и составляет примерно 50%
распространенность самая высокая в возрастных группах 60-74 г. и составляет примерно 70% и более
- 256 Оптимальным считается уровень АД
систолического <120 мм рт. ст., диастолического <80 мм рт. ст
систолического <130 мм рт. ст., диастолического <85 мм рт. ст
систолического <139 мм рт. ст., диастолического <89 мм рт. ст
систолического <140 мм рт. ст., диастолического <90 мм рт. ст
систолического 120-139 мм рт. ст., диастолического 80-89 мм рт. ст
- 257 Риск сердечно-сосудистых осложнений у больного артериальной гипертензией расценивается как высокий при?

- 1 степени артериальной гипертонии + наличии двух факторов риска + при отсутствии ассоциированных заболеваний + отсутствии сахарного диабета
1 степень артериальной гипертонии + без факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
- 2 степень артериальной гипертонии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
3 степень артериальной гипертонии + инфаркт миокарда и сахарный диабет в анамнезе
3 степень артериальной гипертонии + 3 фактора риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
- 258 Укажите депрессорную систему, участвующую в регуляции уровня артериального давления
симпатоадреналовая система
ренин-ангиотензин-альдостероновая система
калликреин-кининовая система
система антидиуретического гормона
простагландины F2 и тромбоксан A2
- 259 Укажите почечный эффект ангиотензина II
повышение общего периферического сопротивления сосудов
усиление реабсорбции натрия
увеличение объема циркулирующей крови
понижение порога чувствительности барорецепторов
- 260 Рекомендуются цифры АД для пациентов с артериальной гипертонией и хронической болезнью почек
<140/90 мм рт.ст
130- <140/70- <80 мм рт. ст
<125/80 мм рт. ст
< 120/70 мм рт. ст
<140/85 мм рт.ст
- 261 Рекомендуются цифры АД для пациентов с артериальной гипертонией и острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе
<140/90 мм рт.ст
<130/80 мм рт. ст
120- <130/70- <80 мм рт. ст
<120/70 мм рт. ст
<140/85 мм рт.ст
- 262 Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3а соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
60-80 мл/мин/1,73м²
45-59 мл/мин/1,73м²
30-44 мл/мин/1,73м²
60-89 мл/мин/1,73м²
15-29 мл/мин/1,73м²
- 263 Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С2 соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
60-80 мл/мин/1,73м²
45-59 мл/мин/1,73м²
30-44 мл/мин/1,73м²
60-89 мл/мин/1,73м²
15-29 мл/мин/1,73м²
- 264 Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3б соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
60-80 мл/мин/1,73м²
45-59 мл/мин/1,73м²
30-44 мл/мин/1,73м²
60-89 мл/мин/1,73м²
15-29 мл/мин/1,73м²

- 265 Немедленная антигипертензивная терапия рекомендована при АД 140-159/90-99 у пациентов низкого и умеренного риска
АД 130-139/85-89 у пациентов низкого и умеренного риска
АД <130/80 у пациентов низкого и умеренного риска
пожилым пациентам, старше 80 лет, когда систолическое АД >135 мм рт. ст
АД 140-159/90-99 у пациентов высокого и очень высокого риска, пациентам с АД >160/100 независимо от степени риска
- 266 Целевой уровень систолического АД у больных с сахарным диабетом составляет
менее 120 мм рт. ст
менее 135 мм рт. ст
120 - <130/70-<80 мм рт. ст
130-160 мм рт. ст
менее 150 мм рт. ст
- 267 Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов для лиц с множественными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений процентное соотношение белков, жиров и углеводов в пище должно составлять
15/30/55
30/30/40
25/25/50
10/45/45
15/15/70
- 268 Бета-адреноблокаторы обладает способностью
снижать частоту инсультов, инфарктов миокарда, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
снижать частоту инсультов, риск развития сахарного диабета, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
повышать частоту инсультов, инфарктов миокарда, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
снижать частоту инсультов, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, не влияя на частоту инфарктов миокарда
снижать частоту инсультов и инфаркта миокарда, не влияя на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
- 269 К липофильным бета-адреноблокаторам относятся
метопролола сукцинат, метопролола тартат, небиволол
метопролола сукцинат, небиволол, карведилол
небиволол, бисопролол, карведилол
карведилол, бисопролол
атенолол, бисопролол
- 270 Высокоселективным бета-адреноблокатором, снижающим смертность при сердечной недостаточности, является
бисопролол
атенолол
небиволол
анаприлин
метопролола сукцинат
- 271 Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента обладают следующими свойствами
метаболическая нейтральность, нефропротективное действие, вазоактивное действие, антиатеросклеротический эффект
повышают уровень глюкозы крови, нефропротективное действие, антиатеросклеротический эффект
повышают уровень мочевой кислоты, вазоактивное действие, нефропротективное действие
нефропротективное действие, антиатеросклеротический эффект
метаболическая нейтральность, нефропротективное действие
- 272 Укажите препарат, для которого доказано снижение риска развития подагры
эналаприл

бисопролол
гипотиазид
амлодипин
верошпирон

- 273 Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с микроальбуминурией?
антагонисты кальция
диуретики
метилдопа
иАПФ/блокаторы рецепторов АТ II
бета-адреноблокаторы
- 274 Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с метаболическим синдромом?
антагонистам кальция
диуретикам
агонистам имидазолиновых рецепторов
иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
бета-адреноблокаторам
- 275 Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с хронической обструктивной болезнью легких?
антагонистам кальция
диуретикам
агонистам имидазолиновых рецепторов
иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
бета-адреноблокаторам
- 276 При изолированной систолической артериальной гипертензии в пожилом и старческом возрасте каким препаратам отдается предпочтение
антагонистам кальция
диуретикам в сочетании с иАПФ/блокаторами рецепторов АТ II
агонистам имидазолиновых рецепторов
иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
бета-адреноблокаторам
- 277 Какие препараты для лечения артериальной гипертензии можно использовать у беременных?
ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов АТ II
диуретики, бета-адреноблокаторы
метилдопа, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция
ингибиторы АПФ, антагонисты кальция
диуретики, иАПФ/блокаторы рецепторов АТ II
- 278 Причиной инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является
снижение систолического артериального давления
повышение систолического артериального давления
увеличение ЧСС
окклюзия коронарной артерии
урежение ЧСС
- 279 Тромболизис у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST необходимо проводить, если от начала ангинозного приступа прошло не более
12 часов
13 часов
16 часов
18 часов
24 часа
- 280 Проведение тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST противопоказано в случае наличия
злокачественной опухоли

перенесенном ишемическом инсульте в сроки до 6 месяцев
желудочно-кишечном кровотечении в сроки до одного месяца
расслаивающей аневризме аорты
артериальной гипотензии

- 281 Восстановление коронарного кровотока у больных с острым коронарным синдромом со стойким подъемом сегмента ST сопровождается наилучшими клиническими результатами, если оно проведено в период, когда от начала ангинозного приступа прошло не более
- 1 часа
 - 6 часов
 - 12 часов
 - 18 часов
 - 24 часа
- 282 Однократно болюсно вводится
- стрептокиназа
 - ретеплаза
 - тенектеплаза
 - алтеплаза
 - пууролаза
- 283 Какой антиагрегант рекомендован больным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в дополнение к аспирину при проведении тромболитической терапии
- клопидогрель
 - prasugrель
 - тикагрелор
- 284 Нагрузочной дозой аспирина у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST является
- 25 мг
 - 75 мг
 - 100 мг
 - 125 мг
 - 300 мг
- 285 Нагрузочной дозой клопидогреля у больных острым коронарным синдромом является
- 75 мг
 - 150 мг
 - 300 мг
 - 375 мг
 - 600 мг
- 286 При первом контакте больного с медицинским работником диагноз инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST должен быть установлен в течение
- до 10 мин
 - 20 мин
 - 30 мин

 - 40 мин
 - 50 мин
- 287 Препаратами первой линии у больных ишемической болезнью сердца являются
- ивабрадин
 - тремтазидин
 - пролонгированный нитрат
 - никорандил
 - бета-адреноблокатор
- 288 Показание к назначению препаратов группы антагонистов кальция
- брадикардия
 - синдром слабости синусового узла
 - артериальная гипотония
 - вазоспастическая стенокардия
 - сердечная недостаточность

- 289 Какой фактор способствует разрыву атеросклеротической бляшки?
высокое содержание в крови холестерина липопротеидов низкой плотности
сниженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности
истончение фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки
гипергликемия
- 290 Каким больным показано проведение тромболитической терапии?
инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST
инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период до 12 часов от начала ангинозного приступа при невозможности проведения чрескожного коронарного вмешательства
нестабильная стенокардия
инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период превышающий 12 часов от начала ангинозного приступа
- 291 Укажите, что является абсолютным противопоказанием для проведения пробы с дозированной физической нагрузкой?
нестабильная стенокардия
атриовентрикулярная блокада первой степени
сердечная недостаточность NYHA I функциональный класс
перенесенный инфаркт миокарда более года назад
- 292 Нагрузочная доза тикагрелора у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST составляет
90 мг
180 мг
360 мг
600 мг
900 мг
- 293 Каким больным можно рекомендовать лечение дипиридамолом?
стенокардией напряжения II и III функциональным классом
больным со всеми формами ишемической болезнью сердца
никаким, поскольку эффективность лечения не доказана
больным с вазоспастической стенокардией
больным с микрососудистой стенокардией
- 294 Какому функциональному классу стенокардии соответствует следующее описание: «значительное ограничение обычной физической активности; стенокардия возникает при спокойной ходьбе по ровному месту»
I класс
II класс
III класс
IV класс
- 295 Какой метод выявления ишемии миокарда обладает наименьшей чувствительностью и специфичностью?
электрокардиография с нагрузкой
сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
чреспищеводная эхокардиография с добутамином
эхокардиография с вазодилататором
сцинтиграфия миокарда с вазодилататором
- 296 В какой ситуации проведение коронарной ангиографии у больных стенокардией нецелесообразно при наличии клинических признаков стабильной стенокардии III - IV функциональных классов при появлении клинических признаков стенокардии после проведения реваскуляризации миокарда (трансплюминальная баллонная ангиопластика или аортокоронарное шунтирование)
при сохранении приступов стенокардии на фоне антиангинальной терапии
при неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
при наличии клинических признаков стабильной стенокардии II функционального класса
- 297 Клиническим признаком, предполагающим наличие вазоспастической стенокардии, является

- возникновение приступа стенокардии при быстрой ходьбе
возникновение приступа стенокардии в ранние утренние часы
возникновение приступов стенокардии при минимальной физической нагрузке
приступы стенокардии покоя при высокой толерантности к нагрузке
- 298 Какую комбинацию лекарственных препаратов можно использовать при стенокардии?
продолжительные нитраты и ингибиторы фосфодиэстеразы
бета-адреноблокаторы и верапамил
никорандил и ингибиторы фосфодиэстеразы
ибупрофен и аспирин
бета-адреноблокаторы и ивабрадин
- 299 Какая комбинация лекарственных препаратов нежелательна у больных стенокардией?
аспирин + розувастатин
аспирин + клопидогрель
аспирин + прасугрел + варфарин
клопидогрель + варфарин
клопидогрель + аторовастатин
- 300 Укажите наиболее оптимальную дозу аспирина в сутки у больных стенокардией
50 мг
75 - 150 мг
200 - 250 мг
300 - 350 мг
500 мг
- 301 Важным фактором развития инфекционного эндокардита является
нарушение целостности эндотелия клапанов
перенесенный инфаркт миокарда
применение контрацептивов
применение анаболических стероидов
- 302 Микроорганизмы, наиболее часто выявляемые при инфекционном эндокардите
парвовирус В19, вирус Эбштейна-Бара
синегнойная палочка, гонококк, протей
стафилококки, стрептококки, энтерококки
пневмококки, НАСЕК-группа, синегнойная палочка
хламидии, риккетсии, грибы
- 303 В 70% случаев инфекционного эндокардита у внутривенных наркоманов в посевах крови растут
энтерококки
стрептококки
стафилококки
грибы
- 304 Правильным термином является
бактериальный эндокардит
септический эндокардит
инфекционный эндокардит
сепсис лент
болезнь Черногоубова
- 305 Септические вегетации - это
гнойные очаги в тромбах, образующихся в левом желудочке
соединительнотканые тяжи с микроорганизмами
заселение микроорганизмами рубцовой ткани в эндокарде
фибрин и тромбоциты, к которым прикрепляются и размножаются микроорганизмы
- 306 Вторичный инфекционный эндокардит возникает
на фоне врожденных и приобретенных пороков сердца
у больных аневризмой левого желудочка сердца
после реанимационных мероприятий

- у больных, ранее перенесших инфекционный эндокардит
- 307 Поздний инфекционный эндокардит искусственного клапана сердца развивается через
12 месяцев после протезирования клапана сердца
6 месяцев после протезирования клапана сердца
3 месяцев после протезирования клапана сердца
1 месяцев после протезирования клапана сердца
- 308 Септическая легочная эмболия возникает при инфекционном эндокардите
у больных митральным стенозом с высокой легочной гипертензией
на фоне стеноза легочной артерии
у героинового наркоманов
на фоне врожденного порока со сбросом крови слева направо
- 309 Эндокардит Либмана-Сакса - это
асептический эндокардит у больных системной красной волчанкой
тромбэндокардит при инфаркте миокарда
марантический эндокардит при тяжелой сердечной недостаточности
паранеопластический эндокардит у больных раком легкого
- 310 Показанием к направлению к кардиохирургу больного в остром периоде инфекционного эндокардита является
высокая лихорадка
прогрессирование сердечной недостаточности, деструкция клапана, некорректируемая инфекция,
абсцессы фиброзного кольца, подклапанные фистулы, частичный отрыв пришивного кольца, инфекционный
эндокардит искусственного
клапана, крупные вегетации (более 10 мм), рецидивирующие эмболии, грибковый эндокардит
желание больного
тяжелые нарушения ритма сердца
быстрое снижение массы тела больного
- 311 Длительность эмпирической терапии инфекционного эндокардита составляет
4-6 недель
5-6 дней
до 1 года
2-3 месяца
- 312 Деэскалационная терапия антибиотиками при инфекционном эндокардите это
применение нескольких антибиотиков с отменой по одному в неделю
переход с антибиотиков на сульфаниламиды
эмпирическая терапия наиболее эффективным антибиотиком с последующим переходом к
подобранному по чувствительности
лечение антибиотиком с постепенным снижением его дозы
снижение дозы антибиотика по достижении эффекта
- 313 Какой из названных антибиотиков рекомендуется для эмпирической терапии инфекционного
эндокардита?
левофлоксацин
ампициллина сульбактам
ципрофлоксацин
эритромицин
- 314 При непереносимости бета-лактамов больному инфекционным эндокардитом
назначают
ванкомицин 30 мг/кг/сутки в/в в 2 введения
доксидиклин 200 мг /сут
амфотерицин 5 мг x 3 р/сут
эритромицин 1,2 г/сут
- 315 Ампициллина сульбактам при инфекционном эндокардите назначают в дозе
1 г x 4 раза в сутки
12 г/сутки в/в в 4 введения

- 16 г/сутки в/в в 4 введения
1 г x 6 раза в сутки
- 316 При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, доза пенициллина
30 млн / сутки в/м в 6 введений
12-18 млн ЕД/сутки в/в, в 6 введений
10 млн x 3 р/ сутки
4 млн x 6 р/ сутки
- 317 При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, альтернативой пенициллину может стать
амоксиклав 3 г/сут в/в в 2 введения
рифампицин 1 г x 2 р/сутки в/в
цефтриаксон 2 г/сут в/в или в/м, в 1 введение
ципрофлоксацин 2000 мг / сут в/в в 2 введения
- 318 Выберите «большой критерий» инфекционного эндокардита
гектическая лихорадка
пятна Рота
неоднократная положительная гемокультура
предрасполагающее заболевание клапанов сердца
- 319 Выберите «большой критерий» инфекционного эндокардита
пятна Джейнуэя
доказанное поражение эндокарда
внутриривенная наркомания
пятна Рота - бледные очаги на глазном дне, окруженные (при офтальмоскопии) гемorragиями
- 320 Какой клапан считается типичным местом инфекции при инфекционном эндокардите у внутривенных наркоманов?
евстахийев клапан
митральный клапан
трикуспидальный клапан
аортальный клапан
- 321 Какой тип клапанного порока чаще всего развивается при инфекционном эндокардите?
пролапс клапана
гипоплазия клапана
недостаточность клапана
«парусящий» клапан
- 322 Над сердцем выслушивается длинный протодиастолический шум. Какой клапан поражен?
евстахийев клапан
митральный клапан
трикуспидальный клапан
аортальный клапан
- 323 При поражении какого клапана при инфекционном эндокардите при аускультации выслушивается грубый систолический шум на верхушке сердца с проведением в левую подмышечную область?
клапана легочной артерии
евстахьева клапана
митрального клапана
трикуспидального клапана
- 324 Пятна Джейнуэя - это
пятна на сетчатке глаза
кровоизлияния на слизистых оболочках
обширные кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке; папулезные эритематозные пятна 1 - 5 мм, чаще на ладонях и подошвах
кровоподтеки на коже

- 325 Узелки Ослера - это красноватые болезненные при надавливании узелки до 1.5 см на ладонях, пальцах болезненные сухожильные подкожные узелки с шелушением пальцев, тенара, подошв узелки по ходу крупных нервных стволов сосудистые аневризмы
- 326 Симптом Лукина-Либмана - это симптом «щипка» петехии с белым пятном на переходной складке нижнего века симптом «жгута» усиление шума регургитации на вдохе
- 327 Увеличение селезенки при инфекционном эндокардите характерно

в настоящее время встречается достаточно редко
наблюдается при инфаркте селезенки
не встречается
- 328 Лихорадка при инфекционном эндокардите является большим критерием диагноза является малым критерием диагноза не является критерием диагноза всегда гектическая всегда субфебрильная
- 329 Больным с пролапсом митрального клапана и миксоматозной дегенерацией профилактика инфекционного эндокардита показана не показана показана только при проведении цистоскопии пациентам мужского пола показана только при операциях на прямой кишке
- 330 Больным с искусственным клапаном сердца профилактика инфекционного эндокардита показана не показана только после установки биопротеза только при многоклапанном протезировании
- 331 Заболевания, при которых имеются асептические вегетации - это пиелонефрит системная красная волчанка сахарный диабет аортальный стеноз острый перикардит
- 332 Асептические вегетации отличаются от септических тем, что возникают после перенесенного инфекционного эндокардита выявляются при врожденных пороках сердца быстро рассасываются не разрушают клапан
- 333 Кроме инфекционного эндокардита, остро возникшая митральная регургитация может быть при тромбоэмболии легочной артерии тяжелом митральном стенозе спонтанном разрыве хорд митрального клапана при его миксоматозной дегенерации амилоидозе
- 334 Наиболее частой причиной возникновения митрального стеноза является миксома левого предсердия системные заболевания соединительной ткани ревматическая лихорадка ревматоидный артрит

- 335 При митральном стенозе определяется следующая аускультативная картина
ослабление I тона на верхушке, диастолический шум на верхушке
усиление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины,
мезодиастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением
усиление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
- ослабление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
ослабление I тона на верхушке, диастолический и систолический шумы на верхушке
- 336 При тяжелом митральном стенозе площадь левого атрио-вентрикулярного отверстия составляет
3-2,5 см²
2,4-1,6 см²
1,5-1,0 см²
менее 1,5 см²
менее 1 см²
- 337 Самая частая причина развития митрального стеноза
дилатационная кардиомиопатия
ревматическая лихорадка
ревматоидный артрит
муковисцидоз
системная красная волчанка
- 338 Ритм «перепела» - это сочетание
усиленного I тона, II тона, тона закрытия митрального клапана
усиленного I тона и II тона, тона открытия митрального клапана
усиленного I тона, II тона, тона открытия аортального клапана
ослабленного I тона, усиленного II тона, тона открытия митрального клапана
ослабленного I тона, II тона, тона закрытия митрального клапана
- 339 Рентгенологическими признаками митрального стеноза может являться
увеличение правого предсердия
увеличение левого желудочка
признаки застоя в малом круге кровообращения
расширение восходящего отдела аорты
увеличение левого желудочка и левого предсердия
- 340 При наличии у пациента приступа стенокардии, сопровождающегося сердечной астмой, и выявлении систолического шума на верхушке сердца необходимо исключить
инфекционный эндокардит
ишемическую дисфункцию папиллярных мышц
пролапс митрального клапана
ревматическую болезнь сердца
дилатационную кардиомиопатию
- 341 Аускультативными признаками митральной регургитации являются
хлопающий I тон на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, тон открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением
ослабление I тона, патологический III тон, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область
ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, систолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводящийся на сосуды шеи
ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, патологический III тон, диастолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводится на верхушку сердца
ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, патологический III тон, систолический шум в четвертом межреберье у левого края грудины, усиливающийся на глубине вдоха
- 342 Особенности аускультативной картины при ишемической дисфункции папиллярных мышц является
усиление I тона над верхушкой

- I тон над верхушкой резко ослаблен
громкость систолического шума изменяется при приседании
систолический шум, который начинается в середине систолы и убывает ко II тону
систолический шум начинается в середине систолы и нарастает ко II тону
- 343 Клинические симптомы, выявляемые при недостаточности митрального клапана
Эрба кровохарканье, сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина-
кровохарканье, сердцебиение, усиление I тона на верхушке, диастолический шум на верхушке
перебои в работе сердца, ритм «перепела», синкопальные состояния
одышка, стенокардия, синкопальные состояния, систолический шум во втором межреберье справа
сердцебиение, утомляемость, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, который проводится
в левую аксиллярную область
- 344 Что такое vena contracta?
обратное движение крови в легочных венах в систолу
ширина струи регургитации в самом узком месте
небольшая, центрально расположенная струя регургитации с тонким устьем
струя регургитации, циркулирующая вдоль стенок левого предсердия
аномальное движение межпредсердной перегородки
- 345 Самая частая причина аортального стеноза
острая ревматическая лихорадка
инфекционный эндокардит
дегенеративный кальциноз врожденного двустворчатого или нормального трёхстворчатого клапана
неспецифический аорто-артериит
миксоматозная дегенерация створок аортального клапана
- 346 При аускультации сердца у больного с аортальным стенозом ревматического генеза выслушивается
ритм «перепела»
систолический шум мягкого, нередко музыкального характера («крик чайки») с преимущественным
проведением на верхушку сердца
систолический шум грубого характера, проводящийся на сосуды шеи
шум Флинта
правильный ответ не представлен
- 347 При аортальном стенозе ревматического генеза II тон сердца
раздвоен
ослаблен
усилен
не изменен
хлопающий
- 348 Какое из нижеперечисленных утверждений соотносится с рефлексом Бецоляда Яриша?
лежит в основе синкопального состояния у больных с аортальным стенозом после физической нагрузки
проявляется повышением систолического давления в полости левого желудочка
проявляется повышением диастолического давления в полости левого предсердия
реализация рефлекса связана с перевозбуждением барорецепторов ЛЖ
проявляется брадикардией и гипотензией
- 349 Оптимальной тактикой ведения пациента с тяжёлым аортальным стенозом в сочетании с дисфункцией
левого желудочка является
назначение двух периферических вазодилататоров

имплантация кардиовертера-дефибриллятора
проведение протезирования аортального клапана
проведение коронароангиографии
- 350 Средний градиент давления на аортальном клапане при умеренном аортальном стенозе по данным
эхокардиографии составляет
менее 10 мм рт.ст
10-20 мм рт.ст
20-40 мм рт.ст

40-55 мм рт.ст

- 351 Что такое симптом Квинке?
перебегающая систолиадиастолический шум над бедренной артерией, при ее компрессии
пульсация печени
покачивание головы в сагитальной плоскости
двойной тон выслушиваемый над бедренной артерией при ее легкой компрессии
усиленная пульсация капилляров ногтевого ложа
- 352 Что такое симптом Траубе?
перебегающая систолиадиастолический шум над бедренной артерией, при ее компрессии
пульсация печени
покачивание головы в сагитальной плоскости
двойной тон выслушиваемый над бедренной артерией при ее легкой компрессии
- 353 Какой признак отражает тяжесть аортального стеноза?
«капиллярный» пульс
пляска каротид
симптом Мюссе
 $V_{\max} > 4$ м/с; $ЛР_{\text{ср}} > 40$ мм рт.ст.
симптом Корригена
- 354 Характеристика пульса и АД при недостаточности аортального клапана
пульс быстрый, высокий + пульсовое давление увеличено за счет низкого (вплоть до 0)
диастолического и высокого систолического АД
пульс медленный, низкий + пульсовое давление снижено за счет повышения диастолического и
снижения систолического АД
пульс быстрый, высокий + пульсовое давление снижено за счет повышения диастолического и
снижения систолического АД
пульс медленный, низкий + пульсовое давление увеличено за счет низкого (вплоть до 0)
диастолического и высокого систолического АД
пульс медленный, низкий + пульсовое давление нормальное
- 355 При какой продолжительности пароксизма фибрилляции предсердий назначение непрямых
антикоагулянтов до кардиоверсии необходимо?
6-12 часов
12-24 часа
48 часов и более
72 часа
96 часов
- 356 При какой продолжительности пароксизма фибрилляции предсердий непрямые антикоагулянты до
кардиоверсии можно не назначать?
6-12 часов
12-24 часа
менее 48 часов
72 часа
96 часов
- 357 Какое влияние на прогноз оказывает частая желудочковая экстрасистолия и пробежки неустойчивой
желудочковой тахикардии у больных с органическим поражением сердца?
является фактором риска внезапной смерти
не влияет на прогноз жизни
могут ухудшать качество жизни
являются предиктором фибрилляции желудочков
являются предиктором асистолии
- 358 Какие аритмии сердца являются прогностически безопасными?
частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом
частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца
устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией
выброса

устойчивая желудочковая тахикардия у больных с низкой фракцией выброса
желудочковая экстрасистолия у больных с гипертрофической кардиомиопатией

- 359 Какие нарушения ритма сердца купируются с помощью вагусных приемов?
полиморфная (многоочаговая) предсердная тахикардия
синоатриальная тахикардия
атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта)
желудочковая тахикардия
- 360 Какая аритмия может развиваться как за счёт нарушения образования импульса, так и за счёт повторного входа импульса?
атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения
непароксизмальная предсердная тахикардия
трепетание предсердий
желудочковая тахикардия
- 361 Какие препараты эффективны для предупреждения желудочковой пароксизмальной тахикардии?
пропафенон
амиодарон
дизопирамид
верапамил
дилтиазем
- 362 Показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора
предсердная пароксизмальная тахикардия
фибрилляция предсердий
трепетание предсердий
желудочковая пароксизмальная тахикардия
атриовентрикулярная пароксизмальная тахикардия
- 363 При каком синдроме может возникнуть двунаправленная веретенообразная желудочковая пароксизмальная тахикардия
синдром укороченного интервала QT
синдром удлинённого интервала QT
синдром Бругада
синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- 364 Назначение антиаритмических препаратов какого класса целесообразно у пациентов с выраженными структурными изменениями миокарда
- I класса
 - II класса
 - III класса
 - IV класса
 - препаратов магния
- 365 Укажите препарат выбора для лечения желудочковой тахикардии у больных с сердечной недостаточностью
дизопирамид
пропафенон
амиодарон
изоптин
атенолол
- 366 Укажите показания для назначения пропафенона с целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий?
систолическая, диастолическая недостаточность
идиопатическая фибрилляция предсердий
ИБС, постинфарктный кардиосклероз

- фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см
гипертрофическая кардиомиопатия
- 367 Укажите показания для назначения амиодарона с целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий
фибрилляция и трепетание предсердий у больных с сердечной недостаточностью
идиопатическая фибрилляция и трепетание предсердий
фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см
фибрилляция и трепетание предсердий у больных перенесших инфаркт миокарда
фибрилляция предсердий у больных с гиперфункцией щитовидной железы
- 368 Какая сумма баллов по шкале HAS-BLED указывает на высокий риск геморрагических осложнений?
1
2
3
3 и более
5 и более
- 369 Какие показатели международного нормализованного отношения отражают адекватный уровень гипокоагуляции при назначении непрямых антикоагулянтов у больных с фибрилляцией предсердий?
1-2
2-3
3-4
4-5
5-6
- 370 Какая сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc (шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией/трепетанием предсердий) отражает высокий уровень тромбоэмболических осложнений?
0-1
1
1-2
2
2 и более
- 371 Индекс Соколова-Лайона - это сумма
SV1 + RV5/RV6

SV4 + RV5/RV6
RaVL + SV3
RaVL + SV1
RaVL + SV4
- 372 Какой стадии хронической болезни почек соответствует уровень скорости клубочковой фильтрации 30-44 мл/мин?
C2
C3a
C3b
C4
C5
- 373 Какому уровню альбуминурии соответствует стадия A3 (мг/сут)?
10-29 мг/сут
менее 10 мг/сут
300-1999 мг/сут
более 2000 мг/сут
30-299 мг/сут
- 374 III функциональный класс хронической сердечной недостаточности соответствует в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением

симптомы сердечной недостаточности присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности
в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов
в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением, головокружением и выраженными головными болями

375 II функциональный класс хронической сердечной недостаточности соответствует дистанция 6-ти минутного теста ходьбы

100-150 м
551-879 м
301-425 м
450-550 м
880-1000 м

376 I функциональному классу хронической сердечной недостаточности соответствует потребление кислорода

<10,0 мл/мин
>22,1 мл/мин
14,1-18,0 мл/мин
18,1-22,0 мл/мин

377 Что учитывается при подсчете баллов по шкале оценки клинического состояния пациента с хронической сердечной недостаточностью

увеличение селезенки
одышка
увеличение печени
отеки
хрипы в легких

378 Назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина при хронической сердечной недостаточности должно быть строго ограничено
обязательно для всех больных при отсутствии противопоказаний вне зависимости от этиологии

может быть, но не имеет преимуществ
может быть, но только по показаниям
не может быть назначено без сопутствующей терапии положительными инотропами

379 Основной причиной отмены ингибиторов ангиотензинпревращающего фермент является

отеки
одышка
перебои в работе сердца
кашель у 5% больных
анемия

380 Правильные ответы по тактике ведения пациентов с изменениями функции почек на фоне лечения ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента/антагонистами рецепторов ангиотензина II или антагонистами рецепторов неприлизина

коррекции дозы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина не требуется при повышении концентрации креатинина сыворотки крови менее, чем на 50%, абсолютном значении креатинина ниже 266 мкмоль/л, СКФ >25 мл/мин/1,73м² и уровне калия менее 5,5 ммоль/л

необходим отказ от назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина при повышении концентрации креатинина сыворотки крови на 30% от исходного, абсолютном значении креатинина >170 мкмоль/л, СКФ <30 мл/мин/1,73м² и уровне калия >5,5 ммоль/л

необходимо снизить дозу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина в 2 раза при повышении концентрации креатинина сыворотки крови на 50-100% от исходного, абсолютном значении креатинина 266-310 мкмоль/л, СКФ 20-25 мл/мин/1,73м² и уровне калия менее 5,5 ммоль/л

необходимо отменить ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II или антагонисты рецепторов неприлизина при повышении концентрации креатинина

сыворотки крови в 2 раза и более, абсолютном значении креатинина >310 мкмоль/л, СКФ <20 мл/мин/1,73м² и уровне калия >5,5 ммоль/л

381 При каком уровне систолического АД назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента не показано

- менее 85 мм рт. ст
- менее 95 мм рт. ст
- менее 105 мм рт. ст
- менее 115 мм рт. ст
- менее 120 мм рт. ст

382 Условием для назначения бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности является

- необходимость внутривенного введения диуретиков
- стабильное состояние пациента
- необходимость назначения положительных инотропов
- декомпенсация состояния пациента
- сочетание хронической сердечной недостаточности с сахарным диабетом

383 Предиктором хорошего ответа на сердечные гликозиды является

- фракция выброса более 50%
- наличие тахисистолической фибрилляции предсердий
- кардиоторакальный индекс менее 40%
- ишемическая этиология хронической сердечной недостаточности
- СКФ менее 30 мл/мин/1,73м²

384 Что корректно в отношении диуретической терапии при хронической сердечной недостаточности?

диуретики снижают риск госпитализаций по поводу инфаркта миокарда при хронической сердечной недостаточности

- диуретики снижают риск летального исхода при хронической сердечной недостаточности
- диуретики уменьшают клинические симптомы задержки жидкости при хронической сердечной недостаточности
- диуретики обладают положительным инотропным действием
- диуретики обладают отрицательным хронотропным действием

385 При снижении эффективности петлевого диуретика необходимо определить

- микроальбуминурию
- плотность мочи
- глюкозурию
- pH мочи
- уровень холестерина в крови

386 Полиморфизм каких генов имеет значение при назначении варфарина

- VKORC3 и CYP4C10
- VKORC4 и CYP2C11
- VKORC2 и CYP1C9
- VKORC1 и CYP2C9
- VKORC2 и CYP3C15

387 Действие варфарина усиливают

- эритромицин
- барбитураты
- витамин К
- карбамазепин
- кофермент Q10

388 С какой дозы варфарина следует начинать титрацию?

- 1,25 мг
- 2,5 мг
- 5 мг
- 7,5 мг
- 10 мг

- 389 В соответствии со шкалой симптомов European Heart Rhythm Association (EHRA) Score отсутствие симптомов соответствует классу
- EHRA 1
 - EHRA 2
 - EHRA 3
 - EHRA 4
 - EHRA 0
- 390 Какой пероральный антикоагулянт является препаратом выбора у пациента с хронической сердечной недостаточностью и скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин
- аспирин
 - дабигатран
 - варфарин
 - клопидогрель
 - ривароксабан
- 391 Какой из симптомов хронической сердечной недостаточности редко встречается в реальной клинической практике?
- кашель
 - одышка
 - сердцебиение
 - отеки
- 392 Результаты какого исследования позволяют уточнить особенности эпидемиологии хронической сердечной недостаточности в России?
- COPERNICUS
 - RED-HF
 - ЭПОХА-ХСН
 - CATUPH
 - FAIR-HF
- 393 Где принципы изучения вклада семейного анамнеза и генетических факторов при оценке сердечно-сосудистого риска описаны правильно?
- наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии повышает сердечно-сосудистый риск пациента. Требуется максимально широкое выявление мутаций, вызывающих моногенные формы сердечно-сосудистых заболеваний, семейную гиперхолестеринемию
 - наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников сердечно-сосудистый риск пациента не повышает. Широкое использование генетических тестов для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний не рекомендовано
 - раннее (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии повышает сердечно-сосудистый риск. Необходимо максимально широкое выявление мутаций, вызывающих моногенные формы сердечно-сосудистых заболеваний, семейную гиперхолестеринемию
 - лицам, имеющим родственников первой линии с ранним (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитием сердечно-сосудистых заболеваний требуется регулярная оценка сердечно-сосудистого риска. Повсеместное использование тестов ДНК для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний не рекомендуется
- 394 Факторы, относящие пациента к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска
- низкий социально-экономический статус, социальная изоляция, тревога, депрессия. Раннее (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии. Избыточная масса тела и центральное ожирение. Высокий индекс коронарного кальция по данным КТ. Увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, выявленное при УЗИ. Низкий лодыжечно-плечевой индекс, оцениваемый при измерении АД
 - наличие в анамнезе инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, коронарной реваскуляризации или других артериальных реваскуляризаций, инсульта/ТИА, аневризмы аорты и атеросклероза периферических артерий. Выявление атеросклеротических бляшек при коронароангиографии или УЗИ сонных артерий. Сахарный диабет с поражением органов-мишеней или основными факторами риска. СКФ <30 мл/мин/1,73 м² заметно повышенный отдельный фактор риска (общий холестерин >8 ммоль/л или АД >180/110 мм рт.ст.). Сахарный диабет без факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и поражения органов-мишеней. СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²

- 395 Укажите, где правильно сформулированы рекомендуемые меры по изменению образа жизни, которые достоверно снижают АД (немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии)?
ограничение употребления соли, сахара, полный отказ от алкоголя, потребление овощей и фруктов без ГМО, нормализация массы тела, регулярные физические нагрузки, прекращение курения
ограничение употребления соли и алкоголя, высокое потребление овощей и фруктов, снижение массы тела и поддержание идеального веса, регулярные физические нагрузки, отказ от курения
отказ от соли, алкоголя, мяса, снижение массы тела и поддержание идеального веса, регулярное посещение фитнеса, сокращение количества выкуриваемых сигарет
ограничение употребления животных жиров, соли, сахара и алкоголя, высокое потребление овощей и фруктов, нормализация массы тела, бег трусцой, плавание, отказ от курения
- 396 Оптимальная тактика при необходимости назначения комбинированной антигипертензивной терапии?
назначить два препарата в свободной форме, объяснив пациенту правила и возможности изменения ежедневной дозы каждого из них
отработать эффективные и безопасные дозы каждого из гипотензивных препаратов, затем перейти к их фиксированной комбинации
назначить фиксированную комбинацию препаратов с начала лечения
- 397 Что правильно о моно- и комбинированной антигипертензивной терапии
всем пациентам с АГ целесообразно начать антигипертензивную терапию с комбинации препаратов; монотерапия возможна у ослабленных пациентов с АД не выше 150/100 мм рт.ст.
большинству пациентов с АГ требуется назначение комбинированной терапии; монотерапия может использоваться у пациентов низкого риска с АГ 1 -й степени (систолическое АД <150 мм рт.ст.), а также у пациентов очень высокого риска с высоким нормальным АД, или у ослабленных пожилых больных
необходимо попытаться использовать преимущества монотерапии (ниже затраты, больше приверженность) у всех пациентов, начинающих лечение; переход к комбинированной терапии осуществляется только при доказанной неэффективности монотерапии
- 398 Что правильно о моно- и комбинированной антигипертензивной терапии
старт с монотерапии не менее эффективен, чем с комбинированной (особенно при назначении низкодозовых комбинаций). Прежде, чем добавить второй антигипертензивный препарат, дозу первого необходимо оттитровать до максимальной. Комбинация лекарственных препаратов оказывает влияние на различные механизмы управления артериальным давлением, что приводит к избыточному снижению АД и плохой переносимости
начальная комбинированная терапия всегда эффективнее, чем монотерапия, даже низкодозовые комбинации лучше снижают АД, чем один препарат в максимальной дозе. Комбинация лекарственных препаратов оказывает влияние на различные патогенетические механизмы АГ. Старт с комбинации двух препаратов безопасен и хорошо переносится, практически не приводя к развитию эпизодов гипотензии, даже у пациентов с АГ 1 -й степени
начальная комбинированная терапия обычно менее эффективна, чем монотерапия (особенно при использовании качественного препарата в максимальной дозе). Несмотря на сочетание разных типов антигипертензивных препаратов, все они влияют на единые патогенетические механизмы АГ. Хотя комбинированное лечение может хорошо переноситься пациентом, частота побочных действий при монотерапии гораздо ниже
- 399 К новым оральным антикоагулянтам относят
ривароксабан, дабигатран, апиксабан, варфарин
дабигатран, ривароксабан, апиксабан, эдоксабан
варфарин, маркумар, аценокумарол
фраксипарин, фондапаринукс
ривароксабан, дабигатран, фондапаринукс
- 400 Что оценивает шкала SCORE2?
риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет
риск смерти в течение ближайших 10 лет
риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет
риск нефатальных и фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет у пациентов 70 лет и старше
- 401 Выберите правильное утверждение относительно связи уровня липидов и прогноза

- высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, однако их снижение не может увеличить продолжительность жизни пациентов
- высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, а их снижение увеличивает продолжительность жизни пациентов
- высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, а их снижение улучшает прогноз только у пациентов с доказанным сердечно-сосудистым заболеванием
- уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности мало связаны с прогнозом. Их снижение уменьшает вероятность сердечно-сосудистых осложнений, но практически не сказывается на продолжительности жизни пациентов
- 402 Наиболее экономически эффективная мера профилактики сердечно-сосудистых заболеваний
увеличение физической активности и нормализация массы тела
средиземноморская диета
отказ от курения
борьба с артериальной гипертензией и гиперлипидемией
- 403 Выберите правильное описание физической нагрузки умеренной интенсивности
быстрая ходьба (4,8-6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), малярные работы/декорирование, работа пылесосом, садоводство (кошение газона), гольф, теннис (парный), бальные танцы, аква-аэробика
быстрая ходьба на беговой дорожке, бег трусцой или обычный бег, езда на велосипеде >15 км/ч, интенсивное садоводство (копание земли, работа мотыгой), плавание по дорожкам, теннис (одиночный)
ходьба <4,7 км/ч, легкая работа по дому
ходьба в умеренном темпе (5-8 км/ч), езда на велосипеде в умеренном темпе (17-20 км/ч), работа по дому, в саду (не вызывающая учащение дыхания), гольф, керлинг, шахматы, плавание в умеренном темпе
- 404 Правильное утверждение относительно здорового питания как средства профилактики сердечно-сосудистых заболеваний
калорийность питания нельзя ограничивать, независимо от массы тела пациента. Доказано улучшение прогноза при уменьшении потребления животных жиров, “красного мяса”, сахара и поваренной соли
калорийность питания должна уменьшена у всех пациентов высокого и очень высокого риска. Это достигается за счет уменьшения потребления высокоусваиваемых углеводов и животных жиров
калорийность питания должна быть ограничена и достаточна для поддержания нормальной массы тела (ИМТ 20-25 кг/м²). При соблюдении баланса жирных кислот, минералов (главным образом, хлорида натрия), витаминов и пищевых волокон никакой специальной диеты не требуется
калорийность питания должна быть ограничена и достаточна для поддержания нормальной массы тела (ИМТ 24-28 кг/м²). Соблюдение баланса жирных кислот, минералов (главным образом, хлорида натрия), витаминов и пищевых волокон возможно только при соблюдении средиземноморской или палеолитической диеты
- 405 Какой метод борьбы с курением обладает наилучшим сочетанием эффективности и безопасности?
прием бупропиона
никотино-заместительная терапия
прием варениклина
краткие беседы врача с пациентом о вреде курения
переход на вейпы, электронные сигареты
- 406 Препарат выбора в отечественных реалиях для помощи в отказе от курения при неэффективности бесед, поощрений и мотивационных вмешательств или в дополнение к ним
бупропион
варениклин
никотиновые вакцины
цитизин
- 407 Какой уровень систолического АД считается фактором риска геморрагических осложнений, учитываемых шкалой HAS-BLED?
<140 мм рт. ст
>130 мм рт. ст
>140 мм рт. ст
>160 мм рт. ст
>180 мм рт. ст

- 408 Под термином «клапанная фибрилляция предсердий» понимают
фибрилляции предсердий у больных с клапанными пороками сердца
фибрилляции предсердий, вызванная патологией клапанов
фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или протезами клапанов
фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или биологическими протезами клапанов
фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или механическими протезами клапанов
фибрилляции предсердий у больных с умеренным или тяжелым митральным стенозом и/или механическими протезами клапанов
- 409 Правильное снижение дозы прямых оральных антикоагулянтов, применяемых для профилактики тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий у определенных категорий больных?
апиксабан 5 мг x 2 раза/сут, дабигатран 110 мг x 2 р/сут, ривароксабан 15 мг x 2 р/сут
апиксабан 2,5 мг x 2 раза/сут, дабигатран 150 мг x 2 р/сут, ривароксабан 10 мг x 2 р/сут
апиксабан 5 мг x 2 раза/сут, дабигатран 110 мг x 2 р/сут, ривароксабан 15 мг x 1 р/сут
апиксабан 2,5 мг x 1 раз/сут, дабигатран 110 мг x 2 р/сут, ривароксабан 15 мг x 2 р/сут
апиксабан 2,5 мг x 2 раза/сут, дабигатран 110 мг x 2 раза/сут, ривароксабан 15 мг x 1 раз/сут
- 410 Антикоагулянты назначаются пациентам с фибрилляцией предсердий
только при постоянной форме фибрилляции предсердий
только при частых рецидивах пароксизмов
только пациентам с высокой частотой желудочкового ответа и проявлениями сердечной недостаточности
при любой форме и течении фибрилляции предсердий показания к назначению антикоагулянтов определяет расчетный риск тромбоэмболических осложнений
- 411 Стратегия высокого риска направлена на
выявление лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний
выявление здоровых лиц
выявление лиц с перенесенным инфарктом миокарда или инсультом
диспансеризацию определенных возрастных групп населения
- 412 К медикаментозной профилактике при стратегии высокого риска относится
антигипертензивная терапия
гиполипидемическая терапия
диуретическая терапия
антиагрегантная терапия
- 413 Шкала SCORE2-OP используется для
оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у пациентов 70 лет и старше
оценки риска только фатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у пациентов 70 лет и старше
оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у всех пациентов
оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет только у пациентов с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, перенесших операции на артериях, инсульт/транзиторную ишемическую атаку, страдающих сахарным диабетом, хронической болезнью почек, семейной гетерозиготной гиперхолестеринемией или уровнем систолического АД >179 мм рт.ст.
- 414 Что улучшает прогноз у больных высокого риска?
антигипертензивная терапия
гиполипидемическая терапия
диуретическая терапия
антиагрегантная терапия
- 415 Механизмами повышения артериального давления могут быть
повышение общего периферического сосудистого сопротивления
увеличение массы циркулирующей крови
увеличение минутного объема сердца
повышение концентрации ренина плазмы крови

гипертрофия миокарда левого желудочка

- 416 Клиническими показаниями к проведению суточного мониторирования артериального давления являются
- подозрение на гипертонию «белого халата»
 - подозрение на маскированную гипертонию
 - инфаркт миокарда
 - оценка степени снижения ночного уровня АД
 - оценка вариабельности АД
 - острый коронарный синдром
- 417 Какие из перечисленных антигипертензивных средств повышают смертность больных АГ с признаками сердечной недостаточности?
- диуретики
 - бета-адреноблокаторы
 - антагонисты кальция
 - ганглиоблокаторы
 - блокаторы имидазолиновых рецепторов
 - антагонисты рецепторов ангиотензина II
 - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 418 Шум митральной регургитации имеет следующие характеристики
- выслушивается на верхушке сердца
 - следует за I тоном, сливается с ним
 - занимает всю систолу, имеет лентовидную или веретенообразную форму
 - мало изменяется при перемене положения тела
 - проводится на сосуды шеи
- 419 Для лечения фибрилляции предсердий при хронической митральной регургитации могут быть использованы
- дигоксин
 - бисопролол
 - верапамил
 - варфарин
 - амлодипин
- 420 Причинами головокружения при аортальном стенозе являются
- обструкция выходного тракта ЛЖ
 - нарушения ритма и проводимости
 - снижение вазомоторного тонуса
 - сниженная чувствительность клеток каротидного синуса
 - гиперактивация механорецепторов ЛЖ
- 421 Компоненты «аортальной триады» симптомов при аортальном стенозе
- одышка
 - стенокардия
 - эмболические осложнения
 - синкопальные состояния
 - шум клапанного порока
- 422 «Излюбленные места» сосудистых эмболий при аортальном стенозе
- сетчатка глаза
 - головной мозг
 - сердце
 - почки
 - легкие
- 423 Для аускультативной картины остро возникшей аортальной регургитации характерно
- протодиастолический шум
 - ослабление первого тона
 - отсутствие 3 тона
 - нормальный первый тон

- нормальный второй тон
- 424 К гемодинамическим изменениям при хронической аортальной регургитации относятся
повышение сердечного выброса
снижение сердечного выброса
повышение систолического давления
повышение пульсового давления
увеличение размеров ЛЖ
- 425 Признаками аортальной регургитации
систолический шум на верхушке с иррадиацией на сосуды шеи
протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба
увеличение пульсового давления
признаки дилатации левых отделов сердца
ослабление II тона
- 426 Какие побочные эффекты свойственны амиодарону?
удлинение интервала QT и развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа «пируэт»
токсическое поражение легких
нарушение функций щитовидной железы
атония мочевого пузыря
увеличение частоты желудочковых сокращений у больных с фибрилляцией предсердий и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- 427 Применение дигоксина приводит к
снижению активности синоатриального узла
снижению активности атриовентрикулярного узла
удлинению систолы
снижению давления в устье полых вен и правом предсердии
- 1 Ревматология
- 428 Что характерно для подагрического артрита?
мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
пик заболеваемости у женщин приходится на 60-70 лет
пик заболеваемости у мужчин приходится на 25-35 лет
частота выявления гиперурикемии в популяции составляет 1%
- 429 Первый приступ подагрического артрита в большинстве случаев развивается в
I плюснефаланговом суставе
коленных суставах
локтевых суставах
суставах кистей в виде асимметричного артрита
суставах шейно-грудного отдела позвоночника
- 430 Для острого подагрического артрита характерно
развитие максимального воспаления в течение первых суток болезни
поражение 4-5 суставов одновременно
симметричность поражения суставов стоп
геморрагический характер синовиальной жидкости
обратное развитие симптомов в течение 7-10 дней на фоне приёма диуретиков
- 431 Для купирования острого подагрического артрита применяют
колхицин, нестероидные противовоспалительные препараты, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов
аллопуринол, безобромарон
колхицин, петлевые диуретики, урикозурики
колхицин, энтеросорбенты, анестетики
пентоксифиллин, м-холиноблокаторы
- 432 Наиболее значимым диагностическим критерием подагры является
начало артрита у пациента мужского пола в возрасте старше 50 лет
повышенный сывороточный уровень мочевой кислоты

- острое начало артрита
выявление характерных кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
поражение I плюснефалангового сустава
- 433 Патогенетическое уратснижающее лечение подагры подразумевает
начало лечения не ранее хронической стадии заболевания
ограничение потребления натрия
начало лечения с низких доз с постепенным повышением до достижения целевого уровня урикемии
перерыв в приеме препарата на период обострения (атаки) заболевания
отсутствие необходимости соблюдать низкопуриновую диету
- 434 Уровень мочевой кислоты в крови повышается на фоне приёма
лозартана
верапамила
эналаприла
карведилола
гидрохлортиазида
- 435 Для пирофосфатной артропатии в отличие остеоартрита характерно
поражение коленных суставов
остеофиты на рентгенограмме
поражение запястных и пястно-фаланговых суставов
сужение суставных щелей на рентгенограмме
кальцификация хрящей, менисков
- 436 Диагноз пирофосфатной артропатии является достоверным при
выявлении кристаллов с двойным лучепреломлением в синовиальной жидкости
выявлении дегенерации менисков на рентгенограммах
наличии типичного хондрокальциноза на рентгенограммах и выявление моноклинных или триклинных
кристаллов в синовиальной жидкости
хроническом артрите коленных и локтевых суставов, течение которого сопровождают острые атаки
хроническом артрите коленных суставов у пациента старшего возраста без достоверных признаков
ревматоидного артрита
- 437 Какие из перечисленных методов обследования позволяют дифференцировать острый подагрический
артрит и пирофосфатную артропатию?
определение уровня СРБ
рентгенография пораженных суставов
выявление ревматоидного фактора
выявление антинуклеарного фактора
исследование синовиальной жидкости
определение ионизированного кальция в крови
- 438 Какие лабораторные показатели являются характерными для ревматоидного артрита?
антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и ревматоидный фактор
антитела к гистонам и *Saccharomyces cerevisiae*
антинулеарный фактор Her2 и антитела к стрептолизину O
ревматоидные факторы и IgG CMV
антитела к двуспиральной ДНК и гладкомышечным клеткам
- 439 Какие клинические признаки характерны для болезни Стилла?
субфебрилитет, высокие титры ревматоидного фактора, симметричный полиартрит
нефрит, лихорадка, кожная сыпь, полинейропатия
боль в горле, лихорадка, кожная сыпь, лимфаденопатия
нарушение глотания, гепатоспленомегалия
- 440 Какие признаки характерны для синдрома Фелти?
высокий риск миелодиспластического синдрома
высокие титры ревматоидного фактора, лимфоцитоз
сакроилиит, гепатоспленомегалия
приступы вазоспазма, рецидивирующий полихондрит
высокие титры ревматоидного фактора, лейкопения

- 441 Какой из перечисленных препаратов относится к базисным противовоспалительным препаратам?
лорноксикам
мелоксикам
лефлуноמיד
детралекс
ацеклофенак
- 442 Назначение генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите показано при высокой активности, сохраняющейся более 12 месяцев, и недостаточной эффективности стандартных базисных противовоспалительных препаратов
при высокой активности, сохраняющейся более 3 -6 месяцев, и недостаточной эффективности стандартных базисных противовоспалительных препаратов
в виде монотерапии при наличии факторов неблагоприятного прогноза
в случае непереносимости стандартных базисных противовоспалительных препаратов
в комбинации с глюкокортикостероидами
- 443 Остеоартрит - это

заболевание, при котором поражается только суставной хрящ
заболевание, сопровождающееся грануляционным поражением синовиальной оболочки сустава
заболевание, при котором поражается весь суставной аппарат
заболевание, сопровождающееся выраженной воспалительной активностью
заболевание, при котором поражаются только опорные суставы
- 444 Характерными суставными локализациями для остеоартрита являются
коленные и лучезапястные суставы
тазобедренные и суставы предплюсны
плечевые и суставы шейного отдела позвоночника
суставы запястья и пястно-фаланговые суставы
коленные и тазобедренные суставы
- 445 Отличительным признаком спондилоартрита от дегенеративных поражений позвоночника является
уменьшение болей в покое и в утренние часы
уменьшение болей при движении и во второй половине дня
уменьшение болей в положении максимального разгибания позвоночника
усиление болей в положении лёжа на спине
усиление болей в пробе Тинеля
- 446 Какие проявления кожного синдрома характерны для системной красной волчанки?
витилиго, линейный фиброз, телеангиоэктазии
нейрофиброматоз, кольцевидная эритема
фиксированная эритема на скулах, фотодерматоз, сетчатое ливедо
герпетиформный дерматит, ониходистрофия
пустулёзный дерматит, сетчатый акантоз
- 447 Какие поражения кожи, волос и слизистых оболочек характерны для системной красной волчанки?
индурированный отёк, гелиотропная сыпь, глоссит
гиперкератоз, потеря пушкового оволосения, пришеечный кариез
рубцовая алопеция, гранулематозный стоматит, дерматит ладоней
фотодерматоз, дискоидные очаги, алопеция, хейлит
ксеростомия, мигрирующая эритема, фолликулит
- 448 Характерная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанки
голени
лицо
спина
грудь
плечи
- 449 Артрит при системной красной волчанке характеризуется
поражением осевых суставов позвоночника
быстрым развитием деструктивных изменений в суставах

- торпидностью к лечению
сходством с ревматоидным артритом (симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов)
сходством с псориатическим артритом (несимметричный полиартрит крупных и средних суставов)
- 450 Какие поражения сердца характерны для системной красной волчанки?
рестриктивная кардиомиопатия
тампонада сердца
дилатационная кардиомиопатия
бородавчатый эндокардит
трикуспидальный вальвулит
- 451 Для плеврита при системной красной волчанке характерны следующие признаки
является признаком бородавчатого эндокардита
протекает с массивным выпотом, сопровождается асцитом и тампонадой сердца
чаще двухсторонний, с минимальным выпотом, доброкачественным течением
возникает как проявление приступообразного полисерозита у пациентов с минимальным поражением почек
развивается на фоне антифосфолипидного синдрома и тромботических осложнений
- 452 Отличительной особенностью синдрома Рейно (по данным капилляроскопии) является сочетание с синдромом Тибьержа-Вайсенбаха
возможность полного восстановления капиллярного русла на фоне лечения цитостатиками
значительная редукция капилляров ногтевого ложа с формированием аваскулярных участков
расширение капилляров ногтевого ложа без выраженных участков аваскулярного некроза
положительная проба с антагонистами кальция
- 453 Какие поражения кожи характерны для поздней стадии системной склеродермии?
гелиотропный отёк
индуративный отёк
дискоидный дерматит
фиброз и трофические нарушения
акантоз и эксфолиация
- 454 Показанием для назначения D-пеницилламина при системной склеродермии является генерализованное поражение кожных покровов
выраженная легочная гипертензия
прогрессирование почечной недостаточности
высокие титры антинуклеарных АТ
наличие артрита
- 455 Для синдрома Рейно при системной склеродермии характерно одностороннее изменение цвета пальцев кистей и стоп
развитие приступов вазоспазма исключительно в холодное время года
ускоренное развитие фиброза в поражённых конечностях
отсутствие пульсации на артериях верхних и нижних конечностей
возможное развитие висцеральных поражений
- 456 Какие поражения кожи характерны для ранней стадии склеродермии?
индуративный отёк
дистальная фиброзная склеродерма
склеродактилия
трофические поражения ногтей
дерматит дистальных фаланг пальцев
- 457 Для системной склеродермии характерны следующие внекожные проявления
поражения кожи и ЦНС
сухой синдром и антифосфолипидный синдром
деструктивный полиартрит и полиэнтезит
поражения сердца, лёгких, пищевода
поражения сердца, почек и верхних отделов пищевода

- 458 Какие стадии поражения кожных покровов выделяют при системной склеродермии?
дерматоз, трофические нарушения
- фиброз, кальциноз
узловатая эритема, индурация, атрофия
отек, гиперкератоз, атрофия
индуративный отёк, трофические нарушения
- 459 «Склеродермическая почка» проявляется
асептической пиурией в сочетании с полиурией
эозинофилиурией, гиалиновыми и зернистыми цилиндрами
бессимптомной бактериурией, билирубинурией
олигурией, протеинурией, лейкоцитурией, эритроцитурией
бактериурией с преобладанием грамотрицательных микроорганизмов
- 460 Как называется сочетание кальциноза, феномена Рейно, склеродактилии, телеангиоэктазий и нарушения моторики пищевода при склеродермии?
синдром Рейно
болезнь Шегрена
склередема Бушке
Overlap-синдром
CREST-синдром
- 461 К иммунологическим показателям системной склеродермии относятся
антитела к топоизомеразе, антицентромерные антитела, антитела к двуспиральной ДНК,
антинуклеарный фактор
антитела к гистидил- РНК- синтетазе, анти-Sm антитела, антинуклеарный фактор RS3
ревматоидный фактор, антитела к LE-клеткам, анти-SS/A и B антитела
анти- KLA антитела, криоглобулины III, анти Ro/La 70 антитела
- 462 Диффузная форма системной склеродермии характеризуется
поражением внутренних органов без кожных проявлений
наличием антител к миелопероксидазе, высокой частотой нефрита
генерализованным поражением кожи на фоне минимальной висцеральной патологии
преобладанием васкулита и тромботических осложнений
ранним развитием висцеральной патологии, наличием антител Scl-70
- 463 К антифиброзным препаратам относится
силденафил
преднизолон
купренил
селлсепт
адалimumаб
- 464 К проявлениям лимитированной формы системной склеродермии относится
изолированное поражение пищевода
изолированный склерозирующий холангит
одностороннее развитие пневмонита
ограниченное поражение кожи (лицо, кисти, стопы)
отсутствие аутоиммунных антител
- 465 Показанием к назначению циклофосфида при системной склеродермии является
легочная гипертензия
интерстициальное поражение легких
синдром Рейно
склеродерма
склеродактилия
- 466 Для паранеопластической склеродермии характерно
неблагоприятный прогноз
- развитие на фоне рецидива лимфопролиферативных заболеваний
развитие на фоне лечения блеомицином

- преимущественное поражение периартикулярных тканей, торпидность к лечению
быстрая деструкция суставных поверхностей с развитием подвывихов и вывихов
- 467 Какие из перечисленных клинических признаков характерны для дерматомиозита/полимиозита?
проксимальная мышечная слабость, гелиотропная сыпь
дистальная мышечная слабость, эритромелалгия
миогенные изменения при электромиографии
амавроз, алопеция, сухой синдром
нефрит, язвенно-некротический дерматит
- 468 Для ревматоидного артрита характерно
поражение внутренних органов преобладает над суставным синдромом
высокие титры АСЛО
уровень сывороточной креатинфосфокиназы в норме или незначительно повышен
несимметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей
симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов конечностей
- 469 Электромиографическая картина при полимиозите характеризуется
выпадением двигательных единиц
снижением скорости проведения импульса
несимметричной скоростью проведения импульса
острофазными потенциалами двигательных единиц
патологической спонтанной активностью мышечных волокон
- 470 Показаниями к назначению цитостатиков пациентам с дерматомиозитом являются
кальциноз мягких тканей, распространённый дерматит
синдром Кушинга
давность заболевания более 10 лет
дисфагия, тяжелая мышечная слабость
птоз, миоз, энофтальм
- 471 Для псориатического артрита характерно
изолированный шейный спондилоартрит
сочетание артрита с миопатией
поражение пястно-фаланговых суставов
дактилит
развитию артрита всегда предшествует кожный псориаз
- 472 Для анкилозирующего спондилоартрита характерно
гиповентиляционный синдром, связанный с миозитом дыхательной мускулатуры
изолированный спондилоартрит поясничного отдела, «лестничное» поражение суставов
мутилирующий периферический артрит
серопозитивность по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду
двусторонний сакроилиит, восходящий спондилоартрит, энтезиты
- 473 Основу лечения дерматомиозита/полимиозита составляют
глюкокортикоиды
цитостатики
аминохинолиновые производные
плазмаферез
антицитокиновые препараты
- 474 При тяжелом интерстициальном поражении легких на фоне диффузных болезней соединительной ткани препаратом выбора считается
метотрексат
циклоспорин А
микофенолата мофетил
циклофосфамид
азатиоприн

- 475 Наиболее перспективным препаратом биологической (антицитокиновой) терапии в лечении тяжелого стероидорезистентного дерматомиозита/полимиозита в настоящее время считается
- цертолизумаб пегол
 - тоцилизумаб
 - адалимумаб
 - ритуксимаб
 - канакимумаб
- 476 Характерными внесуставными поражениями при ревматоидном артрите являются ревматоидный кальциноз мягких тканей, бородавчатый эндокардит васкулит сосудов крупного калибра, головные боли, преходящая потеря зрения эзофагит, индуративный дерматит, менингит передний увеит, полиморфная сыпь, энтезопатии ревматоидные узелки, эписклерит, кожный васкулит, нейропатии
- 477 Какие сосуды преимущественно поражаются при геморрагическом васкулите?
- височная артерия
 - артерии крупного калибра
 - венозная система
 - артерии среднего калибра
 - сосуды микроциркуляторного русла
- 478 Наиболее частая локализация кожных изменений при геморрагическом васкулите
- крылья и спинка носа
 - живот
 - стопы и голени
 - кисти рук
 - лицо
- 479 Узловатая эритема является
- специфическим признаком саркоидоза
 - диагностическим критерием уретрокулоиновиального синдрома
 - диагностическим критерием болезни Лайма
 - лекарственным осложнением селективных нестероидных противовоспалительных препаратов
 - неспецифическим септальным панникулитом
- 480 Криоглобулины II типа выявляются при
- множественной миеломе
 - болезни Шегрена
 - неходжкинской лимфоме
 - ревматоидном артрите
 - системной склеродермии
- 481 С какими инфекционными процессами могут быть ассоциированы криоглобулины?
- стрептококковый тонзиллит
 - вирусный гепатит С
 - сальмонеллёз
 - острый мочеполовой хламидиоз
 - системный кандидоз
- 482 Кожные проявления васкулита могут быть представлены в виде
- гиперкератоза в области суставов
 - чередование участков гипо- и гиперпигментации
 - узловатой эритемы с исходом в фиброз
 - капилляритов, геморрагической сыпи, сетчатого ливедо
 - феномена Рейно без изменений на капилляроскопии
- 483 К характерным деформациям суставов кистей при ревматоидном артрите относят
- деформации суставов за счёт ревматоидных узелков
 - костные узловые образования в области проксимальных и дистальных межфаланговых суставов
 - ульнарную девиацию пястно-фаланговых суставов
 - разнонаправленную деформацию суставов пальцев

- осевой анкилозирующий дактилит
- 484 Выявление перинуклеарного типа антинейтрофильных цитоплазматических антител характерно для быстро прогрессирующего гранулематоза с полиангиитом
узелкового полиартериита
системной склеродермии
геморрагического васкулита
ревматической полимиалгии
- 485 Основными клиническими проявлениями гранулематоза с полиангиитом являются поражение желудочно-кишечного тракта, гипертрофия околоушных желез
поражение глаз, верхних дыхательных путей, легких
глоссит, полинейропатия, панкреатит
лейкоцитокластический дерматит, нефрит
буллёзное поражение кожи
- 486 Для серонегативных спондилоартритов характерны следующие внесуставные поражения
васкулит сосудов мелкого калибра
тубулоинтерстициальный нефрит, эзофагит
конъюнктивит, передний увеит, узловатая эритема
калькулёзный простатит, эндометриоз
полисерозит, лёгочная гипертензия
- 487 Наиболее часто узелковый полиартериит развивается
у мужчин среднего возраста
у пожилых людей, вне зависимости от пола
у молодых женщин
у детей и подростков
в одинаковой степени у мужчин и женщин, в любом возрасте
- 488 Характерными клиническим признаками узелкового полиартериита являются
тромбоз почечных вен, полисерозит
нейрогенная хромота, холангит
язвы слизистой рта, эписклерит, пальмарная эритема
слабость и боли в голенях, снижение массы тела, сетчатое ливедо
геморрагическая сыпь, гематурия, артралгии
- 489 К клиническим проявлениям геморрагического васкулита относятся приступы бронхиальной обструкции и микротромбозы
быстро прогрессирующий амилоидоз и увеит
остеолиз концевых фаланг пальцев и диффузный фасциит
вторичный остеоартроз опорных суставов и гемолитическая анемия
- кожный, почечный, абдоминальный и суставной синдромы
- 490 Проведение комбинированной терапии глюкокортикостероидами в сочетании с циклофосфаном показано больным с узелковым полиартериитом в случае
быстро прогрессирующего тяжелого поражения сосудов
ограниченного поражения сосудов
наличия абдоминального синдрома
наличия нормохромной анемии
безболевого ишемии миокарда
- 491 Для узелкового полиартериита характерно
поражение глаз и внутреннего уха
лимфаденопатия и гепатоспленомегалия
сочетание с первичным билиарным холангитом
развитие деструктивного артрита
поражение кожи, нервной системы, желудочно-кишечного тракта
- 492 Для поражения почек при узелковом полиартериите характерно
поражение почечного интерстиция
макрогематурия

- протеинурия свыше 3 г/л
микрогематурия
развитие амилоидоза
- 493 Ведущей жалобой пациента при остеоартрите является
боль в крупных суставах
боль в сердце
головные боли
боли в пояснице
- 494 Побочными эффектами колхицина являются
диарея
запоры
отеки
сердцебиение
- 495 Заболевание, часто ассоциирующиеся с подагрой
бронхиальная астма
язвенная болезнь желудка
хронический пиелонефрит
ожирение
- 496 Клиническим состоянием, являющееся показанием для монотерапии нестероидными
противовоспалительными препаратами является
системная красная волчанка
дерматомиозит
мигрень
внесуставные ревматические заболевания (миозит, тендовагинит, синовит)
- 497 Кожный покров над суставом при остеоартрите
отечный
гиперемирован
плотный
не изменен
- 498 Боль в суставах при остеоартрите
возникает при движении после состояния покоя
возникает во время сна
возникает постоянно

возникает в покое
- 499 Остеоартит характеризуется
утренней скованностью
отечностью суставов
деформацией локтевых суставов
крепитацией, «хрустом» в суставах
- 500 При обследовании пациента с ревматоидным полиартритом следует обратить внимание
на чистоту кожного покрова
на наличие отеков
на конфигурацию суставов
на увеличение лимфатических узлов
- 501 Люмбаго - это
ноющие боли в пояснице
острые боли в пояснице с иррадиацией в ногу
острые боли в поясничной области, возникшие внезапно
острые боли в грудном отделе позвоночника
- 502 При остеопорозе часто возникают
переломы ребер
переломы шейки бедра, позвоночника

- грыжа позвоночника
сколиоз
- 503 Урикоstaticом является
азотиоприн
бутадион
этамид
аллопуринол
- 504 Яркая гиперемия над пораженным суставом наиболее характерна для
гнойного артрита и подагрического артрита
подагрического артрита и синовита при деформирующем остеоартрите
синовита при остеоартрите и ревматоидного артрита
ревматоидного артрита
- 505 Тофусы представляют собой
остеофиты
отложение в тканях холестерина
отложение в тканях уратов
воспаление гранулемы
уплотнение подкожной клетчатки
- 506 Для подагры характерно поражение
пястнофалангового сустава
локтевого сустава
плечевого сустава
первого плюснефалангового сустава
- 507 Стартовая боль характерны для
ревматоидного артрита
подагры
реактивного артрита
остеоартрита
- 508 Фактор риска подагры

женский пол
избыточное употребление продуктов, богатых пуриновыми основаниями
носительство HLA-B27 антигена гистосовместимости
избыточная физическая активность
- 509 Утренняя скованность в мелких суставах кистей более часа характерна
для ревматического артрита
для реактивного артрита
для ревматоидного артрита
для подагрического артрита
- 510 У пациента выявлена утренняя скованность менее 30 минут, боль механического характера,
тугоподвижность, ограничение подвижности сустава, крепитация, при рентгенологическом исследовании -
сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты
остеоартит
подагрический артрит
реактивный артрит
ревматоидный артрит
- 511 При ревматоидном артрите ранее всего поражаются
проксимальные межфаланговые суставы кистей
позвоночные суставы
крестцово-подвздошные суставы
локтевые суставы
- 512 Основным ранним клиническим симптомом остеоартрита тазобедренного сустава является
боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава

- приводящая сгибательная контрактура
боль в области тазобедренного сустава
ограничение объема движений в суставе
- 513 Диагноз пирофосфатной артропатии является достоверным при выявлении триклинных кристаллов
наличии типичного хондрокальциноза на рентгенограммах
хронического артрита коленных и локтевых суставов, течение которого сопровождаются острыми атаками
выявление кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
- 514 Что из перечисленного входит в критерии ревматоидного артрита?
антицитруллиновые антитела
артрит крупных суставов
обнаружение «костного отека» при магнитно-резонансной томографии
утренняя скованность >1 часа
- 515 Какой из признаков относится к клиническим проявлениям болезни Стилла?
боль в горле
лихорадка
поражение почек
кожная сыпь
- 516 Болевой синдром при спондилоартрите характеризуется следующими признаками, за исключением
беспокойство преимущественно в ночное время
боль обычно двухсторонняя
максимально выражен при попытке разгибания позвоночника
локализуется паравертебрально
- 517 Излюбленная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке -
лицо
голена
спина
грудь
- 518 Для синдрома Рейно при системной склеродермии характерно
одностороннее изменение цвета пальцев кистей и стоп
возможное развитие висцеральных поражений
некротические изменения в области пальцев кистей
некротические изменения в области пальцев кистей и стоп
- 519 «Большим» диагностическим критерием диагноза системной склеродермии является
проксимальная склеродерма
дистальная склеродерма
двусторонний базальный легочный фиброз
склеродактилия
- 520 Какие стадии поражения кожных покровов выделяют при системной склеродермии
отек, индурация
отек, индурация, изъязвления
индурация, атрофия
отек, индурация, атрофия
- 521 Показанием к назначению циклофосфида при системной склеродермии является
легочная гипертензия
синдром Рейно
интерстициальное поражение легких
склеродерма
- 522 К развитию вторичной гиперурикемии могут привести
обширное поражение кожных покровов при псориазе
длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
длительный прием петлевых и/или тиазидных диуретиков

множественная миелома

- 523 К диагностическим критериям системной красной волчанки относятся
увеличение скорости оседания эритроцитов
ложноположительная реакция Вассермана
антитела к ДНК
антитела к кардиолипину
антитела к Sm-антигену
- 524 Характерными изменениями кисти на поздней стадии системной склеродермии являются
дискоидная сыпь над суставами
трофические поражения кожи
контрактура пальцев
остеолиз концевых фаланг
ониходистрофия
- 525 Какие поражения характерны для системной красной волчанки?
эрозивный артрит
афтозный стоматит
индурация кожи
симптом Готтрона
дискоидная сыпь
- 526 К числу специфических кожных проявлений при дерматомиозите относятся
симптом Готтрона
симптом «шали»
«рука механика»
периорбитальный гелиотропный дерматит
васкулитная «бабочка»
симптом «пробойника»
- 527 Характерными проявлениями кожного синдрома при геморрагическом васкулите являются
симметричное поражение
пальпируемая пурпура
исчезает при надавливании
сопровождается зудом
- 528 Характерными проявлениями миозита при полимиозите являются
проксимальная мышечная слабость
дисфония
кашель
неспособность согнуть пальцы в кулак
- 1
- 529 Болезни органов пищеварения
Современным стандартом лечения НР-ассоциированной язвенной болезни являются
ингибиторы протонной помпы+антибиотики
блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов+антибиотики
антациды+антибиотики
антациды+прокинетики
ингибиторы протонной помпы + прокинетики+антациды
- 530 К осложнению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относится
пищевод Барретта
ахалазия кардии
диффузный спазм пищевода
дивертикул Ценкера
грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 531 Что применяется при лечении ахалазии кардии
прием нифедипина
прием нитроглицерина
инъекции токсина ботулизма

- прием мотилиума
пневмокардиодилатация
- 532 Для хронического аутоиммунного атрофического гастрита (тип А) характерно
наличие АТ к бокаловидным клеткам
преимущественное поражение антрального отдела желудка
развитие гемолитической анемии
преимущественное поражение дна и тела желудка
гиперацидность
- 533 При каком из перечисленных заболеваний и синдромов диарея сопровождается «приливами», отеком и гиперемией лица, тахикардией, гипотонией?
синдром Золлингера-Эллисона
болезнь Крона
язвенный колит
карциноидный синдром
панкреатическая холера
- 534 При сочетании диареи с болью и обызвествлением мезентериальных лимфатических узлов можно предполагать
рак толстого кишечника
болезнь Крона
язвенный колит
амебиаз
туберкулезный илеотифлит
целиакию
- 535 Периодические схваткообразные боли по ходу толстой кишки, неустойчивый стул со слизью при неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для
хронического панкреатита
сальмонеллеза
синдрома раздраженного кишечника
язвенного колита
болезни Крона
- 536 Эозинофилия крови может свидетельствовать о
манифестации воспалительных заболеваний кишечника
онкопатологии толстой кишки
гельминтозах
бактериальных кишечных инфекциях
раке желудка
- 537 Укажите на энтеральный копрологический синдром
креаторея, стеаторея, амилорея, полифекалия
незначительное количество мышечных волокон, слизь, лейкоциты
кашицеобразный, светло-коричневый стул со слабым запахом и щелочной реакцией, незначительное количество мышечных волокон, крахмала и неперевариваемой клетчатки
- 538 Наиболее характерным местом колонизации желудка *Helicobacter pylori* инфекцией является
кардия
дно желудка
тело желудка
антральный отдел
- 539 Для верификации диагноза хронического гастрита используется
гастроскопия
гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка
рентгеноскопия желудка
дуоденальное зондирование
анализ желудочного сока
- 540 Для болезни Менетрие характерным является

- запор
 - гигантская гипертрофия желудочных складок
 - увеличение массы тела
 - лихорадка
 - метеоризм
- 541 Боль в эпигастральной области через 2 часа после приема пищи, натошак, купирующаяся приемом пищи, характерна для
- рак желудка
 - язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - язвенной болезни желудка
 - стеноза привратника
- 542 Основной метод лечения целиакии
- антибиотики
 - глюкокортикоиды
 - аглютеновая диета
 - цитостатики
 - пробиотики
- 543 Для лечения неалкогольного стеатогепатита применяется
- урсофальк
 - омепразол
 - венгер
 - мотилиум
 - ретаболил
- 544 С какой скоростью необходимо снижать массу тела при лечении ожирения у больного стеатогепатитом?
- 0,2-0,3 кг неделю
 - 0,5-1 кг в неделю
 - 2-3 кг в неделю
 - 3-4 кг в неделю
 - 4-5 кг в неделю
- 545 Больному стеатогепатитом с наличием синдрома холестаза предпочтительно назначение
- хофитола
 - урсофалька
 - силимарина
 - адеметионина
 - тиоктацида
- 546 Назначение какого препарата наиболее показано при высокой активности алкогольного стеатогепатита
- гептрала
 - преднизолона
 - урсофалька
 - эссенциале
 - силимарина
- 547 Печеночная кома может быть осложнением
- острой язвы желудка
 - синдрома Ротора
 - рака толстой кишки
 - острого лекарственного гепатита
 - синдрома Жильбера
- 548 Этиологическая роль лекарственного препарата в поражении печени считается определенной, если временной интервал между приемом препарата и развитием гепатотоксической реакции составляет
- свыше 30 дней
 - свыше 60 дней
 - свыше 90 дней
 - свыше 180 дней

- свыше года
- 549 К системным иммуноопосредованным гиперчувствительным реакциям при применении лекарственных препаратов относится
спленомегалия
кровотечение
анемия

эозинофилия
тромбоцитоз
- 550 Индикатором тяжелого лекарственного поражения печени является
повышение уровня АЛТ свыше 3 раз
повышение уровня АСТ свыше 3 раз
повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
повышение уровня АЛТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз (норм)
повышение уровня АСТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
- 551 К лекарственным поражениям печени относится
гемохроматоз
портальная гастропатия
первичный билиарный холангит
стеатогепатит
первичный склерозирующий холангит
- 552 Какой лекарственный препарат (вещество) может вызвать развитие острого лекарственного гепатита
изониазид
преднизолон
дексаметазон
цинк сульфат
рифаксимин
- 553 При лекарственно-индуцированном аутоиммунном гепатите наблюдается
гепатоцеллюлярное гидроксилирование или окисление препарата с образованием токсических метаболитов
конъюгация лекарственных метаболитов с эндогенными детоксицирующими субстанциями
внутриклеточный транспорт метаболитов к синусоидальному или билиарному полюсу гепатоцита
экскреция препарата в общий кровоток или желчь
продукция аутоантител к лекарственным метаболитам
- 554 Какой лекарственный препарат используются при лечении лекарственных гепатитов высокой степени активности
эссенциальные фосфолипиды
адеметионин
глюкокортикостероиды
урсодезоксихолевая кислота
тиоктовая кислота
- 555 Какой метод наиболее информативен в установлении причины гепатомегалии?
ультразвуковое исследование
компьютерная томография
биопсия печени
радиоизотопное сканирование печени
- 556 Серьезным осложнением чрескожной биопсии печени является
кровотечение в брюшную полость
кровотечение в плевральную полость
желчная эмболия
повреждение органов брюшной полости иглой
пневмоперитонеум
- 557 Хроническая алкогольная интоксикация способствует развитию

- болезни накопления
 - аутоиммунного гепатита
 - гранулематоза печени
 - цирроза печени
 - гемангиом печени
- 558 Какое минимальное количество жира в печени характерно для жировой инфильтрации печени?
- более 3% веса печени
 - более 5% веса печени
 - более 15% веса печени
 - более 25% веса печени
 - более 40% веса печени
- 559 Что характерно для хронического панкреатита
- кожная сыпь
 - желтушность кожных покровов
 - запоры
 - стеаторея
 - гипогликемия
- 560 Выберите наиболее достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы
- D-ксилозный тест
 - концентрация эластазы-1 в кале
 - активность трипсина, липазы и амилазы в сыворотке крови
 - амилазо-креатининовый коэффициент
 - копрологическое исследование
- 561 Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются
- экзокринная недостаточность поджелудочной железы
 - перитонит
 - псевдокисты
 - асцит
 - рак поджелудочной железы
- 562 Ранним копрологическим показателем снижения экзокринной функции поджелудочной железы является
- креаторея
 - стеаторея
 - наличие соединительной ткани
 - амилорея
 - наличие неперевариваемой растительной клетчатки
- 563 Наиболее характерным признаком хронического панкреатита является
- развитие сахарного диабета
 - снижение экзокринной функции поджелудочной железы
 - желтуха
 - повышение активности аминотрансфераз
 - гепатомегалия
- 564 Для хронического билиарозависимого панкреатита характерно
- развитие в результате обструкции главного протока поджелудочной железы
 - развитие в результате стеноза большого дуоденального соска
 - развитие в результате дуоденальной гипертензии
 - развитие в результате патологии печени
 - сочетания с патологией билиарной системы
- 565 Для хронического кальцифицирующего панкреатита характерно
- отсутствие в протоках белковых преципитатов
 - наличие стеноза и атрезии протоков, атрофии ацинарной ткани поджелудочной железы
 - наличие кист в паренхиме печени
 - наличие дискомфорта в правом подреберье

- наличие абдоминальных болей, уменьшающихся после акта дефекации
- 566 При хроническом паренхиматозном панкреатите назначают
урсокислоты
наркотические препараты
желчегонные препараты
ферменты
антациды
- 567 Наиболее часто выявляемый при хроническом панкреатите симптом
боли в верхней половине живота
гипергликемия
желтуха
стеаторея
рвота
- 568 При обострении хронического панкреатита наблюдается увеличение содержания в крови
пируватдегидрогеназы
орнитина
креатинфосфокиназы
эластазы-1
щелочной фосфатазы
- 569 Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является
рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
чрескожная чреспеченочная холангиография
компьютерная томография
ретроградная панкреатохолангиография
магнитно-резонансная томография
- 570 При подозрении на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) методом выбора
диагностики заболевания является
внутривенная холангиография
обзорная рентгенография брюшной полости
эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
транспариетальная холангиография
ультразвуковое исследование поджелудочной железы
- 571 Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике формы и осложнений острого
панкреатита
диагностический пневмоперитонеум
обзорная рентгеноскопия брюшной полости
лапароскопия
эзофагогастродуоденоскопия
определение амилазы крови и мочи
- 572 У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились:
гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется
инфильтрат в эпигастральной области. Ваш диагноз?
холангит
пневмония

киста поджелудочной железы
забрюшинная флегмона
абсцесс сальниковой сумки
- 573 Какая клиническая форма чаще развивается при длительном течении алкогольного панкреатита?
болевая
рецидивирующая
безболевая
псевдотуморозная
отечная (интерстициальная)

- 574 В каком отделе двенадцатиперстной кишки открывается проток поджелудочной железы?
луковице
верхнем горизонтальном
нисходящем
нижнем горизонтальном
восходящем
- 575 Секретию панкреатического сока наиболее активно стимулирует
соматостатин
гастрин
секретин
вазоинтестинальный пептид
глюкагон
- 576 Какое из перечисленных заболеваний обязательно сопровождается поражением поджелудочной железы?
холецистит
муковисцидоз
эзофагит
язвенная болезнь
первичный билиарный холангит
- 577 Выберите категории ДНК-положительных больных хроническим гепатитом В, нуждающихся только в динамическом наблюдении
при повышении уровня трансаминаз более 2 норм
при высоком уровне виремии
при отсутствии явных клинических признаков поражения печени
при тяжелом фиброзе печени
при нормальном уровне трансаминаз и отсутствии явных клинических признаков поражения печени
- 578 Какая тактика наиболее показана при нормальном уровне трансаминаз (АЛТ, АСТ) у больных хроническим вирусным гепатитом В?
назначение противовирусной терапии
наблюдение каждые 6-12 месяцев (определение уровня АЛТ, АСТ, HBsAg, ДНК HBV в крови)
назначение гепатопротективной терапии
назначение иммуносупрессоров
назначение желчегонных препаратов
- 579 Какая продолжительность терапии с применением препаратов с прямым противовирусным действием должна быть при хроническом вирусном гепатите С генотип 1?
1 месяц
2 месяца
3 месяцев
6 месяцев
12 месяцев
- 580 Выявление в крови антител к HBsAg (анти-HBs) может свидетельствовать о
выздоровлении
репликации HBV
интеграции HBV
иммунной реакции на вакцинацию
выздоровлении или иммунной реакции на вакцинацию
- 581 Выявление в крови одновременно HBsAg, анти-HBe и ДНК вируса гепатита свидетельствует о
репликации «мутантного» штамма KEV
репликации «дикого» штамма HBV
интеграции «мутантного» штамма HBV
интеграции «дикого» штамма HBV
выздоровлении
- 582 Репликативная фаза развития HBV-инфекции свидетельствует о наличии активности печеночного процесса

- о прогрессировании заболевания
об отсутствии показаний для проведения противовирусной терапии
о необходимости проведения противовирусной терапии
об отсутствии активности печеночного процесса
- 583 К симптому портальной гипертензии при циррозе печени относится
добавочная доля селезенки
уменьшение размеров печени
увеличение диаметра печеночных вен
уменьшение артериального давления
варикозное расширение вен пищевода
- 584 При каком заболевании наиболее часто встречается синдром печеночно-клеточной недостаточности
синдроме Дабина-Джонсона
хроническом гепатите С
циррозе печени
синдроме Жильбера
неалкогольном стеатогепатите
- 585 К мерам профилактики вирусного гепатита В относят
личную гигиену
употребление кипяченой воды
использование индивидуальной посуды
применение одноразовой одежды
вакцинацию против гепатита В
- 586 В каком проценте случаев при хроническом гепатите В развивается цирроз печени?
10%
30%
50%
70%
100%
- 587 Вирус гепатита С относится к
одноцепочечным ДНК-содержащим вирусам
самым большим из вирусов человека
патогенам, передающимся воздушно-капельным путем
агентам с парентеральным и половым путем передачи
вирионам
- 588 Некрозы гепатоцитов при хроническом вирусном гепатите В обусловлены
клеточным иммунным ответом на HBcAg и HBeAg
активацией купферовских клеток
жировой инфильтрацией гепатоцитов
клеточным иммунным ответом на HBsAg
аутоиммунными механизмами
- 589 Показателями, отражающими белково-синтетическую функцию печени, являются
альбумин, холестерин
холинэстераза, билирубин
щелочная фосфатаза, альбумин
гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин
- 590 Холестатический синдром проявляется повышением
конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы
неконъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина
щелочной фосфатазы, триглицеридов, АСТ, АЛТ
гамма-глобулинов, желчных кислот, гамма-глутамилтранспептидазы
щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, АЛТ
- 591 Цитолитический биохимический синдром проявляется повышением
АСТ, АЛТ

- АСТ, АЛТ, общего холестерина, триглицеридов
серомукоида, гамма-глобулинов, С-реактивного белка
тимоловой пробы, сулемовой пробы, лактатдегидрогеназы, альдолазы
конъюгированного билирубина, желчных кислот, щелочной фосфатазы
- 592 Мезенхимально-воспалительный синдром проявляется повышением
АСТ, альдолазы, тимоловой и сулемовой проб
серомукоида, сиаловых кислот, общего холестерина, триглицеридов
а-1, а-2 глобулинов, С-реактивного белка, иммуноглобулинов
щелочной фосфатазы, серомукоида, С-реактивного белка
иммуноглобулинов, лактатдегидрогеназы, альдолазы
- 593 Маркерами синдрома печеночно-клеточной недостаточности (гепатодепрессивного синдрома)
являются
АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназа
альбумин, протромбиновое время, холестерин
АМА, АНА, anti-LKM
щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, желчные кислоты, билирубин
аммиак, эндотоксин, а-фетопротеин
- 594 Гиперспленизм - это
увеличение селезенки
обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по
удалению разрушенных тромбоцитов
состояние, которое может сопровождаться увеличением селезенки с усилением и извращением
функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов, эритроцитов и гранулоцитов
обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по
удалению разрушенных тромбоцитов эритроцитов, гранулоцитов
- 595 «Сосудистые» звездочки, пальмарная эритема встречаются при
хроническим холецистите
остром панкреатите

фиброзе печени
циррозе печени
- 596 Какое из следующих утверждений является верным?
повышение содержания более трех норм щелочной фосфатазы в сыворотке крови является
специфичным для заболеваний печени
некоторые физиологические состояния могут вызывать отклонения уровня щелочной фосфатазы в
сыворотке крови
в клинической практике одновременное измерение щелочной фосфатазы и гамма-
глутамилтранспептидазы бесполезно
определение активности щелочной фосфатазы целесообразно лишь в педиатрической практике
- 597 Какое из следующих утверждений о биопсии печени является верным?
это единственный доступный способ, позволяющий определить причину заболевания печени
она преимущественно используется для определения активности и стадии заболевания печени
она связана с высоким риском серьезных осложнений
эта процедура позволяет диагностировать цирроз печени у при наличии признаков портальной
гипертензии
- 598 Классическая триада проявлений гемохроматоза
хронический панкреатит, цирроз печени, сахарный диабет
пигментация кожи, цирроз печени, сахарный диабет
цирроз печени, сахарный диабет, койлонихии
сахарный диабет, неврологическая симптоматика, цирроз печени
- 599 Препаратом выбора при гемохроматозе является
фенобарбитал
сульфат цинка
D- пеницилламин
деферазирокс

- 600 Для диагностики болезни Вильсона-Коновалова используют
определение церулоплазмينا в моче
определение ферритина в крови
суточное содержание меди в моче
исследование биоптата печени
- 601 Препарат выбора для лечения болезни Вильсона-Коновалова
десферал
преднизолон
амиодарон
D -пеницилламин
азатиоприн
- 602 Какова вероятность передачи вируса гепатита С от матери ребенку?
<10%
10-20%
20-30%
30-40%
- 603 Какова вероятность развития цирроза печени через 20 лет после первичного инфицирования вирусом гепатита С у пациента без дополнительных факторов риска?
2-10%
2-20%
40-60%
70-80%
- 604 Какова вероятность перехода острого гепатита С в хронический?
2-15%
20-30%
30-40%
40-60%
- 605 Для аутоиммунного гепатита 2 типа характерно наличие следующих антител
антиядерных антител (ANA)
антигладкомышечных антител (ASMA)
антимитохондриальных антител (AMA)
антител к микросомам печени и почек (Анти-LKM-!)
антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)
- 606 Для первичного склерозирующего холангита характерно наличие следующих антител
антиядерных антител (ANA)
антигладкомышечных антител (ASMA)
антимитохондриальных антител (AMA)
антител к микросомам печени и почек (Анти-LKM-1)
антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)
- 607 Препаратом для лечения печеночной энцефалопатии при циррозе печени является
верошпирон
орнитин-аспартат
Р-адреноблокаторы и нитраты
витамины группы В
интерферон-альфа
- 608 Какова начальная тактика диуретической терапии у пациента с циррозом печени и асцитом, ранее не получавшим лечения?
фуросемид внутривенно
фуросемид перорально
парацетез
спиринолактон с последующим применением фуросемида перорально
- 609 Рекомендуемым скринингом гепатоцеллюлярной карциномы у пациентов с циррозом печени является

- трехфазная компьютерная томография каждые 6-12 месяцев
комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и ультразвуковое исследование печени каждые 6-12 месяцев
комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и трехфазной компьютерной томография каждые 6-12 месяцев
определение уровня альфа-фетопротеина каждые 3 месяца
определение уровня альфа-фетопротеина каждые 6 месяцев
- 610 Для снижения выраженности портальной гипертензии при циррозе печени используют
терлипрессин
антагонисты кальция
нитраты
а-адреноблокаторы
Р-адреноблокаторы
- 611 Увеличение содержания в сыворотке крови IgM и появление аутоантител к компонентам митохондрий у больных с желтухой и гепатоспленомегалией с большей вероятностью свидетельствует о
аутоиммунном циррозе печени
первичном билиарном холангите

вирусном циррозе печени
алкогольном циррозе печени
первичном склерозирующем холангите
- 612 Диагностическим критерием первичного склерозирующего холангита является
расширение вен пищевода при эзофагогастродуоденоскопии
нормальный уровень щелочной фосфатазы
четкообразные изменения внутри- и внепеченочных желчных протоков при холангиографии
повышенный уровень щелочной фосфатазы
- 613 Какие морфологические изменения характерны для аутоиммунного гепатита?
диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков
центрилобулярные некрозы гепатоцитов, тельца Мэллори, жировая дистрофия, лимфоидная инфильтрация
перипортальное воспаление, центрилобулярные некрозы, плазмноклеточная инфильтрация
гранулемы в ткани печени, лимфоидная инфильтрация, воспаление мелких желчных протоков
- 614 Классификация хронических панкреатитов TIGAR-O - это
классификация по этиологии
классификация по характеру течения
классификация по клиническим проявлениям
классификация осложнений хронического панкреатита
- 615 Для хронического панкреатита наиболее характерен следующий клинический синдром
анемический синдром
болевого синдром
геморрагический синдром
отечно-асцитический синдром
- 616 Для болевого синдрома при хроническом панкреатите характерно
появляется и усиливается после приема пищи
появляется и усиливается при голодании
носит спастический характер
сопровождается кожным зудом
- 617 Гиперплазия железистых, мышечных, соединительнотканых и нервных элементов в стенках желчного пузыря отмечается при
ксантогранулематозном холецистите
аденомиоматозе желчного пузыря
гиалинокальцинозе желчного пузыря
лимфоплазмочитарном холецистите

- 618 Для болезни Крона характерно
сегментарность поражения желудочно-кишечного тракта
непрерывное поражение желудочно-кишечного тракта
изолированное поражение прямой кишки
частое развитие псевдополипоза
низкий риск рецидивов
- 619 Частый жидкий стул с кровью, множественные псевдополипы слизистой оболочки, поражение слизистой оболочки прямой кишки характерны для
дизентерии
болезни Крона
язвенного колита

дивертикулита
псевдомембранозного колита
- 620 В чью честь названа болезнь Крона?
в честь греческого бога, олицетворения времени
в честь первого пациента, у которого было диагностировано данное заболевание
в честь немецкого врача-хирурга, который описал данное заболевание в 1870 году
в честь американского врача-гастроэнтеролога, который описал данное заболевание в 1932 году
- 621 При болезни Крона в воспалительный процесс вовлекается
слизистая оболочка
слизистая + подслизистая оболочка
мышечная оболочка
серозная оболочка
вся кишечная стенка
- 622 При ишемическом колите наиболее часто поражается
печеночный изгиб толстой кишки
селезеночный изгиб толстой кишки
сигмовидная кишка
периаанальная область
тонкая кишка
- 623 Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с
рак толстой кишки
язвенный колит
псевдомембранозный колит
ишемический колит
- 624 По какой шкале оценивается степени тяжести болезни Крона?
индекс активности Мэйо-Шредера
индекс активности Рахмилевича
оксфордский индекс
монреальская классификация
индекс активности Беста
- 625 Наиболее информативными морфологическими признаками ишемического колита является
косое расположение мышечных волокон между очагами атрофии
наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином
наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии
- 626 «Эталонной» комбинацией лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита являются
линкомицин + цефалоспорин
ванкомицин + метронидазол+лоперамид
метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты
ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты

- ванкомицин+лоперамид
- 627 Методом выбора в диагностике дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом, является
колоноскопия
ирригоскопия
компьютерная томография
- обзорная рентгенография брюшной полости
ультрасонография
- 628 При подозрении на аденокарциному толстой кишки необходимо исследовать кровь на онкомаркеры
СА 125, СА 15-3
СА 72-4
СА 19-9, РЭА
альфа-фетопротеин
- 629 Наиболее частым осложнением язвенного колита является
токсическая дилатация толстой кишки
образование межкишечных фистул и свищей
образование абсцессов и инфильтратов
кровотечение
стеноз просвета кишки
развитие синдрома мальабсорбции
- 630 Какое из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки?
болезнь Крона
язвенный колит
ишемический колит
псевдомембранозный колит
- 631 Что относится к кислотозависимым заболеваниям
язвенная болезнь
хронический холецистит
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
синдром Золлингера-Эллисона
- 632 Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наиболее характерным является
горечь во рту
тошнота
изжога
рвота с прожилками крови
кислый привкус во рту
- 633 Длительность эрадикационной терапии первой линии составляет
5 дней
7 дней
10 дней
14 дней
21 день
- 634 Контроль эффективности эрадикации после окончания антибактериальной терапии назначается через
1-2 дня
7 дней
1 месяц
6 месяцев
1 год
- 635 Препаратами выбора в лечении кислотозависимых заболеваний являются
ингибиторы протонной помпы
спазмолитики
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ингибиторы ЦОГ -2

прокинетики

- 636 Препараты какой группы обладают наиболее выраженным ulcerогенным эффектом на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
нестероидные противовоспалительные препараты
ингибиторы протонной помпы
блокаторы кальциевых каналов
спазмолитики
- 637 Препараты какой группы могут быть использованы для купирования изжоги у беременных
ингибиторы протонной помпы
H₂-гистаминоблокаторы
альгинаты
препараты мизопростола
препараты висмута
- 638 Какая из предложенных комбинаций препаратов является эффективной (с позиции доказательной медицины) в эрадикации H. Pylori
ингибитор протонной помпы + трихопол
ингибитор протонной помпы + амоксициллин
ингибитор протонной помпы + клацид
ингибитор протонной помпы + клацид + амоксициллин
ингибитор протонной помпы + де-нол
- 639 Множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего, связаны
с синдромом Дабина-Джонсона
с синдромом Золлингера-Эллисона
с изъязвлением рака желудка
с язвами угла желудка
- 640 При гиперацидном гастрите наиболее эффективными минеральными водами являются
натриево-хлоридные
натриево-хлоридно-гидрокарбонатные
натриево-гидрокарбонатные
натриево-сульфатно- гидрокарбонатные
воды с высоким содержанием органических веществ
- 641 Осложнения, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
язвы пищевода
стриктуры пищевода
пищевод Баррета
аденокарцинома пищевода
полипоз пищевода
- 642 Укажите основной критерий диагностики функциональной диспепсии
наличие характерных жалоб
отсутствие клинических признаков органического заболевания
отсутствие биохимических отклонений
отсутствие морфологических изменений слизистой оболочки желудка
наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний
- 643 К предраковым заболеваниям относятся
пищевод Баррета
язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки

полипы желудка
атрофический гастрит
- 644 При каких заболеваниях (состояниях) могут развиваться симптоматические язвы

- при острых и хронических нарушениях кровообращения (шок, ДВС-синдром, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и др.)
при эндокринных нарушениях (синдром Эллисона-Золингера, тиреотоксикоз)
при аллергии
при длительном медикаментозном лечении (ацетилсалициловой кислотой, кортикостероидами и др.).
- 645 Для профилактики эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с нестероидными противовоспалительными препаратами, целесообразно назначить ингибиторы протонной помпы
прокинетики
антациды
ферментные препараты
- 646 Язвенная болезнь чаще возникает в связи с генетической предрасположенностью
инфицированием H.Pylori
предшествующим активным гастритом
приемом нестероидных противовоспалительных препаратов
гиперпаратиреозом
- 647 Наиболее часто перерождаются в рак язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
язвы малой кривизны
язвы субкардии
язвы большой кривизны
- 648 Основными патогенетическими механизмами развития функциональной диспепсии являются повышение секреторной функции желудка
нарушение аккомодации желудка
заражение НР-инфекцией
желудочная дисритмия
нарушения антродуоденальной координации
- 649 Из числа перечисленных укажите правильные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
неэрозивная рефлюксная болезнь
язвенная рефлюксная болезнь
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с множественными эрозиями
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь эндоскопически позитивная
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с единичными эрозиями
- 650 Показаниями для госпитализации пациента с язвенной болезнью являются обострение язвенной болезни
язва с признаками кровотечения
мелена
рвота желчью
рвота с примесью крови
- 651 Основные эффекты H.Pylori
ингибирует фермент циклоксигеназа-2
приводит к развитию воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки
- тормозит апоптоз клеток слизистой оболочки
стимулирует выработку ферментов поджелудочной железы
- 652 Для функциональной диспепсии характерно появление симптомов заболевания в молодом возрасте
появление симптомов заболевания у пациентов старше 45 лет
прогрессирующее снижение массы тела
отсутствие изменений в анализах крови
лейкоцитоз

- 653 Лекарственные препараты каких групп снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера и могут способствовать возникновению изжоги
 антациды
 бета-адреномиметики
 прокинетики
 блокаторы кальциевых каналов
 ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 654 Основными клиническими проявлениями обострения язвенной болезни являются
 болевой синдром в эпигастральной области
 изжога
 горечь во рту
 тошнота
 повышение температуры тела
- 1 Нефрология
- 655 Полиурия - это
 выделение за сутки более 2 л мочи
 выделение за сутки менее 1 л мочи
 превалирование диуреза в ночные часы
 выделение мочи с постоянным удельным весом
- 656 Высокая относительная плотность мочи (1030 г/л и выше) характерна для
 хронического нефрита
 сахарного диабета
 несахарного диабета
 эффекта от приема петлевых диуретиков
 сморщенной почки
- 657 Ортостатическая протеинурия
 присутствует в горизонтальном положении пациента
 у большинства пациентов со временем трансформируется в стойкую протеинурию
 является предиктором развития хронической болезни почек
 характеризуется суточной потерей белка 3г в сутки и более
 обусловлена пассивным застоем в почечных венах при лордотическом положении позвоночника, при котором к нему прижата нижняя полая вена
- 658 Лейкоцитурия - наиболее характерный симптом при
 пиелонефрите
 гломерулонефрите
 амилоидозе
 нефролитиазе
 поликистозе почек
- 659 23-летний мужчина попал в автокатастрофу, жалуется на разлитую боль в животе. Моча красная, гематурия 4+, протеинурия 1+. Патогенез этих изменений объясняется следующими процессами
 протеинурия и гематурия почечного происхождения из-за нарушения фильтрации
 гематурия внепочечного происхождения из места травмы мочеочника, протеинурия - белок эритроцитов при макрогематурии
 гематурия - внепочечная, протеинурия указывает на наличие заболевания почек
 гематурия и протеинурия носят преренальный характер
- 660 Признак, характерный для негломерулярной гематурии
 наличие внепочечных проявлений
 сочетание с протеинурией и цилиндрурией
 неизменные эритроциты составляют 80 %
 измененные эритроциты составляют 80%
- 661 Особенностью нефрогенной артериальной гипертензии является
 значительное стойкое повышение артериального давления, особенно диастолического
 кризовое течение артериальной гипертензии
 наличие осложнений - инфаркта миокарда, инсульта

слабая реакция на адреналовые влияния

- 662 Какое снижение веса максимально допустимо у пациента с нефротическим синдромом при отсутствии экстренных показаний?
0,5 кг/сут
1 кг/сут
1,5 кг/сут
2 кг/сут
- 663 Критериями острого нефритического синдрома являются
отеки, гипо - и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
протеинурия, отеки, гипо - и диспротеинемия
артериальная гипертензия, азотемия, анемия
- 664 Наиболее вероятной причиной развития у пациента с выраженным нефротическим синдромом болей в животе, тошноты, рвоты является
бактериальный перитонит
нефротический криз
почечная колика
апостематозный пиелонефрит
кишечная колика
- 665 Ведущий критерий нефротического синдрома - это
гематурия
протеинурия более 3,5 г/сутки
артериальная гипертензия
цилиндрурия
гипоизостенурия
- 666 Причиной развития ренальной формы острого почечного повреждения может быть
кардиогенный шок
тампонада сердца
анафилактический шок
поражение почечных сосудов
обезвоживание
- 667 Физиологический уровень альбумина в моче составляет
< 10 мг/сутки
10 - 29 мг/сутки
30 - 60 мг/сутки
60 - 80 мг/сутки
- 668 Лабораторные изменения при болезни минимальных изменений клубочков
высокоселективная протеинурия и макрогематурия
неселективная протеинурия и цилиндрурия
канальцевая протеинурия и гипонатриемия
протеинурия переполнения и высокая плотность мочи
высокоселективная протеинурия без артериальной гипертензии
- 669 При протеинурии переполнения
суточное количество редко превышает 2 г
белок представлен низкомолекулярными фракциями, такими как Р2-микροглобулин и ретинолсвязывающий белок
белок представлен высокомолекулярными фракциями, такими как у-глобулины
часто развивается фульминантный нефротический синдром
- 670 Протеинурия переполнения является ведущим синдромом
гломерулонефрита
пиелонефрита
множественной миеломы

поликистоза почек

- 671 Количественный критерий определения гематурии в анализе мочи по Нечипоренко - содержание эритроцитов более
500 в 1 мл мочи
1000 в 1 мл мочи
750 в 1 мл мочи
100 в 1 мл мочи
- 672 Инициальная гематурия свидетельствует о поражении уретры
пришеечной части мочевого пузыря
мочеточников
почечных лоханок
паренхимы почек
- 673 Терминальная гематурия свидетельствует о поражении уретры
пришеечной части мочевого пузыря
мочеточников
почечных лоханок
паренхимы почек
- 674 Наличие тотальной гематурии характерно для поражения уретры
пришеечной части мочевого пузыря
паренхимы почек
мочеточников
- 675 Обязательный критерий нефротического синдрома
наличие активации факторов коагуляции
наличие отеков
нарушенный фосфорно-кальциевый обмен
артериальная гипертензия
- 676 При гиперводемическом варианте нефротического синдрома имеет место
гипоальбуминемия < 20 г/л
снижение скорости клубочковой фильтрации более 50% от референсных значений
ортостатическая гипотензия
снижение темпов мочеотделения, вплоть до анурии
- 677 При гиповодемическом варианте нефротического синдрома имеет место
гипоальбуминемия > 20 г/л
артериальная гипертензия
ортостатическая гипотензия
нормальный диурез
- 678 Наибольший риск развития нефротического криза имеет пациент с
гиперводемическим вариантом нефротического синдрома
гиперводемическим вариантом нефротического синдрома
острым нефритическим синдромом
протеинурией переполнения
- 679 Общим критерием острого повреждения почек II стадии, используемым во всех стандартных классификациях является
скорость клубочковой фильтрации < 50%
повышение уровня мочевины сыворотки крови в 2 раза
повышение уровня креатинина сыворотки крови в 1,5 раз
диурез за 6 часов
диурез за 12 часов
- 680 Наиболее характерным для острого повреждения почек морфологическим субстратом является

повреждение мембраны нефрона
повреждение сосудов нефрона
повреждение эпителия канальцев нефрона
повреждение клеток капсулы Боумена

- 681 В качестве экстренной заместительной почечной терапии при остром повреждении почек применяется трансплантация почки
гемосорбция
плазмаферез
гемодиализ
- 682 Острое повреждение почек - это патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7- ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
- 683 Острая болезнь почек - это патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7- ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
- 684 Хроническая болезнь почек - это патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7- ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
- 685 Наиболее высокое качество жизни обеспечивается при следующем виде заместительной почечной терапии
перитонеальном диализе
кишечном лаваже
трансплантации почки
гемодиализе
- 686 Какое осложнение может развиваться при введении гадолиния пациентам с хронической болезнью почек?
нефрогенный системный фиброз
амилоидоз почек
тромбоз почечных вен

острый тубулоинтерстициальный нефрит

- 687 Концентрация креатинина в сыворотке крови ложно повышается при использовании статинов
фибратов
цефалоспоринов
триметоприма
- 688 Целевое содержание фосфатов в сыворотке крови у пациентов с хронической болезнью почек
0,87-1,49 ммоль/л
1,0-1,82 ммоль/л
1,52-2,1 ммоль/л
0,6-2,5 ммоль/л
- 689 Целевое содержание паратиреоидного гормона в сыворотке крови при терминальной стадией хронической болезни почек составляет
40-80 пг/мл
10-40 пг/мл
150-300 пг/мл
120-220 пг/мл
- 690 Нормальным является значение скорости клубочковой фильтрации
>90 мл/мин
<90 мл/мин
>90 мл/час
<90 мл/час
- 691 Критерием хронической болезни почек является показатель скорости клубочковой фильтрации
< 60 мл/мин/1,73 м² в течение > 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
< 90 мл/мин/1,73 м² в течение > 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
< 40 мл/мин/1,73 м² в течение > 6 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
< 15 мл/мин/1,73 м² в течение > 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
- 692 Целевые параметры обмена железа у больных с хронической болезнью почек составляют
ферритин не более 500 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 30%, гемоглобин 115 г/л
ферритин не более 800 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 30%, гемоглобин 135 г/л
ферритин не более 200 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 20%, гемоглобин 115 г/л
ферритин не менее 500 мкг/л, насыщение трансферрина железом не менее 30%, гемоглобин не менее 115 г/л
- 693 Показаниями для назначения внутривенных препаратов железа при хронической болезни почек являются следующие показатели:
ферритин<100 мкг/л, насыщение трансферрина железом <20%
ферритин<200 мкг/л, насыщение трансферрина железом <30%
ферритин<500 мкг/л, насыщение трансферрина железом <20%
ферритин<300 мкг/л, насыщение трансферрина железом <30%
- 694 Гематурия наиболее характерна для
липоидного нефроза
фокально-сегментарного гломерулосклероза
мембранозного гломерулонефрита
мезангиопролиферативного гломерулонефрита
- 695 Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита, при котором происходит пролиферация эндотелия, мезангиума и эпителия капсулы Шумлянского-Боумена является
мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
пролиферативный гломерулонефрит
фокально-сегментарный гломерулосклероз
нефрит с минимальными изменениями
- 696 Концентрационная функция почек оценивается при проведении пробы Зимницкого

Реберга
Ронга-Дэвиса

- 697 Пульс-терапия преднизолоном при хроническом гломерулонефрите назначается в терминальной стадии почечной недостаточности при нарастании анемии при быстро прогрессирующем гломерулонефрите при отсутствии эффекта от обычных доз преднизолона
- 698 У женщины 28 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотноэластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать
об удвоении почек
о поликистозе почек
о раке почки
о хроническом пиелонефрите
об эхинококкозе почек
- 699 Для болезни минимальных изменений клубочков почек характерны преимущественное поражение канальцевого аппарата почки расплавление ножек подоцитов наличие «шипиков» на базальной мембране клубочка гранулярные депозиты иммуноглобулинов
- 700 Для фокально-сегментарного гломерулосклероза характерно наличие следовой протеинурии вовлечение в процесс большинства клубочков наличие стойкой селективной протеинурии депонирование в склерозированных сегментах IgM и C3 компонента комплемента
- 701 При I типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
- 702 При II типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
- 703 I тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также антительным иммунокомплексным малоиммунным
- 704 II тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также антительным иммунокомплексным малоиммунным
- 705 III тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также антительным иммунокомплексным малоиммунным
- 706 При III типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с

- антителами к базальной мембране клубочка
 антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
 депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
 клеточным механизмом повреждения
- 707 При IV типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка
 антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
 депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
 сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
- 708 При V типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка
 антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
 депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
 клеточным механизмом повреждения
- 709 Что вызывает повреждение при I типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита?
 линейные отложения IgG вдоль базальной мембраны клубочков
 структурные нарушения, дезорганизация цитоскелета, сглаживание ножек подоцитов
 очаговые, сегментарные отложения иммуноглобулинов и комплемента на эпителиальной стороне
 гломерулярной базальной мембраны
 гранулярные отложения иммуноглобулинов в мезангии и капиллярных стенках клубочков
- 710 Какой вариант быстро прогрессирующего гломерулонефрита встречается чаще других?
 опосредованный антителами к базальной мембране клубочка
 иммунокомплексный
 АНЦА-ассоциированный
 АНЦА-негативный
- 711 Суммарная пожизненная доза циклофосфида (без учета влияния на фертильность) составляет не более
 10 граммов
 15 граммов
 20 граммов
 25 граммов
- 712 Суммарная пожизненная доза циклофосфида при желании сохранить фертильность составляет не более
 10 граммов
 15 граммов
 20 граммов
 25 граммов
- 713 AL-амилоидоз - это
 наследственная форма амилоидоза с аутомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
 амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
 амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
 амилоидоз при болезни Альцгеймера
 диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
- 714 AA-амилоидоз - это
 наследственная форма амилоидоза с аутомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
 амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов

- амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
амилоидоз при болезни Альцгеймера
диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
- 715 АF-амилоидоз - это наследственная форма амилоидоза с аутомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
амилоидоз при болезни Альцгеймера
диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
- 716 АН-амилоидоз - это наследственная форма амилоидоза с аутомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
амилоидоз при болезни Альцгеймера
диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
- 717 Для AL-амилоидоза характерно наличие инфекционного очага
наличие хронического воспалительного заболевания
развитие нефротического синдрома
наследование с аутомно-рецессивным механизмом передачи
- 718 AA-амилоидоз ассоциирован с генетической детерминантой с наличием хронического воспалительного заболевания нефритическим синдромом мальабсорбцией или диареей
- 719 Первоначально подтвердить AA-тип амилоида в биоптате можно при использовании поляризующей микроскопии
при окраске биоптата гематоксилин-эозином
при окраске биоптата конго красным с последующим добавлением трипсина или калия перманганата
при окраске биоптата почки анилиновым синим
- 720 Наиболее точно отражает стадию хронической болезни почек повышение в сыворотке крови уровня мочевины
остаточного азота
креатинина
мочевой кислоты
- 721 Что характерно для уремической интоксикации кожный зуд

эритроцитоз
полиурия, полидипсия
тошнота, рвота
мышечные судороги
- 722 Наиболее распространенным проявлением хронической болезни почек на 1-4 стадиях является артериальная гипертензия
анемия
гипоальбуминемия
гиперпаратиреоз
дефицит кальцидиола
- 723 Необходимыми условиями для развития осложненной инфекции мочевыводящих путей являются

структурные или анатомические аномалии мочевых органов, сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения
сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения

наличие в анамнезе длительной антибактериальной терапии по поводу другого заболевания и обнаружение резистентного уропатогена

сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения; структурные или анатомические аномалии мочевых органов

- 724 Бессимптомная бактериурия диагностируется при
обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 105 КОЕ/мл
обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 106 КОЕ/мл
обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 103 КОЕ/мл
обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 104 КОЕ/мл
обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в любом количестве
- 725 Патогенез острого гломерулонефрита определяет
иммунокомплексный механизм повреждения клубочков
антительный (антитела к базальной мембране клубочков) механизм
токсическое повреждение почек
ишемический механизм повреждения почек
- 726 У молодых женщин гломерулонефрит более часто может быть проявлением
дерматомиозита
системной красной волчанки
системной склеродермии
узелкового полиартериита
артериита Такаясу
- 727 Какой препарат обязательно назначается при любом классе люпус-нефрита?
гидроксихлорохин
преднизолон
сульфосалазин
циклофосфамид
- 728 При рефрактерном течении волчаночного нефрита можно использовать
ритуксимаб
белimumаб

анафрилумаб
- 729 Острый гломерулонефрит может развиваться как осложнение инфекции, вызванной
альфа-гемолитическим стрептококком группы В
стафилококком группы А
бета-гемолитическим стрептококком группы А
риккетсиями
уропсисом, вызванным кишечной палочкой
- 730 Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при обострении хронического гломерулонефрита составляют
10-20 мг
30-40 мг
60-80 мг
100 мг ч/день
- 731 Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите
нефротический синдром

- мочевой синдром
гипертензия
почечная недостаточность
- 732 Функцию Т-лимфоцитов избирательно подавляет
азатиоприн
циклофосфамид
ритуксимаб
циклоспорин
метилпреднизолон
- 733 На неиммунные механизмы прогрессирования гломерулонефрита влияет следующая комбинация препаратов
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, триметазидин, антикоагулянты
блокаторы рецепторов ангиотензина, антиагреганты, статины
блокаторы рецепторов ангиотензина, дигоксин, антиагреганты
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, фибраты, антикоагулянты
- 734 Доза кетостерила при хронической болезни почек составляет 1 таблетка на
5 кг массы тела в сутки
1 кг массы тела в сутки
10 кг массы тела в сутки
2.5 кг массы тела в сутки
- 735 Какие методы оценки скорости клубочковой фильтрации самые точные?
по клиренсу экзогенных веществ
по клиренсу креатинина
расчет по формулам
- 736 Какова безопасная доза преднизолона при системной склеродермии в свете развития склеродермического почечного криза?
<15 мг/сутки
<20 мг/сутки
<25 мг/сутки
<30 мг/сутки
- 737 Что является причиной развития тромботической тромбоцитопенической пурпуры?
снижение активности ADAMTS-13
действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae
патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
- 738 Что является причиной развития гемолитико-уремического синдрома (типичного)?
снижение активности ADAMTS-13
действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae
патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
- 739 Что является причиной развития атипичного гемолитико-уремического синдрома?
снижение активности ADAMTS-13
действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae
патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
- 740 Какой препарат может быть назначен взрослым пациентам при атипичном гемолитико-уремическом синдроме при неэффективности плазмообмена/плазмозависимости?
Экулизумаб
Меполизумаб
Ритуксимаб
Белимумаб
- 741 Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии A1 степени?
0-0,15 г
0,16-0,5 г
>0.5 г

- >3.5 г
- 742 Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии А2 степени?
0-0,15 г
0,16-0,5 г
>0.5 г
>3.5 г
- 743 Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии А3 степени?
0-0,15 г
0,16-0,5 г
>0.5 г
>3.5 г
- 744 Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии А4 степени?
0-0,15 г
0,16-0,5 г
>0.5 г
>3.5 г
- 745 Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А1 степени?
10-29 мг
30-299 мг
300-1999 мг
0-9 мг
- 746 Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А2 степени?
10-29 мг
30-299 мг
300-1999 мг
0-9 мг
- 747 Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А3 степени?
10-29 мг
30-299 мг
300-1999 мг
0-9 мг
- 748 Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А4 степени?
10-29 мг
30-299 мг
300-1999 мг
>2000 мг
1-9 мг
- 749 Назовите необходимые критерии диагностики микроангиопатической гемолитической анемии
число шизоцитов в периферической крови ниже 0,1%
число шизоцитов в периферической крови выше 0,1%
повышение уровня лактатдегидрогеназы
повышение уровня гаптоглобина
снижение уровня гаптоглобина
положительная прямая проба Кумбса
положительная непрямая проба Кумбса
- 750 Для высокоселективной протеинурии характерно наличие потери
с мочой альбумина, трансферрина
с мочой IgG, альбумина, трансферрина
свойств гломерулярного фильтра для отрицательно заряженных частиц
свойств гломерулярного фильтра для молекул радиуса >4 нм
- 751 Осложнениями нефритического синдрома являются
церебральный синдром

- острая левожелудочковая недостаточность
эклампсия
острое почечное повреждение
- 752 Нефротический синдром может наблюдаться при
амилоидозе
эссенциальной гипертензии
диабетической нефропатии
болезни Берже
- 753 Развитие отеков при нефротическом синдроме связано с
гиперпротеинурией, гипопроотеинемией, снижением онкотического давления плазмы крови
повышением онкотического давления плазмы крови, гипопроотеинемией
транскапиллярной утечкой жидкости из плазмы крови в интерстиций, гиповолемией
вторичным гиперальдостеронизмом, задержкой натрия и воды
- 754 Выраженную гиперкалиемию при хронической болезни почек можно корректировать путем введения
солей кальция
раствора гидрокарбоната натрия
концентрированного раствора глюкозы с инсулином
изотонических растворов
- 755 При составлении диеты больному с хронической болезнью почек следует предусмотреть
ограничение белка
достаточную калорийность пищи
исключение калийсодержащих продуктов
назначение кетостерила
ограничение жидкости
полное исключения животного белка
- 756 Причинами ренального острого повреждения почек являются
отравление лекарственными средствами, тяжелыми металлами
кардиогенный шок
обезвоживание
сепсис
введение йодсодержащего контраста
- 757 Какие лекарственные препараты с наиболее высокой вероятностью могут привести к развитию острого
тубулоинтерстициального нефрита?
нестероидные противовоспалительные средства
метамизол натрия
аминогликозиды
ванкомицин
дилтиазем
спиронолактон
- 758 Выберите диагностические критерии аристолохиевой нефропатии
хроническая болезнь почки
острое повреждение почек
употребление растительных продуктов, содержащих аристолохиевую кислоту
наличие аддуктов ДНК аристолохиевой кислоты (специфической трансверсии А:Т ^ Т:А в гене p53) в
образце ткани почки или уротелиальной опухоли
интерстициальный фиброз по данным биопсии почки
пролиферативный гломерулонефрит по данным биопсии почки
- 759 Какие лабораторные признаки характерны для синдрома де Тони-Дебре-Фанкони?
протеинурия тубулярного типа
протеинурия гломерулярного типа
проксимальный канальцевый ацидоз
дистальный канальцевый ацидоз
фосфатурия
гиперфосфатемия

- почечная глюкозурия
аминоацидурия
- 760 По качественному составу выделенного белка выделяют следующие виды протеинурии
селективная
неселективная
физиологическая
гломерулярная
тубулярная
- 761 В зависимости от основного патофизиологического механизма выделяют следующие типы протеинурии
гломерулярная
тубулярная
преренальная
селективная
неселективная
- 762 Для селективной протеинурии характерно
потеря с мочой альбумина, трансферрина
потеря с мочой IgG, альбумина, трансферрина
потеря свойств гломерулярного фильтра для отрицательно заряженных частиц
потеря свойств гломерулярного фильтра для молекул радиуса >4 нм
- 763 Нефротическому синдрому соответствуют
отеки
протеинурия 3,5 г/сутки
диспротеинемия
гиперлипидемия
артериальная гипертензия
- 764 Нефротический синдром, более вероятно, разовьется при
амилоидозе
системной красной волчанке
диабетической нефропатии
болезни Берже
гипертонической нефропатии
- 765 Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно корректировать путем введения
солей кальция
раствора гидрокарбоната натрия
концентрированного раствора глюкозы с инсулином
изотонического раствора
- 766 Использование расчетных методик скорости клубочковой фильтрации некорректно в случае
беременности
вегетарианской диеты
наличия почечного трансплантата
пара- и тетраплегии
возраста старше 65 лет
нефротического синдрома
нестандартных размеров тела
истощения (ИМТ <15 кг/м²)
ожирения (ИМТ > 40 кг/м²)
- 767 Какие факторы риска хронической болезни почек относятся к модифицируемым?
аутоиммунные болезни
табакокурение
злоупотребление алкоголем
лекарственная токсичность
семейный анамнез по хронической болезни почек

- 768 Какие факторы прогрессирования хронической болезни почек относятся к модифицируемым?
анемия
беременность
гиперпаратиреоз
ожирение
семейный анамнез по хронической болезни почек
табакокурение
злоупотребление алкоголем
повышенное потребление натрия с пищей
- 769 Основными осложнениями нефротического синдрома являются
гиповолемический шок
острое повреждение почек
тромбозы
инфекции
белково -энергетическая недостаточность
анемия
артериальная гипертензия
- 770 Кетоновые тела могут быть обнаружены в моче при
голодании
декомпенсированном сахарном диабете
беременности
избыточном употреблении углеводов
- 771 Выделяют следующие виды суточной протеинурии
низкая
пренефротическая
нефротическая
функциональная
- 772 Осложнениями нефритического синдрома являются
церебральный синдром
острая левожелудочковая недостаточность
эклампсия
острое почечное повреждение
- 773 Нефротический синдром может наблюдаться при
амилоидозе
эссенциальной гипертензии
диабетической нефропатии
болезни Берже
- 774 Лабораторными проявлениями гиповолемического шока при нефротическом синдроме являются
повышение уровня гематокрита
нарастание анемии
осмоляльность мочи >450 мОсм/кг воды
осмоляльность мочи < 400 мОсм/кг воды
экскретируемая фракция натрия >10%
экскретируемая фракция натрия <1%
концентрация натрия в моче <10 мэкв/л
концентрация натрия в моче >10 мэкв/л
- 775 К каким нежелательным эффектам может привести применение петлевых диуретиков?
гипокалиемии
гипохлоремическому алкалозу
гиперхлоремическому ацидозу
гиперурикемии
гипомагниемии
гиперкальциурии
гиперкальциемии

- глюкозурии
- 776 Противопоказаниями к использованию антагонистов минералокортикоидных рецепторов являются гипокалиемия гиперурикемия гипонатриемия
- гиперкальциемия
гипокальциемия
гиперкалиемия
гипернатриемия
- 777 Факторами риска развития склеродермического почечного криза являются системная склеродермия с ранним началом антитела к РИК-полимеразе-III использование более 15 мг/сутки преднизолона на протяжении 6 предшествовавших месяцев повышение АД в анамнезе изменения мочевого осадка предшествовавшее повышение уровня креатинина быстро прогрессирующий склероз кожи системная склеродермия с поздним началом
- 778 Принципами лечения склеродермического почечного криза являются следующие агрессивная гипотензивная терапия медленное постепенное снижение артериального давления обязательное использование ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента обязательное использование неселективных бета-адреноблокаторов добавление гипотензивных препаратов других групп при недостаточной эффективности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента внутривенное введение илопроста
- 779 Какие особенности морфологической картины почечного биоптата характерны для люпус-нефрита? наиболее выражены гломерулярные изменения присутствие в клубочках отложений IgG, часто в сочетании с IgA и IgM изолированное поражение подоцитов изменения капилляров по типу «проволочных петель» отложение в клубочках C3, C4, C1q компонентов комплемента, фибрина тубулоретикулярные включения в клетках эндотелия капилляров клубочка, напоминающие парамиксовирусы тубулоинтерстициальные поражения, не соответствующие тяжести поражения клубочков
- 780 Какова инициальная (индукционная) терапия люпус-нефрита III/IV классов? циклофосфамид 500 мг каждые 2 недели в течение 3 месяцев микофенолата мофетил 3 г. в сутки в течение 6 месяцев пульс-терапия метилпреднизолоном 500-750 мг в течение 3 дней, затем внутрь 0,5-1,0 / кг в течение 4 недель со снижением до <10 мг к 4-6 мес. циклоспорин 3-5 мг/кг/сут в течение 4-6 месяцев
- 781 Какие препараты рекомендованы в качестве поддерживающей терапии при лечении люпус-нефрита III/IV классов? азатиоприн микофенолата мофетил преднизолон в низкой дозе метотрексат циклофосфамид
- 782 Для каких заболеваний развитие АНЦА-нефрита типично? узелковый полиартериит гранулематоз с полиангиитом микроскопический полиангиит эозинофильный гранулематоз с полиангиитом криоглобулинемический васкулит

- 783 Какие препараты используются для инициальной терапии АНЦА-нефрита?
 внутривенное введение циклофосфида
 пульс-терапия кортикостероидами
 внутривенное введение ритуксимаба
 внутривенное введение иммуноглобулина
 внутривенное введение инфликсимаба
- 784 Какие препараты используются в схемах поддерживающей терапии АНЦА- нефрита?
 кортикостероиды (со снижением дозы до полной отмены)
 азатиоприн
 метотрексат
 циклоспорин
 такролимус
- 785 Какие продукты содержат много калия?
 клюква
 бобовые
 капуста
 бананы
 цитрусовые
 картофель
 авокадо
 гречка
 голубика
- 786 Какие продукты богаты фосфором?
 рыба
 кунжут
 грибы
 плавленые сыры
 бобовые
 ананасы
 абрикосы
 макароны
 яблоки
 стручковая фасоль
- 787 Потребность и ограничения в диетических компонентах при программном гемодиализе составляет (в сутки)
 белка не менее 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 35 ккал/кг массы тела, вода 500-750 мл
 выше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междуализный промежуток), натрия хлорид 5-6 г., не >2000 мг элементарного кальция
 белка не более 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 30 ккал/кг массы тела, вода 850-1000 мл
 выше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междуализный промежуток), натрия хлорид 3-4 г., не >2500 мг элементарного кальция
 белка не менее 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 30 ккал/кг массы тела, вода 500-750 мл
 выше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междуализный промежуток), натрия хлорид 5-6 г., не >2000 мг элементарного кальция
 белка не более 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 35 ккал/кг массы тела, вода 850-1000 мл
 выше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междуализный промежуток), натрия хлорид 3-4 г., не >2500 мг элементарного кальция
- 788 Какие тромботические микроангиопатии являются первичными?
 типичный гемолитико-уремический синдром
 тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

 атипичный гемолитико-уремический синдром
 при HELLP-синдроме
 при антифосфолипидном синдроме
 аристолохиевая нефропатия
 метилмалоновая ацидурия

- 789 Какие тромботические микроангиопатии являются вторичными?
 типичный гемолитико-уремический синдром
 тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
 атипичный гемолитико-уремический синдром
 при HELLP-синдроме
 при антифосфолипидном синдроме
 аристоксиевая нефропатия
 метилмалоновая ацидурия
- 790 Каковы типичные клинические проявления тромботических микроангиопатий?
 неиммунная микроангиопатическая гемолитическая анемия
 иммунная гемолитическая анемия
 тромбоцитопения
 быстрое развитие острого повреждения почек
 артериальная гипертензия
 поражение микроциркуляторного русла головного мозга, сердца, легких, желудочно-кишечного тракта
 тромбоцитоз
- 791 Укажите клинические критерии антифосфолипидного синдрома
 подтвержденный (инструментально или морфологически) тромбоз любой локализации
 один спонтанный аборт до 10 недели беременности
 три и более спонтанных аборта до 10 недели беременности
 один или более эпизод необъяснимой гибели нормального плода после 10 недели беременности
- 792 Укажите лабораторные критерии антифосфолипидного синдрома
 волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к P2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, дважды с интервалом не менее 12 недель
 волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к p2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, трижды с интервалом не менее 8 недель
 волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к p2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, дважды с интервалом не менее 6 недель
 волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к p2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, трижды с интервалом не менее 10 недель
- 793 В отличие от AL-амилоидоза при миеломной нефропатии
 почечная недостаточность быстро прогрессирующая
 протеинурия носит клубочковый характер
 омикрогематурия
 высокое содержание секретируемых легких цепей
 часто развивается нефротический синдром
 имеется артериальная гипертензия
 имеет место поражение других органов и систем (кроме костей)
- 794 При множественной миеломе развитию острого почечного повреждения способствует применение
 амфотерицина В
 нестероидных противовоспалительных средств

 ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
 дексаметазона
 циклофосфамида
 рентгеновских контрастов
- 1 Гематология
- 795 При лечении витамином В12
 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
 ретикулоцитарный криз наступает на 15 день от начала лечения
- 796 Талассемия - это группа заболеваний, связанная с
 наследственным дефицитом ферментов эритроцитов
 с мутацией в генах, кодирующих белки гемоглобина

- нарушением эритропоэза вследствие снижения продукции эритропоэтина наследственной патологией транспортных систем, участвующих в обмене железа дефектом белков мембраны эритроцитов
- 797 Форма эритроцитов при талассемии
мишеневидные
серповидноклеточные
шаровидные
двояковогнутые
дрепаноциты
- 798 При талассемии анемия носит характер
микроцитарная гипохромная
макроцитарная гиперхромная
нормоцитарная нормохромная
макроцитарная гипохромная
микроцитарная гиперхромная
- 799 Что является причинами развития дефицита железа
хронические кровопотери
нарушение всасывания железа
снижение продукции эритропоэтина
повышенная потребность в железе
алиментарная недостаточность железа вследствие несбалансированности питания
- 800 Для железодефицитной анемии характерно
понижение концентрации ферритина в крови
уменьшение концентрации сывороточного железа
повышение общей железосвязывающей способности сыворотки
уменьшения насыщения железом трансферрина
понижение уровня трансферрина в крови
- 801 Для железодефицитной анемии характерно
спленомегалия
ломкость и вогнутость ногтей (койлонихии)
мышечная слабость
изменение вкуса
головокружения
- 802 Что характерно для анемии хронических заболеваний
задержка железа клетками ретикулоэндотелиальной системы
второй по частоте вариант анемии после железодефицитной анемии
большинство случаев носят нормохромный и нормоцитарный характер
- как правило, носит тяжелый или очень тяжелый характер
активация клеточного иммунитета
- 803 К наследственным гемолитическим анемиям относится
болезнь Минковского-Шоффара
пароксизмальная ночная гемоглобинурия
талассемия
серповидно-клеточная анемия
дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 804 Наследственная микросфероцитарная анемия обусловлена
дефектом белков мембраны эритроцитов
недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
наследственным нарушением синтеза гемоглобина
иммунным гемолизом
механическим повреждением эритроцитов
- 805 При дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы выявляются
тельца Жолли

- кольца Кебота
клетки Боткина-Г умпрехта
тельца Гассала
тельца Гейнца
- 806 Аутоиммунная гемолитическая анемия обусловлена
дефектом белков мембраны эритроцитов
недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
гемоглинопатией
недостаточностью фермента пируваткиназы
выработкой антител против собственных эритроцитарных антигенов
- 807 Перечислите причины гемолитических анемий
патология мембраны эритроцитов
ферментопатии эритроцитов
гемоглинопатии
миелодиспластический синдром (МДС)
аутоиммунный конфликт
- 808 Показателем клинического анализа крови, характеризующим эритроцит, является
средний объём клетки (MCV)
среднее содержание гемоглобина (MCH)
гематокрит (Ht)
средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)
- 809 Эквивалентом цветовому показателю (ЦП) по диагностической ценности является
средний объём клетки (MCV)
дисперсия эритроцитов (RDW)
гематокрит (Ht)
- 810 Характерный признак гемолитической анемии
выраженный ретикулоцитоз
уменьшение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
увеличение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
- 811 Апластическая анемия характеризуется
повышением ретикулоцитов
снижением всех ростков кроветворения
замещением жировой тканью более 50% костного мозга
повышением всех ростков кроветворения

замещением жировой тканью менее 50% костного мозга
- 812 В12-дефицитная анемия характеризуется
увеличением объёма эритроцита
ретикулоцитозом
снижением среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
уменьшением объёма эритроцита
- 813 Депо витамина В12 в организме содержит его количество, достаточное на
2-3 недели
2-3 месяца
2-3 года
- 814 В красном костном мозге ферритин можно обнаружить в депонированной форме в клетках
сидеробластах
ретикулоцитах
проноормоцитах
- 815 Какова оптимальная доза железа в день для лечения железodefицитной анемии?
50-65 мг
100-300 мг
300-500 мг

- 1-2 г
это зависит от возраста и пола пациента
- 816 Лечение тепловой формы аутоиммунной гемолитической анемии начинают с
преднизолона
азатиоприна
ритуксимаба
трансплантации стволовых клеток
- 817 По какому принципу составлена классификация острых лейкозов FAB (Французско - Американско - Британской) ?
иммунофенотипу
хромосомной аномалии
количеству бластов в крови
иммуноцитохимии
- 818 Симптоматика острого миелолейкоза
выражена с начала заболевания
связана с дисфункцией лейкоцитов
связана с нарастанием опухолевой инфильтрации в костном мозге
- 819 В костном мозге больного острым миелолейкозом бластные клетки
5-10%
10-20%
>20%
- 820 Обнаружение палочек Ауэра в бластах подтверждает
миелоидный характер опухолевых клеток
неспецифично
лимфоидный характер опухолевых клеток
- 821 Для острого миелолейкоза характерно наличие
тромбоцитопении
тромбоцитоза
нормального количества тромбоцитов
- 822 Какой препарат способствует быстрой нормализации уровня мочевой кислоты при синдроме лизиса опухоли?
диакарб
аллопуринол
расбуриказа
- 823 От каких данных зависит программа терапии лечения острого миелолейкоза?
общего кариотипа
молекулярно-генетических мутаций
количества бластных клеток
возраста больного
- 824 Какой из нижеперечисленных препаратов сокращает период агранулоцитоза при лечении острого лейкоза?
эритропоэтин
гранулоцитарный колониестимулирующий фактор
интерферон - альфа
азатиоприн
- 825 Что влияет на выбор терапии острого лимфобластного лейкоза?
молекулярно-генетический анализ
количество бластных клеток
возраст больного
результат люмбальной пункции
- 826 Какое общее количество клеток необходимо минимально подсчитать в пунктате костного мозга?

- 100 клеток
 - 200 клеток
 - 500 клеток
 - 1000 клеток
- 827 Признак разведения пунктата костного мозга периферической кровью
низкая клеточность костного мозга
снижение лейко-эритробластического соотношения
отсутствие мегакариоцитов
- 828 По классификации FAB (Французско-Американо-Британской) выделяют формы острого миелоидного лейкоза
T0N0M0 - T3N3M3
A1 - C2
M0 - M9
M1 - M4
- 829 Когда при терапия острых лейкозов считается достигнута ремиссия?
когда отсутствуют все молекулярно-генетические мутации
когда количество бластных клеток в костном мозге менее 5%
когда количество бластных клеток в анализе крови менее 5%
когда количество бластных клеток в костном мозге менее 15%
когда количество бластных клеток в анализе крови менее 15%
- 830 Ритуксимаб является моноклональным антителом против
CD 20
Her2/neu
фактора некроза опухоли альфа
CD 15
- 831 Какой иммунофенотип у клеток Рид-Штернберга?
позитивные по CD 30 и 15, негативные по CD 20 и CD 45

позитивные по CD 30 и 45, негативные по CD 20 и CD 15
позитивные по CD 45 и 15, негативные по CD 20 и CD 30
позитивные по CD 30 и 20, негативные по CD 15 и CD 45
- 832 Какой антиген обязательно экспрессируют клетки при лимфоме зоны мантии?
циклин D1
CD10
CD2
CD45
- 833 С каким вирусом связаны лимфома Беркитта и лимфома Ходжкина?
вирусом Коксаки
вирусом Эпштейна-Барр
респираторно-синцитиальным вирусом
- 834 Что по классификации Ann Arbor характерно для 2 стадии лимфомы Ходжкина?
вовлечение двух и более регионов лимфоузлов по одну и ту же сторону диафрагмы
наличие увеличенных лимфоузлов в одном регионе
наличие увеличенных лимфоузлов в двух любых регионах
- 835 Что характерно для стадии «А» лимфомы Ходжкина?
отсутствие симптомов
ночная потливость, потеря веса, лихорадка
вовлечение внелимфатической ткани
- 836 Какие препараты в настоящее время являются основными в терапии В-клеточного хронического лимфоцитарного лейкоза
флударабин
блокаторы тирозинкиназы
хлорбутин

- циклофосфан
биспецифические антитела
- 837 Что означает термин «индолентная лимфома»?
лимфома с низкой пролиферативной активностью
излеченная лимфома
лимфома с высокой степенью злокачественности
- 838 К какой группе симптомов лимфомы Ходжкина относятся лихорадка, потливость, лимфаденопатия?
патогномоничные
неспецифические
симптомы интоксикации
- 839 Что такое грибовидный микоз?
заболевание, вызванное грибами *Aspergillus spp.*
вариант кандидоза
кожная Т-клеточная лимфома
малигнизация кератоза
- 840 Какова доля излеченных пациентов с локализованной формой лимфомы Ходжкина?
100%
>90%
50-60%
<10%
- 841 Какова роль определения уровня эритропоэтина в плазме для диагностики истинной полицитемии?

высокий уровень подтверждает диагноз
высокий уровень исключает диагноз
взаимосвязи нет
повышение эритропоэтина вторично
косвенный признак
- 842 Какой анализ является основным для диагностики хронического миелолейкоза
спленомегалия
клинический анализ крови
биохимический анализ крови
молекулярно -генетический
- 843 Какие заболевания относятся к хроническим миелопролиферативным?
хронический миелолейкоз
истинная полицитемия
хронический нейтрофильный лейкоз
хронический лимфолейкоз
- 844 Для хронического миелолейкоза характерно
наличие мутации JAK-2
наличие мутации BCR-ABL
наличие мутации FLP3
мутация C-MYC
- 845 Термином «бластный криз» при хроническом миелолейкозе обозначают
трансформацию хронического миелолейкоза в острый
терминальную стадию хронического миелолейкоза
присоединение к хроническому миелолейкозу острого
- 846 Истинная полицитемия
требует активного срочного лечения
требует симптоматической терапии
не требует лечения, кроме периодических кровопусканий
требует периодического кровопускания/или цитостатическую терапию

- 847 Хронический нейтрофильный лейкоз является редкой формой миелопролиферативного заболевания. Какой метод позволяет подтвердить наличие этого заболевания при соответствующих изменениях в анализе крови
- трепанобиопсия костного мозга
 - многократное динамическое исследование клинического анализа крови
 - кариотипическое исследование костного мозга с обнаружением атипичной хромосомы
 - молекулярно-генетическое исследование с обнаружением соответствующей мутации в гене
- 848 Какой препарат применяется при тромбоцитопении?
- тромбоконцентрат
 - цельная кровь
 - отмытые эритроциты
 - криопреципитат
 - тромбопоэтин
- 849 Для какого заболевания наиболее характер гематомный тип кровоточивости
- тромбастения Гланцмана
 - тромбодистрофия Бернара-Сулье
 - гемофилия
 - болезнь Рандю-Ослера
- 850 В чем отличие васкулитно-пурпурного типа кровоточивости от петехиально- синячкового
- васкулитные элементы более мелкие
 - васкулитные элементы никогда не располагаются на туловище
 - васкулитные элементы бледнеют при надавливании
 - васкулитные элементы возвышаются над поверхностью кожи
- 851 Что такое гемолитико-уремический синдром?
- это почечная недостаточность у пациента с гемолитическим кризом
 - это тромботическая микроангиопатическая гемолитическая анемия с поражением почек
 - это гемолиз у пациента с острым почечным повреждением
 - это гемолиз вследствие программного гемодиализа
- 852 Какой препарат не используется в лечении болезни фон Виллебранда?
- концентрат VIII фактора
 - десмопрессин
 - ритуксимаб
 - транексамовая кислота
- 853 Увеличение кальция в сыворотке крови при множественной миеломе
- прогрессирование заболевания
 - ни о чем не свидетельствует
 - наступление ремиссии
 - требует экстренной коррекции уровня кальция
- 854 Перечислите клинические проявления дефицита В12
- мегалобластная анемия
 - глоссит
 - снижение вибрационной чувствительности и чувство положения суставов
 - желчекаменная болезнь
 - атаксия и деменция
- 855 Всасывание цианкобаламина происходит
- в желудке
 - в двенадцатиперстной кишке
 - в верхних отделах тонкого кишечника
 - в дистальных отделах тонкого кишечника
 - в толстом кишечнике
- 856 На выбор терапии диффузной В-крупноклеточной лимфомы влияет
- стадия заболевания
 - иммуногистохимия

- кариотип опухоли
экстронодальные зоны поражения
возраст больного
- 857 Основной регулятор обмена железа
ферритин
гепсидин
трансферрин
белок транспортер 2-х валентных металлов
гефестин
- 858 Что влияет на выбор программы терапии при множественной миеломе
кариотип опухоли
количество и качество мутаций
количество плазматических клеток
иммунофенотип опухоли

количество зон остеолитических очагов
- 859 Какую терапию выбрать при множественной миеломе при наличии делеции 1 -й хромосомы и транслокации 4:14
мелфолан +преднизолон
бортезамид +мелфолан +преднизолон
даратамуаб+бортезамид+циклофосфан +преднизолон
- 860 Наиболее эффективный из предложенных методов лечения микросфероцитоза
обменное переливание эритроцитов
трансплантация костного мозга
спленэктомия или эмболизация селезеночной артерии
лечение фолиевой кислотой
введение больших доз внутривенного иммуноглобулина IgG
- 861 Серповидно-клеточная анемия обусловлена
дефектом белков мембраны эритроцитов
недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
недостаточностью фермента пируваткиназы
наследственным нарушением синтеза гемоглобина
наследственной патологией стволовой гемопоэтической клетки
- 862 Клинические проявления серповидно-клеточной анемии
асцит
окклюзии кровеносных сосудов
инфекции
спленомегалия
боли в костях
- 863 Что является обязательным в терапии индолентных лимфом
применение иммунохимиотерпии с ретуксимабом
2-х летняя поддерживающая терапия ретуксимабом
аутотрансплантация костного мозга как консолидация терапии
профилактика нейрорлейкемии
поддерживающая терапия ибрутинибом
- 864 По какому принципу составлена классификация острых лейкозов ВОЗ (WHO)?
хромосомная аномалия
количество бластов в крови
наличие осложнений
молекулярно-генетические аномалии
- 1 Отдельные аспекты патологии эндокринной системы
- 865 Каким пациентам в возрасте 45 лет и старше следует проводить скрининг для выявления нарушений углеводного обмена?
абсолютно всем пациентам

- пациентам с ожирением
пациентам с артериальной гипертонией
пациентам, вес которых при рождении превышал 4 кг
- 866 Какой из гормонов снижает уровень глюкозы крови?
тироксин
инсулин
глюкагон
адреналин
- 867 Самыми активными стимуляторами секреции инсулина являются
свободные жирные кислоты
глюкоза

аминокислоты
электролиты
- 868 Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов является препаратом первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа?
метформин
лираглутид
глибенкламид
дапаглифлозин
- 869 Дапаглифлозин относится к следующему классу сахароснижающих препаратов
бигуаниды
ингибиторы дипептидилпептидазы-4
ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
аналоги глюкагоноподобного пептида-1
- 870 Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?
средняя суточная гликемия
средняя амплитуда гликемических колебаний
гликированный гемоглобин
С-пептид
- 871 Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному сахарным диабетом 2 типа с хронической болезнью почек С3аА2 с целью нефропротекции?
метформин
дапаглифлозин
глибенкламид
вилдаглиптин
- 872 Больному 56 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Получает сахароснижающую терапию: метформин 1000 мг 2 р/д и глибенкламид 3,5 мг 1 р/д, соблюдает диету. HbA1c - 6,9%. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Каковы рекомендации по сахароснижающей терапии на фоне операции?
сохранение прежней схемы лечения
отмена глибенкламида в день операции
назначение базисно-болюсной инсулинотерапии
отмена метформина на 2 дня до и 2 дня после операции
- 873 Сахароснижающий препарат, способствующий снижению массы тела, но не предназначенный для лечения ожирения
натеглинид
дапаглифлозин
лираглутид
росиглитазон
- 874 Сахароснижающий препарат, наиболее предпочтительный для применения у больных сахарным диабетом 2 типа с застойной сердечной недостаточностью
инсулин

- метформин
репаглинид
эмпаглифлозин
ситаглиптин
- 875 Основным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является
тиреодин
тиреотом
тиреокомб
левотироксин

трийодтиронин
- 876 Абсолютным противопоказанием для применения тиразола является
агранулоцитоз
беременность
старческий возраст
аллергические реакции на йодистые препараты
- 877 При диффузном токсическом зобе уровень тиреотропного гормона
0,4-4 мМЕ/л
менее 0,1 мМЕ/л
более 4 мМЕ/л
- 878 Какое лечение следует назначить пожилому больному с гипотиреозом?
начать лечение L-тироксином с малых доз
начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
направить в санаторий на бальнеологическое лечение
назначить мочегонные
- 879 При манифестном тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется
повышением ТТГ, снижением Т4свободного
снижением ТТГ, повышением Т4свободного
снижением ТТГ, снижением Т4свободного
- 880 При первичном гипотиреозе определяется
уровень ТТГ 0,4-4 мМЕ/л
уровень ТТГ более 4 мМЕ/л
уровень ТТГ менее 0,1 мМЕ/л
уровень свободного Т4 более 24,5 пмоль/л
- 881 Назовите возможные побочные эффекты тиреостатических препаратов
холестатическая желтуха
нарушение зрения
тахикардия
агранулоцитоз
- 882 Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как
эпидемический зоб
эндемический зоб
спорадический зоб
диффузный токсический зоб
- 883 У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?
тиреотоксический криз
травма гортанных нервов
гипопаратиреоз
остаточные явления тиреотоксикоза
- 884 При первичном манифестном гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется
повышением ТТГ, снижением Т4свободного
снижением ТТГ, повышением Т4свободного

снижением ТТГ, снижением Т4свободного
повышением ТТГ, повышением Т4свободного

885 Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Какова продукция кортизола надпочечниками?

снижена
повышена
не изменена
снижен период полураспада

886 Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики болезни Кушинга и эктопированной секреции адренокортикотропного гормона ожирения и болезни Кушинга болезни и синдрома Кушинга ожирения и синдрома поликистозных яичников

887 Снижение кортизола в крови менее 50 нмоль/л на фоне приема 1 мг дексаметазона свидетельствует о нормальной функции коры надпочечников о вторичном гипокортицизме о повышенной секреции адренокортикотропного гормона о гиперкортицизме

888 Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является гиперсекреция адренокортикотропного гормона аденомой гипофиза снижение уровня адренокортикотропного гормона в связи с нарушением секреции кортиколиберина развитие выраженных электролитных нарушений катаболическое действие кортикостероидов

889 Метформин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса бигуанидов сульфонилмочевины ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа ингибиторов дипептидилпептидазы-4

890 Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при гипотиреозе диффузном токсическом зобе сахарном диабете эндемическом зобе

891 Типичный синдром при первичном гиперальдостеронизме ортостатическая гипотония артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии сахарный диабет гиперкалиемия

892 Пациенту с первичным гиперальдостеронизмом для гипотензивной терапии следует назначать метопролол гипотиазид спиронолактон нифедипин

893 Избыточная продукция в кровь адреналина и норадреналина наблюдается при андростероме при хемодектome при альдостероме при феохромоцитоме

894 Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для диагностики ановуляции

выявления гиперэстрогемии

- подтверждения эндогенного гиперкортицизма
выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла
- 895 Укажите тест для первичного скрининга первичного гиперальдостеронизма
определение концентрации альдостерона в плазме крови и прямой концентрации ренина/активности ренина плазмы
ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, концентрация кортизола в суточной моче, концентрация кортизола в вечерней слюне
концентрация 17-ОН-прегненолона, 17-ОН-прогестерона в плазме крови
концентрация метанефринов, норметанефринов в суточной моче
- 896 Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при
гиперкалиемии
повышенном уровне ренина
гипокалиемии
гипергликемии
- 897 Причина первичного гиперпаратиреоза
амилоидоз околощитовидных желез
кровоизлияние в околощитовидные железы
аденома околощитовидной железы
аутоиммунное поражение околощитовидной железы
- 898 Для первичного гиперпаратиреоза характерно
снижение кальция в сыворотке крови
повышение кальция в сыворотке крови
повышение фосфора в сыворотке крови
снижение фосфора, выделяемого почками
снижение активности щелочной фосфатазы
- 899 Лабораторные изменения при первичном гиперпаратиреозе
повышение кальция в крови
повышение фосфора в крови
снижение экскреции кальция с мочой
повышение уровня паратгормона в крови
снижение уровня паратгормона крови
- 900 При лечении сахарного диабета 2 типа применяют
орлистат
препараты сульфонилмочевины
агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
сIBUTрамин
- 901 Неотложная помощь при легкой гипогликемии
дибазол в/в
инсулин в/в
глюкоза 40% 40 мл в/в
пациенту употребить 1 -2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов
- 902 При лечении кетоацидотической комы применяют
постоянная инфузия инсулина
инфузионная терапия
инфузия 5% раствора глюкозы
пентамин
- 903 При лечении кетоацидотической комы применяют инсулин действия
короткого
среднего

длительного
сверхдлительного
- 904 Выработка какого гормона недостаточна при сахарном диабете 1 типа?

инсулин
глюкакон
серотонин
вазопрессин

- 905 У женщины 44 лет отмечаются: резкое увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица, головные боли, сахарный диабет. О каком заболевании, вероятно, идет речь?
акромегалия
гиперкортицизм
болезнь Педжета
ревматоидный полиартрит
- 906 Повышенный уровень адренокортикотропного гормона при высоком уровне кортизола свидетельствует о первичном гипокортицизме
о наличии кортикотропиномы
о нормальной функции коры надпочечников
о наличии альдостеромы
- 907 Для несахарного диабета характерно
выраженная полиурия, несвязанная с восполнением теряемой жидкости
выраженная полиурия, снижающаяся при восполнении теряемой жидкости
никтурия, нарушения сна
отсутствии никтурии, спокойный ночной сон
предпочтение холодной / ледяной воды
- 908 К аденомам гипофиза относятся
пролактиномы
соматотропиномы
кортикостеромы
кортикотропиномы
феохромоцитомы
- 909 Что из перечисленного является осложнением сахарного диабета?
ретинопатия
анемия
панкреатит
нефропатия
- 910 Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является
глаукома
катаракта
пролиферативная ретинопатия
автономная нейропатия
- 911 Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом 1 типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?
измерить уровень глюкозы крови
ввести физиологический раствор
ввести инсулин
исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- 912 При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо
определить уровень глюкозы в крови
провести глюкозотолерантный тест
определить С-пептид
ограничить употребление углеводов
определить уровень базального инсулина
- 913 Относительно сахарного диабета 2 типа справедливо
диабет требует постоянного лечения инсулином
диабет чаще возникает в молодом возрасте

течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
диабет обычно возникает на фоне ожирения
диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

- 914 У женщины 45 лет с ожирением при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия, ацетон в моче не определяется. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной
сахарный диабет 1 типа
сахарный диабет 2 типа
сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)
вторичный сахарный диабет
- 915 Инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа проводится в
базисно-болюсном режиме
режиме многократных инъекций перед едой
режиме базал плюс
базальном режиме
- 916 У больной 27 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:
психогенная полидипсия
несахарный диабет
сахарный диабет
хронический пиелонефрит
- 917 Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?
усиление полиурии
кетоацидоз
лактоацидоз
агранулоцитоз
холестатическая желтуха
- 918 Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов способствует снижению массы тела?
лираглутид
глибенкламид
вилдаглиптин
гларгин
- 919 К диабетической нейропатии относится
радикулопатия
полинейропатия
синдром Гийена-Барре
энцефалопатия
- 920 Исследование С-пептида проводится с целью
оценки эндогенной секреции инсулина
дифференциальной диагностики типов сахарного диабета
оценки компенсации сахарного диабета
- 921 Уровень глюкозы в венозной плазме натощак - 6,7 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста - 7,0 ммоль/л. Ваше заключение
норма
сахарный диабет
нарушение гликемии натощак
нарушение толерантности к глюкозе
- 922 Результаты теста на толерантность к глюкозе (значения венозной плазмы): натощак - 5,2 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 7,0 ммоль/л. Заключение
сахарный диабет
нарушенная толерантность к глюкозе
нарушенная гликемия натощак

норма

- 923 Результаты теста на толерантность к глюкозе (венозная плазма): натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 11,4 ммоль/л. Ваше заключение
норма
сахарный диабет
нарушение толерантности к глюкозе
нарушение гликемии натощак
- 924 У мужчины 55 лет с ИМТ=31,1 кг/м², при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 7,7 ммоль/л. Анализ мочи на глюкозу и ацетон отрицательный. Симптомов нет. Ваше заключение
без патологии
сахарный диабет 2 типа
панкреатогенный диабет
сахарный диабет 1 типа
- 925 Результаты теста на толерантность к глюкозе (венозная плазма): натощак - 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 8,2 ммоль/л. Ваше заключение
норма
сахарный диабет
нарушение толерантности к глюкозе
нарушение гликемии натощак
- 926 Класс сахароснижающих препаратов, механизм действия которых связан со снижением инсулинорезистентности
ингибиторы альфа-глюкозидаз
ингибиторы натрий-глюкозного контрапортера 2 типа
тиазолидиндионы
производные сульфонилмочевины
- 927 Сахароснижающий препарат, безопасный для назначения у пациентов при терминальной стадии хронической болезни почек
линаглиптин
метформин
гликвидон
лираглутид
- 928 Сахароснижающие препараты, характеризующиеся низким риском возникновения гипогликемий
гликлазид
метформин
эмпаглифлозин
репаглинид

глибенкламид
- 929 Сахароснижающие препараты, характеризующиеся высоким риском возникновения гипогликемий
лираглутид
натеглинид
аспарт
дапаглифлозин
линаглиптин
- 930 У больных сахарным диабетом с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска преимущество имеет назначение
агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
метформина
препаратов сульфонилмочевины
инсулина
- 931 Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые
3 месяца
6 месяцев

- 9 месяцев
12 месяцев
- 932 Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т.е. при отсутствии достижения индивидуальных целей гликированного гемоглобина) выполняется не позднее чем через
6 месяцев
3 месяца
12 месяцев
9 месяцев
- 933 Перечислите возможные причины гипогликемии
большая доза инсулина
физическая нагрузка
недостаточная доза инсулина
прием алкоголя
прием ситаглиптина
- 934 Наиболее чувствительным исследованием для дифференциальной диагностики функциональной автономии узловых образований щитовидной железы является
определение уровня ТТГ высокочувствительным методом
определение свободного Т₃ и Т₄
пункционная биопсия щитовидной железы
радиоизотопная сцинтиграфия щитовидной железы
ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 935 К симптомам диффузного токсического зоба относится
синусовая тахикардия
развитие мерцания предсердий
нервная возбудимость
брадикардия
наличие пальпируемых узловых образований щитовидной железы
- 936 Какие гормоны регулируют фосфорнокальциевый обмен?
тиреотропный гормон
паратгормон
кальцитонин
1,25-диоксикальциферол
- 937 Симптомами акромегалии являются
потливость
выпадение волос
увеличение размера обуви
увеличение кистей
тахикардия
- 938 Центральное ожирение, артериальная гипертония, багровые полосы растяжения (стрии) на коже живота, а также умеренная гиперпигментация кожи у больного с умеренно повышенным уровнем адренокортикотропного гормона плазмы могут быть следствием
гипоталамического синдрома
болезни Иценко-Кушинга
болезни Аддисона
алиментарного ожирения
- 939 Для острой надпочечниковой недостаточности характерны
выраженная гипотония
боли в животе
тошнота
артериальная гипертония
гирсутизм
- 940 Клиническая картина, характерная для феохромоцитомы, включает
кризовое течение с повышением артериального давления, возбуждением, тремором, гипертермией

- постуральную гипотензию
брадикардию
чувство сдавления в области шеи
- 941 Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа
инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
деструкция клеток и абсолютная инсулиновая недостаточность
инсулиновая недостаточность и повышение уровня контринсулярных гормонов
повышение уровня контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
- 1 Интенсивная терапия в клинике внутренних болезней
- 942 Продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при нормальных условиях составляет
1 минуту
3 минуты
5 минут
15 минут
- 943 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
- 944 При остановке кровообращения максимальное расширение зрачков проявляется
через 30-60 секунд
мгновенно
через 5-10 секунд
через 15-20 секунд
- 945 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
- 946 Критерием диагностики биологической смерти через 2-4 часа после остановки кровообращения является
наличие пятен Лярше
положительный симптом «кошачьего зрачка»
трупное окоченение
анизокория
- 947 Ранним признаком острой дыхательной недостаточности является
одышка
угнетение сознания
акроцианоз
брадикардия
- 948 Шоковый индекс Альговера 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
- 949 В норме шоковый индекс Альговера равен
менее 0,5
1,0-1,2
0,5-0,7
1,5-2,0

- 950 Шоковый индекс Альговера при острой кровопотере 20-25% объема циркулирующей крови равен
0,5
1
0,7
1,5
- 951 При гипергликемической коме тонус глазных яблок при пальпации
снижен
не определяется
обычный
повышен
- 952 К ранним признакам биологической смерти относят
положительный симптом Белоглазова (симптом «кошачьего зрачка»)
отсутствие глазных и прочих рефлексов
прямую линия на электрокардиограмме
трупное окоченение
- 953 Подъем сегмента ST на электрокардиограмме в большинстве отведений характерен для
гипокалиемии
гиперкалиемии
острого перикардита
тромбоэмболии легочной артерии
- 954 Ранним электрокардиографическим признаком гиперкалиемии является
уширение комплекса QRS
сглаженный зубец T

укороченный интервал PQ
высокий остrokонечный зубец T
- 955 Боль в грудной клетке, развившаяся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерна для
тромбоэмболии легочной артерии
острого перикардита
расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода
- 956 Резкое повышение активности липазы и амилазы в сыворотке крови является лабораторным подтверждением диагноза
желчекаменной болезни
острого панкреатита
сахарного диабета
жирового гепатоза
- 957 К осложнениям гипертонических кризов относят
острую гипертоническую энцефалопатию, отек легких
инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
миокардит, перикардит
острое нарушение мозгового кровообращения
- 958 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
диссекция аорты
- 959 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

- 960 Иррадиация боли в спину наиболее характерна для
острого перикардита
разрыва пищевода
диссекции аорты
тромбоэмболии легочной артерии
- 961 Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на
тромбоэмболию легочной артерии
инфаркт миокарда
диссекцию аорты
кардиоспазм
- 962 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
- 963 Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
стеноза устья аорты
недостаточности митрального клапана
- 964 Наличие высоких зубцов R в отведениях V1-2 и депрессии ST в отведениях V3-4, является признаком инфаркта миокарда
передне-перегородочной локализации
боковой локализации
задне-базальной локализации
задне-диафрагмальной локализации
- 965 При наличии высокого зубца R в отведениях V1 -2 и изменениях в V1, для уточнения локализации инфаркта миокарда необходимо регистрировать электрокардиограмму
по Небу
в V3-V4 справа
на 2 ребра выше
на вдохе
- 966 Внезапная потеря сознания и отсутствие пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для
разрыва сердца
фибрилляции желудочков
тромбоэмболии легочной артерии
полной поперечной блокады
- 967 Инфаркт миокарда подтверждается при наличии на электрокардиограмме
полной блокады правой ножки пучка Гиса
полной блокады левой ножки пучка Гиса
AV блокады 3 степени
конкордантной элевации сегмента ST
- 968 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 блокаде 3 степени
- 969 Диагноз повторного инфаркта миокарда ставится
через сутки после первого инфаркта

- через 48 часов после первого инфаркта
до 3-х месяцев после первого инфаркта
через 28 суток и более после первого инфаркта
- 970 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
- 971 При суправентрикулярной тахикардии с абберантными желудочковыми комплексами отмечается отсутствие зубца P
отрицательный зубец P
удлинение интервала QT
уширение комплекса QRS
- 972 Для атриовентрикулярной блокады I степени характерным является удлинение интервала PQ
уширение зубца P
выпадение отдельных комплексов QRS
наличие зубца P после комплекса QRS
- 973 При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц-I регистрируют постоянный интервал RR, меняющийся интервал PQ, периодическое выпадение зубца P
неодинаковые интервалы RR, меняющийся интервал PQ, постоянное наличие зубца P
разные интервалы RR, одинаковый интервал PQ, периодическое выпадение зубца P
уширение зубца P
- 974 Для атриовентрикулярной блокады II степени Мобитц-II характерным является постоянство интервалов PQ
постепенное удлинение интервала PQ
уширение комплекса QRS
постоянный интервал RR
- 975 Аритмичный пульс характерен для атриовентрикулярной блокады I степени
II степени типа Мобитц-I
II степени типа Мобитц-II вариант 2:1
III степени проксимальной
- 976 На ЭКГ: ЧСС 40, PQ-0,20, на два зубца P приходится один комплекс QRS. Такая ЭКГ-картина характерна для
атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц-II
атриовентрикулярной блокады III степени
синаурикулярной блокады III степени
синдрома Фредерика
- 977 Для полной атриовентрикулярной блокады характерным является расширенный комплекс QRS
атриовентрикулярная диссоциация
удлинение интервала QT
удлинение интервала PQ
- 978 Синдром Фредерика характеризуется мерцательной аритмией с полной блокадой ножки пучка Гиса
мерцательной аритмией с экстрасистолией типа бигеминии
синаурикулярной блокадой
мерцательной аритмией с полной атриовентрикулярной блокадой
- 979 Систолическое дрожание во 2-ом межреберье справа от грудины наблюдается при стенозе устья аорты
недостаточности клапанов аорты

- стенозе митрального клапана
недостаточности митрального клапана
- 980 Диастолическое дрожание у верхушки («кошачье мурлыканье») наблюдается при
стенозе устья аорты
недостаточности митрального клапана
стенозе митрального отверстия
недостаточности трехстворчатого клапана
- 981 Для стеноза устья аорты наиболее характерными являются
боли в области сердца
- общая слабость, акроцианоз
одышка, периферический цианоз
головокружение, обмороки
- 982 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
- 983 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
- 984 Феномен электромеханической диссоциации характерен для
полной атриовентрикулярной блокады
фибрилляции желудочков
острой недостаточности митрального клапана
гемотампонады сердца
- 985 Приступы головокружения и обмороки при увеличении физической нагрузки наиболее характерны для
митрального стеноза
недостаточности клапанов аорты
недостаточности митрального клапана
стеноза устья аорты
- 986 Диагноз гипертонического криза ставится в первую очередь на основании
клинической картины
стадии гипертонической болезни
величины диастолического артериального давления
эффективности антигипертензивных средств
- 987 Артериальная гипертензия пароксизмального типа наблюдается при
феохромоцитоме
акромегалии
гипербилирубинемии
синдроме Иценко-Кушинга
- 988 Регрессия первичных кожных элементов при крапивнице происходит в течение
10 дней
от 7 до 10 дней
от нескольких часов до суток
7 дней
- 989 Степень тяжести анафилактического шока в первую очередь определяет выраженность
гемодинамических нарушений
кожных поражений
поражения желудочно-кишечного тракта
неврологических расстройств

- 990 Наиболее тяжело отек Квинке протекает при локализации на лице
слизистой верхних дыхательных путей
наружных половых органах

нижних конечностях
- 991 Наиболее частым клиническим проявлением анафилактического шока является пневмония
падение артериального давления
подъем артериального давления
брадикардия
- 992 Наиболее скудной аускультативной симптоматикой сопровождается тромбоэмболия легочной артерии
синдром Мендельсона
сердечная астма
астматический статус
- 993 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
- 994 Наиболее достоверным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких
коронарография
рентгенография легких
эхокардиография
- 995 Важнейшим признаком астматического статуса II стадии является выраженность цианоза
пульсация шейных вен
«немое» легкое
тахикардия
- 996 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
- 997 Клиническая картина развивается стремительно при диабетической гиперосмолярной коме
кетоацидотической коме
лактоацидотической коме
гипогликемической коме
- 998 Запах ацетона изо рта отмечается при диабетической гиперосмолярной коме
кетоацидотической коме
уремической коме
лактоацидотической коме
- 999 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
- 1000 Ингаляция кислорода при астматическом статусе вызывает тахипноэ с усилением тахикардии
резкое возбуждение
рвоту
снижение возбудимости дыхательного центра и апноэ
- 1001 Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным артериальным давлением является
строфантин
нитроглицерин
преднизолон
пентамин
- 1002 К кристаллоидным инфузионным препаратам относится
полиглюкин
реополиглюкин
0,9% раствор натрия хлорида
желатиноль
- 1003 Критерием правильности выполнения искусственного дыхания является
наличие экскурсии грудной клетки
видимое выбухание в эпигастральной области
парадоксальный пульс на сонных артериях
видимое набухание шейных вен
- 1004 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
- 1005 Об эффективности выполнения закрытого массажа сердца свидетельствует
сужение зрачков
отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
появление пятен Лярише
регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.
- 1006 Компрессия грудной клетки при закрытом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой
40-50 в минуту
100-110 в минуту
60-70 в минуту
80-90 в минуту
- 1007 При проведении реанимационного пособия взрослому без интубации трахеи закрытый массаж сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении
15 к 2 при любом количестве реаниматоров
15 к 2 только при оказании помощи одним реаниматором
30 к 2 при любом количестве реаниматоров
5 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами
- 1008 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
- 1009 При остром коронарном синдроме аспирин назначается после купирования болевого синдрома

- после стабилизации гемодинамики
немедленно после постановки диагноза
после прибытия в стационар
- 1010 Нагрузочная доза клопидогрела при остром инфаркте миокарда составляет
75 мг
150 мг
600 мг
300 мг
- 1011 При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан
обзидан
коринфар
верапамил
кордарон
- 1012 При синдроме слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамса-Стокса оптимально применение
симпатомиметиков
искусственного водителя ритма
гормонов
атропина
- 1013 При развитии аллергической реакции на укус насекомого необходимо наложить жгут
ниже места укуса на 25 минут
ниже места укуса на 1 час
выше места укуса на 1 час
выше места укуса на 25 минут
- 1014 Препаратом выбора при отеке Квинке является
преднизолон
klaritin
фуросемид
допамин
- 1015 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
- 1016 Задачей лечения кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является
вести 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
вести мочегонные, кардиотоники
- 1 Поликлиническая терапия
- 1017 Как часто гражданин РФ имеет право на смену медицинской организации или лечащего врача?
ежемесячно

не чаще 1 раза в год
не чаще 1 раза в 6 месяцев
у гражданина РФ нет такого прав
- 1018 При наличии признаков временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается
лечащим врачом
заведующим отделением
врачебной комиссией
главным врачом
- 1019 Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при благоприятном прогнозе

4 месяца
5 месяцев
2 месяца
10 месяцев

- 1020 При амбулаторном лечении лечащий врач единолично может выдать/продлить листок нетрудоспособности до
5 дней
15 дней
10 дней
30 дней
- 1021 Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при неблагоприятном прогнозе
10 месяцев
4 месяца
5 месяцев
2 месяца
- 1022 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
- 1023 Вторая группа инвалидности устанавливается на
1 год
2 года
0,5 года
3 года
- 1024 Первая группа инвалидности устанавливается на
2 года
1 год
3 года
5 лет
- 1025 Нарушением предписанного режима является
несвоевременная явка на прием
отказ от госпитализации (при наличии показаний)
отказ от физиотерапевтических процедур
отказ от обследования
- 1026 Продление листка нетрудоспособности при продолжительном течение заболевания/травмы осуществляется врачебной комиссией каждые

15 календарных дней
20 календарных дней
10 календарных дней
30 календарных дней
- 1027 Несчастный случай, квалифицирующийся как бытовая травма
ожог солнечными лучами
пищевое отравление
отек Квинке при укусе осы
необычная реакция на прививку
- 1028 Основания для оформления листка нетрудоспособности
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

- 1029 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
- 1030 При установлении инвалидности листок нетрудоспособности закрывается датой непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении медико-социальной экспертизы
направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК)
освидетельствования и присвоения группы инвалидности медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК)
любой датой
- 1031 Листок нетрудоспособности выдан обосновано при проведении
ультразвукового исследования органов брюшной полости
флюорографии
интермиттирующей (прерывистой) химиотерапии
электрокардиограммы
- 1032 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 %
с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 60 %
с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 70 - 80 %
с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 80 %
- 1033 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 %
со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 90 - 100 %

со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 100 %
со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 60 %
- 1034 Диспансеризация
комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении 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 в себя лабораторные и инструментальные методы исследования
медицинский осмотр врачами нескольких специальностей
- 1035 Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммографию проводят
1 раз в 3 года
ежегодно
1 раз в 2 года
по желанию женщин
- 1036 «Скрининг онкологического заболевания»
обследование пациентов с ранними проявлениями онкологических заболеваний для уточнения стадии и распространенности заболевания
диагностика онкологических заболеваний с использованием высокотехнологичных методов и морфологической верификацией опухоли
исследование группы бессимптомных лиц недорогими, доступными диагностическими тестами для выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака
создание «генетического паспорта» пациента для определения генетических мутаций, опасных для развития злокачественного новообразования

- 1037 Скрининг на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы
25-34 лет
15-24 лет
35-44 лет
45-54 лет
- 1038 Первичная профилактика онкологических заболеваний
выявление и лечение предраковых заболеваний
ослабление или нейтрализация неблагоприятных факторов окружающей среды
выявление и лечение предраковых заболеваний
иммунотерапию
- 1039 Вторичная профилактика рака
устранение химических канцерогенов
выявление и лечение предраковых заболеваний
профилактика инфицирования онкогенных вирусов
отказ от курения
- 1040 Третичная профилактика рака
введение противораковых вакцин
выявление и лечение предраковых заболеваний
курсы профилактической радиотерапии и вспомогательной химиотерапии
отказ от курения
- 1041 Профилактическая противораковая вакцина
вакцина против вируса полиомиелита
вакцина против вируса гриппа
вакцина против менингита
вакцина против вируса папилломы человека
- 1042 Облигатные предраковые заболевания
часто, но не всегда перерождаются в рак
необратимы
всегда перерождаются в рак
никогда не перерождаются в рак
- 1043 Факультативные предраковые заболевания
часто перерождаются в рак
всегда перерождаются в рак
необратимы
редко перерождаются в рак
- 1044 Фактор риска рака легкого
прием алкоголя
инсоляция
нерациональное питание
табакокурение
- 1045 При назначении ЛФК врач обязан
определить диагноз
уточнить лечебные задачи
подобрать средства медикаментозного лечения
провести дополнительные исследования
провести исследование функционального состояния и физической подготовленности больного
- 1046 В клинике внутренних болезней лечебная физкультура используется в формах
мануальной терапии
утренней гимнастики
лечебной гимнастики
элементов спортивных упражнений
игр

- 1047 Какие из перечисленных заболеваний показаны для назначения лекарственного электрофореза
болезнь Бехтерева, средняя активность
хронический гепатохолецистит вне обострения
травматическая энцефалопатия, эпилепсия
хронический артрозо-артрит плечевого сустава, обострение
острый инфекционно-аллергический иридоциклит
травматический неврит лучевого нерва, период восстановления
экзема в стадии ремиссии
- 1048 Какие из перечисленных заболеваний показаны для назначения гальванизации?
неврастения гиперстеническая
неврит лицевого нерва с признаками контрактуры
атеросклероз сосудов головного мозга
кератит в стадии восстановления
острый гнойный средний отит
нейродермит в стадии ремиссии
язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения
- 1049 Основные показания для УФ-облучения
ревматоидный артрит
тиреотоксикоз
туберкулез с поражением костей, суставов
заболевание почек с недостаточностью функции
профилактика гриппа, УФ-недостаточность
заболевание периферической нервной системы (радикулит, плексит, невралгия)
рахит
атеросклероз
- 1050 Задачи физической реабилитации больных инфарктом миокарда на больничном этапе включают
предупреждение осложнений постельного режима
улучшения периферического кровообращения и дыхания
подготовку к вставанию и ходьбе, обучению ходьбе по лестнице
подготовку к самообслуживанию
восстановление трудоспособности
- 1051 Противопоказаниями к назначению лечебной гимнастики являются
острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения
повышение артериального давления свыше 210/120 мм рт. ст
состояния после гипертонического криза
опасные нарушения сердечного ритма: политопная экстрасистолия, частые пароксизмы мерцательной
аритмии и др.
нарушения перистальтики кишечника
- 1052 Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни в первую половину курса лечения
включают
мобилизацию и умеренную тренировку экстракардиальных факторов кровообращения
улучшение функции внешнего дыхания
улучшение окислительно-восстановительных процессов, снижения сосудистого тонуса
улучшение психо-эмоционального состояния больных
тренировку функции дыхательной системы
- 1053 Средняя продолжительность процедуры лечебной гимнастики для больных с врожденными пороками
сердца в раннем послеоперационном периоде составляет
3-4 мин
5-8 мин
9-11 мин
12-15 мин
15-20 мин
- 1054 Формы лечебной физкультуры у больных ишемической болезнью сердца I-II функциональных классов
включают
лечебную гимнастику

дозированную ходьбу и ближний туризм
физические тренировки на велотренажерах
трудотерапию

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Больная 54 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на слабость, боли во II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей рук, лучезапястных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительностью около 3 часов. Впервые эти симптомы появились 4 года тому назад. С этого времени постоянно принимает метотрексат 15 мг 1 раз в неделю перорально, фолиевую кислоту 5 мг через 24 часа после приема метотрексата, периодически-мелоксикам -7.5 мг и внутрисуставное введение глюкокортикоидов. 1,5 года назад больную стали беспокоить сухость во рту, чувство наличия «песка» в глазах, резко ухудшилось состояние зубов. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается ульнарная девиация, деформация и припухлость суставов кистей, положительный симптом «сжатия кисти». В области правого локтевого сустава определяются 2 подкожных плотных узелковых образования. ООСЗ (общая оценка больной состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале- ВАШ - 60). Индекс активности заболевания - DAS 28= 6,6. В околоушных областях имеется небольшая припухлость. В легких дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 130/80мм.рт.ст. Язык сухой, пришеечный кариес многих зубов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, тромбоциты $378 \times 10^6/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 63%, лимфоциты 27%, моноциты 7%, СОЭ 42 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л, креатинин 97 мкмоль/л, мочевина 7,8 ммоль/л, АЛТ-23 ед/л, АСТ-28 ед/л. Электрофорез белков: альбумины 42,5%, глобулины: а1- 4,8%, а2- 12,6%, в- 12,4%, у- 27,3%. СРБ 56,4 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) - 92,1 Ед/л, АЦЦП-35 Ед/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты и единичные эрозии в эпифизах II-IV пястных костей, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз. На основании каких критериев поставлен диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику ведения больной.

Ситуационная задача 2

Пациентка Г., 23 года, в течение 3-х месяцев отмечает боли в суставах кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,9С, слабость, выпадение волос. Больная обратилась к ревматологу, были взяты АЦЦП, ревматоидный фактор, результат отрицательный, выставлен диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит», назначен метотрексат в дозе 10 мг/нед. На фоне приема отметила появление высыпаний на лице, трещины в уголках рта, язвы слизистой рта, отеки нижних конечностей и лица, самостоятельно отменила метотрексат, однако после отмены препарата сыпь появилась на туловище, отеки нижних конечностей нарастали, было отмечено повышение температуры тела до 39,0С, состояние ухудшалось. С диагнозом «Лихорадка неясного генеза. Аллергическая реакция» госпитализирована в стационар. При осмотре имеется выраженная отечность лица, стоп и нижней трети голени, температура тела 38,7С. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи. Губы сухие с эрозиями и сероватыми корочками. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжатии кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 23 в мин. При исследовании лёгких аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При исследовании сердца - перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 в мин, АД 160/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $3,1 \times 10^9 /л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 36%, моноциты 8%, тромбоциты $158 \times 10^9 /л$, СОЭ 35 мм/час.
2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 1,0 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 5-7 в п/зр.

Инструментальные исследования:

1. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и

инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой и левой плевральных полостях определяется свободная жидкость до V ребра. Тень сердца умеренно расширена.

2. Эхокардиография: в полости перикарда определяется умеренное количество жидкости без признаков тампонады.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 3

Пациентка М., 49 лет, обратилась в связи с болями и припухлостью суставов кистей, появление белых образований на коже пальцев рук, побеление пальцев на холоде, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что боли и припухлость суставов появились год назад, в течение месяца отметила появление одышки и нарушения глотания. При осмотре болезненность и припухлость суставов кистей, симптом поперечного сжатия положительный, на коже кончиков пальцев и в области дистальных межфаланговых суставов отмечаются подкожные уплотнения белого цвета, местами изъязвленные. В легких при аускультации ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторный звук ясный. Тоны сердца приглушенные, отмечается акцент II тона над легочной артерией, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 135/80 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В ревмопробах - РФ 79 МЕд/мл, АНФ 1/1280.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 4

Больная К., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, снижение массы тела, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, на уплотнение кожи в области лица, верхних конечностей, грудной клетки, ограничение подвижности пальцев обеих кистей, периодические боли в области мелких суставов кистей, а также лучезапястных суставов, изжогу, быстрое насыщение, нарушение глотания твердой пищи.

Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились в 35 лет, после перенесенной вирусной инфекции, когда стала отмечать онемение, боль и изменение окраски кожи в области пальцев обеих кистей, возникающие на холоде или при стрессе. Через три месяца развился плотный отек обеих кистей, пальцы приобрели «сосискообразный» вид, на кончиках пальцев стали появляться резко болезненные, длительно незаживающие язвочки. В дальнейшем кожа в области кистей становилась плотной, уменьшился объем мягких тканей концевых фаланг, развились сгибательные контрактуры. Уплотнение кожи распространилось на лицо, верхние конечности с переходом на грудную клетку. Два года назад стала беспокоить одышка при физической нагрузке и сухой кашель. В течение последнего полугодия отмечает усиление одышки, снижение толерантности к физической нагрузке, появились симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: быстрое насыщение, изжога, явления дисфагии. Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела 36,8С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается уплотнение кожи верхних конечностей с распространением выше локтевых суставов, с переходом на переднюю поверхность грудной клетки, резкое уменьшение объема мягких тканей концевых фаланг обеих кистей, резко выраженная сгибательная контрактура в области пястно-фаланговых суставов обеих кистей. Кожный счет (по Rodnan) - 21 балл. В области дистальной фаланги III пальца левой кисти выявлена резко болезненная язва. Лицо больной имеет маскообразный вид, амимичное. Кончик носа заострен, губы истончены, ротовая апертура уменьшена, радиальные морщины вокруг рта. При осмотре ротовой полости обращает на себя внимание утолщение и укорочение уздечки языка. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах легких выслушивается крепитация, ЧД - 20 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 88 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин 123 г/л; эритроциты 4,1x10¹²/л; ЦП - 0,94; тромбоциты 340x10⁹/л; лейкоциты 7,8x10⁹/л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 20%; моноциты 5%; СОЭ 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 24 мг/л.

Иммунологический анализ крови: АНФ 1:640 (нуклеарный тип свечения); АТ к топоизомеразе I (анти-8e1-70) 35 МЕ/мл; Антицентромерные АТ (анти-CENT-B) 3 МЕ/мл.

DLCO (ДСЛ - диффузионная способность легких для оксида углерода) - 53% от должного значения.

КТВР органов грудной клетки: определяются двухсторонние симметричные участки «матового стекла» в базальных отделах легких, ретикулярные изменения в сочетании с тракционными бронхоэктазами. КТ- паттерн соответствует неспецифической интерстициальной пневмонии.

Рис. 1 КТВР органов грудной клетки больной К.

Дигитальная язва.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Определите тактику ведения больной.

Ситуационная задача 5

Больная М., 50 лет, госпитализирована с жалобами на зудящие высыпания на коже верхних конечностей, спине, шее, ягодицах, лобной области, внутренней поверхности бедра обеих нижних конечностей, отечность лица, слабость в верхних и нижних конечностях, слабость шейных мышц (трудно поднять голову с подушки). Из анамнеза известно, что месяц назад отметила появление слабости в руках. Через неделю отметила кожный зуд на спине. С лекарствами, пищевыми аллергенами не связывает. Неоднократно вызывала врача на дом - назначались антигистаминные препараты - с временным положительным эффектом в виде уменьшения зуда на поверхности спины. Затем сыпь распространилась на туловище, ягодицы, нижние конечности, присоединились сыпь и отеки лица. Постепенно стала нарастать слабость (трудно поднять руки, чтобы причесаться, помыть голову), появилось затруднение при глотании пищи. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирована в стационар с диагнозом «Аллергическая реакция неуточненная». При осмотре: температура тела 36,5С. Пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Отеков нет. На лице двусторонняя периорбитальная эритема розово-фиолетового оттенка, веки отечны (рис. 1), на коже обеих верхних конечностей, плеч, спины, ягодиц, внутренней поверхности бедра, в лобной области прослеживаются эритематозные пятна сливного характера, без шелушения, на разгибательных поверхностях суставов пальцев отмечается эритема с признаками шелушения, следы эскориаций на надплечье и задней поверхности шеи. Мышечная сила снижена. Дисфагия, дисфония. ЧДД 21 в мин. Дыхание ослаблено, единично выслушиваются сухие хрипы. АД 130/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,6 \times 10^9 /л$, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, лимфоциты 29%, моноциты 10%, тромбоциты $174 \times 10^9 /л$, СОЭ 50 мм/час.
2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, белок 0,3 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в п/зр.
3. Биохимический анализ крови: АСТ 842 Ед/л, АЛТ 531 Ед/л, КФК 3017 Ед/л. Инструментальные исследования: МСКТ органов грудной клетки - см. рис. 2.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите изменения на МСКТ органов грудной клетки.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 6

Больная Н., 27 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, одышку при ходьбе, периодические давящие боли в области сердца, выраженную слабость. Считает себя больной в течении года: год назад впервые появились головные боли, отеки на лице, слабость. При обследовании в поликлинике установили заболевание почек, и пациентка была госпитализирована в стационар с повышенными цифрами АД - 230/120 мм.рт. ст., в крови было установлено повышенное содержание азота, мочевины, креатинина, в моче - белок. Пациентка после стационарного лечения в течение 6 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, затем состояние больной стало прогрессивно ухудшаться.

При обследовании: Рост - 167 см, вес 60 кг., кожные покровы сухие, бледные с сероватым налетом. В легких дыхание везикулярное, ослаблено. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, АД - 220/110 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Правая доля печени выступает на 2 см. ниже края реберной дуги, болезненна. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Отеки в области

поясницы и на ногах. Поколачивание в поясничной области болезненно с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $1,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 65 г/л, ЦП - 1,0, тромбоциты - $176 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$, п.-1, с.-89, л.-8, м.-2, СОЭ - 26 мм/ч.

Мочевина - 29 ммоль/л, креатинин - 380 мкмоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л. Анализы мочи: удельный вес - 1007, белок - 3,9 г/л, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 0-1-2 в поле зрения, зернистые цилиндры - 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте диагноз
4. Назначьте лечение
5. Определите прогноз.

Ситуационная задача 7

Пациент А. 25 лет обратился за медицинской помощью в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль, появление мочи красного цвета, отечность лица, нижних конечностей.

Ранее считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были повторные эпизоды ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако операция так и не была проведена. Хронические заболевания в анамнезе отрицает, в поликлинике на наблюдается, стационарное лечение не проходил. Прием лекарственных препаратов на постоянной основе отрицает. Периодически употребляет алкогольные напитки. Оперативные вмешательства в анамнезе отсутствуют.

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних двух недель после эпизода переохлаждения и ангины. Антибактериальную терапию не получал, лечился симптоматически, за медицинской помощью не обращался. В связи с сохранением жалоб, а также уменьшением количества выделяемой мочи за сутки обратился за помощью.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается отечность мягких тканей лица и пастозность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. SpO₂ - 98% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС - 90 в минуту. АД - 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания - отрицательный с 2-х сторон.

Общий анализ крови: Нв - 102 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $280 \times 10^9/л$, лейкоциты - $7,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарного сдвига нет, СОЭ - 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет мясных помоев, прозрачность неполная, рН 6,1, относительная плотность - 1025 г/л, белок - 2,1 г/л, билирубин - 0, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроцитов - 8 в п/зр, цилиндры гиалиновые - 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 86 г/л, альбумин - 43 г/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, мочевина - 10,2 ммоль/л, креатинин - 211,0 мкмоль/л, АЛТ - 35 Ед/л, АСТ - 38 Ед/л, общий холестерин - 5,1 ммоль/л, натрий - 135,2 ммоль/л, калий - 6,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 8

Пациентка Н. 24 лет поступила в приемное отделение городского скорпомощного стационара в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, потливость, боли в животе, поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию, повышение T тела до 38,0 С.

С раннего возраста у пациентки отмечались изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, оксалурия). Однако по этому поводу не обследовалась. 2 года назад впервые появились жалобы на боли в животе, поясничной области, дизурические явления в виде болезненного мочеиспускания. Неоднократно проходила курсы лечения антибактериальными препаратами в связи с инфекцией мочевыводящих путей. Оперативных вмешательств в анамнезе нет. Стационарное лечение не проходила. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, принимала фосфомицин, парацетамол - без эффекта. За медицинской помощью не обращалась. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб сегодня вызвала бригаду СМП. Была доставлена в приемное отделение стационара.

При осмотре в приемном отделении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. T тела - 37,8 С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. SpO₂ - 97% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС - 96 в минуту. АД - 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в средних и нижних отделах. Печень при пальпации +2 см из-под края реберной дуги. Почки при пальпации увеличены. Симптом поколачивания - положительный справа,

слабоположительный слева.

Общий анализ крови: Hb - 131 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $310 \times 10^9/л$, лейкоциты - $12,3 \times 10^9/л$ преимущественно за счет гранулоцитов, СОЭ - 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность неполная, pH 6,0, относительная плотность - 1018 г/л, белок - 0,25 г/л, билирубин - 0, лейкоциты - 40-50 в п/зр, эпителий - 10-12 в п/зр, эритроциты - 10-12 в п/зр, цилиндры - 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумин - 45 г/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 110 мкмоль/л, АЛС - 43 Ед/л, АСТ - 48 Ед/л, общий холестерин - 4,1 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, калий - 4,9 ммоль/л.

Экскреторная урография:

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 9

Больная В., 50 лет, обратилась с жалобами на тупые тянущие боли в поясничной области, не зависящие от положения тела, учащенное, болезненное мочеиспускание, общую слабость, быструю утомляемость, головную боль, повышение температуры тела до 37,5С. Из анамнеза известно, что с 20 лет больная страдает частыми обострениями хронического цистита, лечилась самостоятельно. Дважды проходила стационарное лечение в гинекологическом отделении по поводу воспалительного заболевания органов малого таза. В течение последних 10 лет беспокоят тупые тянущие боли в поясничной области, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием, повышением температуры до субфебрильных цифр. Урологическому обследованию не подвергалась, при болях принимала дротаверин и травяной сбор. Пять лет назад была диагностирована артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает, эпизодически принимает каптоприл для купирования гипертонических кризов.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,4С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, без высыпаний. Конъюнктивы век и склеры нормальной окраски. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца не расширены. При аускультации тоны сердца ритмичны, отмечается акцент II тона во II м/р справа, ЧСС - 94 в минуту, мягкий систолический шум на верхушке, АД - 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Дизурия. Стул в норме. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель 0,98; тромбоциты $210 \times 10^9/л$; лейкоциты $11,7 \times 10^9/л$; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 67%; лимфоциты 20%; эозинофилы 1%; моноциты 3%; СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; АСТ 26 ед/л; АЛТ 28 ед/л; КФК общ. 101 ед/л; билирубин общ. 15,8 мкмоль/л; ЩФ 160 ед/л; холестерин 5,6 ммоль/л; калий 4,3 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза 4,8 ммоль/л; С реактивный белок 25 мг/л.

Общий анализ мочи: мутная, реакция щелочная, удельный вес 1010, белок 0,033 г/л, эритроциты 5-6 в поле зрения, лейкоциты 25 - 30 в поле зрения, цилиндры отсутствуют, эпителий ед. в поле зрения, бактерий много.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000; лейкоциты - 8000; цилиндры - нет.

УЗИ брюшной полости и почек: свободной жидкости в брюшной полости нет, печень, селезенка без особенностей. Почки с неровным, деформированным контуром, несколько уменьшены в размерах, паренхима истончена, чашечно - лоханочная система расширена.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Обоснуйте тактику лечения больной.

Ситуационная задача 10

Больной Н., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, сухость во рту, уменьшение количества выделяемой за сутки мочи, на выраженные отеки в области лица, голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет была впервые выявлена выраженная протеинурия, сопровождающаяся массивными генерализованными отеками, в связи с чем больной проходил обследование и лечение в нефрологическом отделении, после проведения глюкокортикостероидной терапии выписан в удовлетворительном состоянии, до настоящего времени симптомы заболевания более не рецидивировали. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, с «перламутровым» оттенком. Лицо одутловатое с отеками век, вздутыми надбровными дугами. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей в области голени и стоп. Отеки рыхлые, подвижные, сохраняют след от нажатия. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 84 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин 102 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,94; тромбоциты $240 \times 10^9/л$; лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 21%; моноциты 5%; СОЭ 42 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л; альбумин 21 г/л; гамма-глобулины 5 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; Калий 4,2 ммоль/л; Натрий 140 ммоль/л; АСТ 24 ед/л; АЛТ 21 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 15 мкмоль/л; глюкоза 4,6 ммоль/л; холестерин 7,8 ммоль/л; фибриноген 8 г/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1030, реакция щелочная, белок 3,2 г/л, эритроциты 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 20 в поле зрения, бактерий нет.

Биопсия почки (электронная микроскопия): отмечается диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация, другие ультраструктурные патологические изменения в клубочках отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите ведущий синдром. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больному?
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 11

Больная С., 65 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, утомляемость, потливость, заложенность носа, першение в гортани и кашель с вязкой мокротой желтого цвета, одышку.

Из анамнеза известно, что заболела остро, около 10 дней назад, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, «саднение» за грудиной, сухой, приступообразный кашель, провоцируемый разговором и холодным воздухом, першение в гортани, небольшой насморк. В течение последних трех дней кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой желтого цвета, появилась одышка. В семье перед этим болел ребенок, посещающий детский сад. Лечилась самостоятельно без эффекта.

В анамнезе в течение последних 3 лет - артериальная гипертензия с максимальным значением АД 170/100 мм рт.ст. Постоянно принимает рамиприл 5 мг и амлодипин 5 мг. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 135/80 мм рт.ст.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за пределы Москвы и Московской области не выезжала. Не работает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Температура тела на момент осмотра 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев гиперемирован. Небные миндалины рыхлые, гиперемированные, без налета. При сравнительной перкуссии легких выявляется небольшое притупление легочного звука в нижних отделах справа. В легких аускультативно выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах справа ослабленное, рассеянные сухие хрипы, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV 96 фл (81-103), RDW 12,4% (11,6-14,8), MCH 29,6 пг (26,0-34,0), MCHC 34,8 г/дл (32,0-36,0), тромбоциты $225 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,41 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные 5%, нейтрофилы сегментоядерные 64%, лимфоциты 25%, моноциты 4%, базофилы 0%, эозинофилы 2%, нейтрофилы $4,70 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,37 \times 10^9/л$, моноциты $0,26 \times 10^9/л$, эозинофилы $0,09 \times 10^9/л$, Базофилы $0,04 \times 10^9/л$, СОЭ 24 мм/ч

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1016, белок отрицательно, глюкоза отрицательно, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Анализ мокроты: цвет светло-желтый, характер-слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты 25-45 в п/зр., эпителий 3-5 п/зр., альвеолярные макрофаги 1-2 п/зр., эритроциты не обнаружены, эозинофилы не обнаружены, атипичные клетки отсутствуют, кристаллы Шарко-Лейдена не обнаружены, спиральи Кушмана не обнаружены, флора смешанная.

Микробиологическое исследование мокроты: рост микрофлоры не обнаружен.

ИФА: IgM- *Chlamydomphila pneumoniae*- отрицательно, IgG *Chlamydomphila pneumoniae* отрицательно, IgM *Mycoplasma pneumoniae* -положительно, IgG- *Mycoplasma pneumoniae* отрицательно.

ЭКГ:

Рентгенография органов грудной клетки:

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Определите тактику ведения пациентки.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 12

Пациент А., 35 лет, поступил в приемное отделение стационара самотеком в сопровождении родственников, в связи с жалобами на общую слабость, сухой кашель, приступы удушья, чувство заложенности в грудной клетке.

Из анамнеза известно, что пациент с детства имеет пищевую аллергию на цитрусовые, аллергию на пыль. Нередко страдал ОРВИ с эпизодами удушья, в связи с чем периодически принимал по рекомендации знакомых супрастин, эуфиллин в таблетках с положительным эффектом. Стационарное лечение не проходил, у врачей в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. Курение отрицает. Около 5 лет назад перенес двустороннюю полисегментарную пневмонию, после чего эпизоды удушья стали появляться чаще. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, когда на фоне очередного эпизода ОРВИ стал отмечать повторные приступы удушья, сухого кашля. Температура тела все дни болезни была субфебрильная. Опираясь на информацию в сети Интернет, самостоятельно стал принимать сальбутамол при приступах удушья с временным положительным эффектом. Однако в связи с учащением приступов удушья и увеличением их продолжительности и быстро ухудшающимся самочувствием, обратился в приемное отделение стационара.

Объективно: состояние тяжелое. Пациент вялый, говорит с трудом, не может закончить фразы. Сидит с опорой руками на край кровати. Цвет кожных покровов обычный, акроцианоз пальцев верхних конечностей и губ. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, на всей поверхности легких выслушиваются сухие жужжащие хрипы. ЧДД - 32-34 в минуту. SpO₂ - 86% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС - 56 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания - отрицательный с 2-х сторон.

Данные обследований: общий анализ крови: Hb - 150 г/л, эритроциты - 4,8x10¹²/л, тромбоциты - 300x10⁹/л, лейкоциты - 11,0x10⁹/л, базофилы - 1%, эозинофилы - 8%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 57%, лимфоциты - 22%, моноциты - 7%, СОЭ - 30 мм/ч.

ЭКГ: синусовая брадикардия, P-ritonale, отклонение ЭОС вправо.

Рентгенография ОГК: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы;
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз;
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования;
4. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 13

Пациентка М., 63 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение последних нескольких лет, когда отметила появление кашля с отделением слизистой мокроты в утренние часы, затем появилась одышка при умеренной физической активности. К врачам не обращалась, не обследовалась. Самостоятельно принимала ацетилцистеин, с незначительным положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура тела до субфебрильных цифр, увеличилась продукция мокроты, усилились одышка и кашель.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка курит с 23 лет по 15 сигарет в сутки. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы сухие, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура тела 37,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт.ст., Ps - 94 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 28 в мин, SpO₂ 89% на воздухе. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты - 4.5x10¹²/л, гемоглобин - 155 г/л,

тромбоциты - 320×10^9 /л, лейкоциты - $11,3 \times 10^9$ /л, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

Данные инструментальных исследований: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: диффузное усиление легочного рисунка, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено; ЭКГ: ритм правильный, синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 92 в минуту; Спирография: ОФВ1 55%, Индекс Тиффно 65%, проба с сальбутамолом - прирост ОФВ1 на 5%.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной? Проведите дифференциальный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и с какой целью?
4. Сформулируйте клинический диагноз;
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Ситуационная задача 14

Больной Д, 61 год госпитализирован в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные жгучие боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, на протяжении 40 лет курит по 15-20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает, страдает лишним весом. В течение двух месяцев эпизодически отмечает возникновение одышки, боли жгучего характера в эпигастральной области без связи с приемом пищи, эпизодически головные боли. К врачам не обращался, по настоянию жены принимал омега-3 без положительного эффекта. Со слов год назад при измерении АД в аптеке электронным тонометром зарегистрирован уровень 178/92 мм рт ст. Так как ранее не чувствовал признаков повышения АД, показатели тонометра расценил как ошибку тонометра, далее также АД не контролировал. Настоящее ухудшение сегодня на работе, когда боль усилилась, появилась резкая слабость. Вызвал СМП, на ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, депрессия ST в I aVL. Экспресс-тест на миоглобин положительный. Пациент доставлен в отделение кардиореанимации с предварительным диагнозом «ОКСпСТ». При обследовании данных за хирургическую патологию не получено, отмечается повышение уровня тропонина I 24 нг/мл. Пациенту установлен диагноз ИБС: Острый инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск ССО4. Табакокурение. Ожирение II ст. Проведено ЧКВ в объеме коронароангиографии со стентированием ПКА (по данным КАГ отмечается стеноз дистальной/3 70%, остальные артерии без гемодинамически значимых стенозов). Назначена двойная антиагрегантная терапия, лизиноприл, бисопролол, аторвастатин. Состояние с положительной динамикой. На 3-и сутки пациент пожаловался врачу на слабость, озноб, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при малейшем движении в пределах койки. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, температура тела 38,2 С. В легких выслушивается везикулярное дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. ЧДД 20 в мин. Сатурация 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 93 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: Анализ крови: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,5 \times 10^9$ /л, СОЭ - 50 мм/час, тромбоциты - 373×10^9 /л, лейкоцитарная формула - п/я - 21%, с/я - 59%, э-0%, б-1%, мон-2%, лим-17%.

РГ ОГК:

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Какие дополнительные обследования нужно провести?
3. Сформулируйте дифференциально-диагностический ряд.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 15

Больной П, 63 года обратился к врачу с жалобами на усиление одышки, выделение большого количества гноющей мокроты после утреннего пробуждения. Из анамнеза известно, что пациент имеет длительный стаж табакокурения (выкуривает по 1 пачке сигарет в день), в течение 15 лет страдает хронической обструктивной болезнью легких, применяет ингаляции с фенотеролом и тиотропия бромидом 2 раза в день. На фоне терапии обострения 3 раза в год (последнее обострение 3 месяца назад, по поводу которого пациент проходил стационарное лечение). В течение 1 месяца отметил изменение характера и количества выделяемой мокроты - появилась гноющая мокрота в большом количестве, усиление одышки при выполнении привычной работы, эпизоды гипертермии до 37,9 С.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 23 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное, везикулярное, влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы, также выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД - 138/84 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферических отеков нет. Кончики пальцев в форме барабанных палочек.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 158 г/л. Эритроциты - $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,3 \times 10^9$ /л СОЭ-58

мм/ч.

Биохимический анализ крови: Креатинин 89 ммоль/л, мочевина 8 ммоль/л, АСТ 21 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л.

КТ органов грудной клетки:

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз.
3. Какие методы нужно провести для подтверждения диагноза?
4. Определите тактику ведения.

Ситуационная задача 16

Пациент К., 38 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку в покое, отеки нижних конечностей, сердцебиение, общую слабость. Из анамнеза известно, что ранее заболеваниями сердечно-сосудистой системы не страдал, артериальное давление не повышалось. 2 месяца назад перенес ОРВИ. Настоящее ухудшение в течение двух недель, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. Перкуторно границы сердца - левая по передне-подмышечной линии, верхняя - III ребро, правая - на 1 см снаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, выслушивается систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка. ЧСС=102 уд/мин. АД=108/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^9$ /л, лейкоциты $6,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 370×10^9 /л.

ЭКГ - фибрилляция предсердий с ЧСЖ=99 уд/мин.

Эхокардиография: расширение всех полостей сердца. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. ФВ ЛЖ 29%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика ведения больного

Ситуационная задача 17

Больной Н., 37 лет, заболел остро за 2 недели до поступления. Отмечал повышение температуры до 37,5-38,0 С, чувство тяжести в груди, нарастающую одышку при физической нагрузке, а затем и в покое, облегчавшуюся в вертикальном положении. Через несколько дней возникли отеки ног, перед поступлением присоединилась отечность лица.

При осмотре: больной сидит, наклонив туловище вперед, прижав подбородок к груди. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Отмечаются одутловатость лица, набухание шейных вен. ЧД 22 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца резко ослаблены, шумов нет. ЧСС 110 в минуту, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется закругленный край печени, выступающий из-под края реберной дуги на 4-5 см. Селезенка не пальпируется. Умеренные отеки голеней и стоп.

Клинический анализ крови: гемоглобин 139 г/л; лейкоциты 10×10^9 /л; эозинофилы 2%; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 70%; лимфоциты 19%; моноциты 5%; СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, в синусах левой плевральной полости имеется небольшое количество жидкости. Тень сердца значительно расширена в поперечнике.

ЭКГ:

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Ситуационная задача 18

К врачу-терапевту поликлиники обратилась пациентка В., 48 лет, с жалобами на отеки лица, конечностей, недомогание, повышенную утомляемость, сонливость, повышенное выпадение волос, одышку при подъеме по лестнице. Отмечает немотивированную прибавку массы тела на 10 кг. Вышеуказанные жалобы около 1 года. В анамнезе ОРВИ, желчнокаменная болезнь, периодическое «ситуационное» повышение АД до 150 и 100 мм.рт.ст. Никаких лекарств регулярно не принимает. Курит 5-6 сигарет в день, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц, около 250 мл сухого вина.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 161 см. Вес - 79.6 кг. Несколько заторможена, речь замедлена, голос хриплый, сухость кожи, одутловатость лица, отечность периорбитальной области, нижней трети голеней, лодыжек. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены,

ритмичные. ЧСС и пульс 50 уд/мин. АД - 158/106 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край плотный, закруглен, б/б при пальпации. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологическое отправление: стул - запоры.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: холестерин 7.2 ммоль/л, ЛПНП - 4.1 ммоль/л, ЛПВП - 0,8 ммоль/л, триглицериды - 4.27 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 6,5%.

ТТГ - 14.2 МЕ/л., fT4 < 0.4 нг/мл

ЭКГ - синусовая брадикардия (ЧСС 52 в мин), вольтаж снижен, зубец Т в грудных отведениях сглажен. ЭХО-КГ - размеры сердца в пределах нормы, сократительная способность миокарда не нарушена. ТЗСЛЖ 1,2 см, ТМЖП 1,3 см. В трансмитральном потоке E<A. В полости перикарда определяется небольшое количество жидкости (80 мл).

По данным ультразвукового исследования щитовидной железы отмечается уменьшение ее размеров, неоднородная структура с множественными «узловыми» образованиями, не демонстрирующими паренхиматозный кровоток при цветовом доплеровском картировании, отмечается размытость структуры железы и подкапсульный фиброз. Тонкоигольная пункционная биопсия «узловых» образований выявила картину очаговой лимфоидной инфильтрации.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте тактику дообследования.
4. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
5. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 19

Пациентка Л., 83 года, вызвала врача-терапевта на дом. Жалобы: нарастающая слабость, одышка, эпизоды падения в квартире без потери сознания, боли в коленных и тазобедренных суставах (интенсивность по ВАШ - 45).

Анамнез заболевания: Ухудшение в течение 1,5 месяцев - постепенное нарастание слабости, утомляемости, одышки, головокружения. За медицинской помощью не обращалась. Отмечает 3 эпизода падений дома, последний - за два дня до вызова врача. Хотела прийти на прием в поликлинику самостоятельно, но из-за страха падений не решилась выйти из дома и вызвала врача. Хронический болевой синдром в коленных и тазобедренных суставах отмечает в течение 15 лет с частыми обострениями. Установлен диагноз остеоартрита, регулярно использует НПВП, бесконтрольно. Базисную терапию медленно действующими препаратами не использует.

Анамнез жизни: 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД 160/100 мм рт.ст. Регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает. Страдает ожирением, диету не соблюдает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Рост 156 см, масса тела 88 кг, ИМТ 36,2 кг/м². Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 88 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Коленные суставы деформированы, объем движений снижен, безболезненные при пальпации.

При обследовании: Эритроциты - $4,12 \cdot 10^{12}$ /л, Hb - 103 г/л, MCV - 77,8, MCHC - 23,9, MCHC - 301, Ht - 32,6, Тромбоциты - $326 \cdot 10^9$ /л, WBC - $7,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/ч. Сывороточное железо - 5,3 мкмоль/л, ферритин - 12 нг/мл. СРБ - 3, 2 мг/л.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания и синдромы, которые есть у пациентки
2. Какой тип анемии можно диагностировать у пациентки?
3. Какая наиболее вероятная причина анемии?
4. Тактика лечения анемии.

Ситуационная задача 20

Пациентка М, 77 лет, обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы: на одышку при ходьбе на расстояние до 300 метров и подъеме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, головокружение, шаткость при ходьбе, изжогу, боли и тяжесть в эпигастральной области, общую слабость

Анамнез: в течение 18 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. Адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. 6 лет назад перенесла инфаркта миокарда, по поводу которого выполнено стентирование правой коронарной артерии. 3 года назад диагностирована фибрилляция предсердий. Антикоагулянтную терапию никогда не получала. В течение 14 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, обострения 1 раз в год, ЖКК не было. ОНМК, сахарный диабет отрицает.

Регулярно принимает лозартан 100 мг в день, бисопролол 5 мг в день, торасемид 5 мг в день, аторвастатин 20 мг 1 раз в день.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Небольшая отёчность голеней и стоп. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца неритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, пульс 68 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧЖС 80 в мин. ЭОС влево. ГЛЖ. Рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Оцените риск тромботических и геморрагических осложнений по шкалам CHA2DS2- VASc и HAS-BLED
2. Какую группу лекарственных препаратов необходимо обязательно назначить пациентке?
3. Какие лабораторные показатели необходимо контролировать у пациентки, получающей антикоагулянты?

Ситуационная задача 21

Вызов врача в палату терапевтического отделения к пациенту П., 74 лет.

Жалобы: внезапно возникшая слабость, головокружение, боли в левой эпигастральной области с иррадиацией в спину, под левую лопатку.

Анамнез: Вышеописанные жалобы появились около 4 часов утра, пациент проснулся от них, при попытке встать с кровати - упал, на шум пришла дежурная медицинская сестра, которая вызвала дежурного врача.

Длительно страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 200/100 мм рт ст. Г оспитализирован в терапевтическое отделение в связи с очередным гипертоническим кризом. На фоне получаемой терапии (лозартан 100 мг/сутки, гидрохлортиазид 25 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки) АД стабилизировалось на уровне 160/80 мм рт ст. Год назад был госпитализирован в стационар по поводу инфаркта миокарда без подъема сегмента ST. От проведения коронароангиографии пациент категорически отказался. Принимает аторвастатин 80 мг, аспирин 75 мг. Злоупотребление алкоголем в анамнезе отрицает, курит по 10-12 сигарет в день много лет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Вес 75 кг, рост 185 см. В легких дыхание жесткое, с влажными хрипами преимущественно в нижних отделах легких. ЧДД - 20 в 1 минуту, SpO2 92% на воздухе. Ритм сердца правильный, тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 76 в 1 минуту. АД - 180/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания симметрично, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, учащенное.

Вопросы:

1. Тактика ведения пациента дежурным врачом-терапевтом?
2. Какое заключение можно сделать по данным выполненной ЭКГ?
3. Какой метод лечения данного пациента является наиболее эффективным?

Ситуационная задача 22

Мужчина 65 лет, обратился на консультацию с результатами рентгеновской остеоденситометрии. Беспокоит ноющая боль в межлопаточной области при длительной статической нагрузке, а также приступы удушья, возникающие практически ежедневно.

Из анамнеза известно, что пациент с 35 лет страдает атопической бронхиальной астмой тяжелого течения, длительное время получает терапию тиотропия бромидом 2,5 мкг ингаляционно, ипратропия бромид\фенотерол 20/50 мкг), глюкокортикоидами (ингаляционно беклазон 1000 мкг в сутки и перорально метипред 8 мг). Обострение астмы возникает летом, во время цветения злаковых трав, в настоящее время ночные приступы 2-3 раза в неделю, дневные приступы повторяются ежедневно. Также страдает риносинуситом, аллергическим конъюнктивитом. 2 года назад у пациента появилась резкая боль в спине при падении с высоты собственного роста на улице во время гололеда. Диагностирован компрессионный перелом ThXI-ThXII позвонков. 10-летний абсолютный риск основных переломов 32%. Обратился на консультацию к терапевту в связи с выполненной рентгеновской остеоденситометрией.

Сопутствующие заболевания: в течение 10 лет пациент страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением артериального давления до 180/110 мм рт.ст. Год назад перенес инфаркт миокарда, стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Принимает амлодипин 5 мг вечером, периндоприл 8 мг+индапамид 1,25 мг, тромбоАСС 100 мг в сутки.

При осмотре: лунообразное лицо, единичные стрии на коже живота. Отеков нет. Стероидная васкулопатия. ИМТ 23,12 кг/м². В легких дыхание жесткое, при форсированном выдохе сухие хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Стул - запоры.

Результаты лабораторного обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты 3,7 x 10¹²/л, Лейкоциты 5,6 x 10⁹/л, тромбоциты 466 x 10⁹/л, СОЭ 22 мм/ч (норма до 15 мм/ч).

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 11,2 мг/л (референсные значения до 5 мг/л), АЛТ 22 Ед/л, АСТ 21 Ед/л, креатинин 84 мкмоль/л, кальций общий 1,9 (референсные значения 1,9-2,6 мкмоль/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 23

Пациентка М., 38 лет, обратилась с жалобами на боль (ВАШ=70 мм) в суставах кистей, утреннюю скованность в суставах кистей в течение 40 минут.

Анамнез: в 31 год - артрит левого коленного сустава, проходила лечение у травматолога, выполнялась пункция с последующим введением дипроспана в полость сустава с положительным эффектом, который продолжался в течение 6-9 месяцев, после чего процедуру приходилось повторять. В 34 года присоединился артрит правого лучезапястного сустава, суставов кистей, консультирована ревматологом, заподозрен серонегативный спондилоартрит, рекомендован прием метотрексата, который пациентка не принимала в связи с опасением возможных побочных эффектов. Активность суставного синдрома постепенно уменьшилась на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В 36 лет отмечала появление болевого синдрома в левой ягодице - было трудно ходить с опорой на левую ногу, особенно после периода покоя или сна. Настоящее ухудшение в течение 4 месяцев, когда развился артрит суставов кистей. Прием НПВП несколько уменьшает болевой синдром, но полностью не купирует. Потребность в приеме НПВП ежедневная. Пациентка оценивает текущее обострение (активность) заболевания на 65 мм по ВАШ.

Отрицает наличие проблем со стулом - диареи, наличия крови или слизи в кале. Наличие увеита в анамнезе отрицает. Семейный анамнез по псориазу отягощен - у отца псориаз.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый. При внимательном осмотре отмечается наличие эритемы на волосистой части головы с шелушением. Ногтевые пластины не изменены. Суставной статус: деформация, ограничение движений и боль при пальпации правого лучезапястного сустава, проксимального межфалангового сустава III пальца левой кисти (см. рисунок). Поперечное сжатие обеих стоп болезненно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 62 в мин. АД 110/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Желчный пузырь безболезненный, не пальпируется. Периферических отеков нет.

В анализе крови: Гемоглобин 116 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, Тромбоциты $420 \times 10^9/л$, СОЭ 22 мм/ч (норма до 15 мм/ч).

Общий анализ мочи без патологии.

Выявлено носительство HLA-B27 антигена.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 15,2 мг/л (норма до 5 мг/л), АЛТ 33 Ед/л, АСТ 34 Ед/л, Креатинин 86 мкмоль/л,

Иммунологический анализ крови: Ревматоидный фактор 4 МЕ/мл (норма до 14 МЕ/мл), АЦЦП - отрицательный. Антинуклеарный фактор 1:80.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Что повлияет на выбор стартовой терапии у данного пациента?

Ситуационная задача 24

Пациентка, 32 года, обратилась на амбулаторный прием с жалобами на слабость, боль в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах обеих кистей, боль в обоих лучезапястных, в левом локтевом и обоих коленных суставах, утреннюю скованность в них в течение полутора часов.

Из анамнеза известно, что около года назад после перенесенной аденовирусной инфекции впервые отметила боль и припухлость в пястно-фаланговых суставах обеих кистей, утреннюю скованность в них в течение часа. За медицинской помощью не обращалась, принимала эторикоксиб в дозе 90 мг в сутки в течение 3 недель с положительным эффектом в виде полного нивелирования припухлости и значимого уменьшения интенсивности болевого синдрома в суставах. Сохранялась утренняя скованность в вышеуказанных суставах в течение 30 минут.

Около 1,5 месяцев назад перенесла новую коронавирусную инфекцию, после чего отметила постепенное прогрессирование заболевания в виде усиления интенсивности болевого синдрома, увеличения продолжительности утренней скованности, появления припухлости в мелких суставах кистей, обоих лучезапястных и коленных суставах, затруднения при выполнении профессиональной деятельности (работает бухгалтером).

Сопутствующие заболевания: 10 лет назад установлен диагноз аутоиммунный тиреоидит, по поводу чего

постоянно принимает левотироксин натрия в дозе 100 мкг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. Рост 165 см. Вес 58 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистый. Периферических отеков нет. Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧД 16 в минуту, SpO₂=98%. Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧСС 72 в минуту. АД 110/75 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы в области сердца не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не пальпируется, перкуторно - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Отмечается боль при пальпации и деформация за счет экссудативных изменений II и III слева и II-V справа проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, II-V пястно-фаланговых суставов с обеих сторон, обоих лучезапястных и коленных суставов, ограничение активных и пассивных движений в них. Боль при пальпации левого локтевого сустава. Кисти сжимает в кулак на 70%, мышечная сила в них умеренно снижена. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Симптом поперечного сжатия стоп отрицательный. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме, безболезненные.

Число припухших суставов - 18

Число болезненных суставов - 19

Оценка общего состояния по ВАШ - 52 мм.

Клинический анализ крови: эритроциты 4,2x10¹²/л, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты 8,8 x 10⁹/л, тромбоциты 246 x 10⁹/л. СОЭ 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ 26 Ед/л, АСТ 32 Ед/л, ГГТП 18 Ед/л, щелочная фосфатаза 85 Ед/л, общий билирубин 8,2 мкмоль/л, общий белок 78 г/л, креатинин 63 мкмоль/л, мочевина 5,2 ммоль/л, ревматоидный фактор 235 МЕ/мл (норма: 0-30 МЕ/мл), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 276 МЕ/мл (норма 0-17 МЕ/мл).

Вопросы:

1. Прокомментируйте результаты рентгенографии кистей.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Какие методы дообследования необходимо выполнить?
4. Определите тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 25

Пациентка, 48 лет, обратилась на прием к врачу ревматологу с жалобами на боль и припухлость пястно-фаланговых суставов обеих кистей, боль в левом лучезапястном суставе (боль по ВАШ 80 мм), утреннюю скованность в них более 2 часов, боль в паховой области справа и слева постоянного характера, в ночные часы.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад после психоэмоционального перенапряжения отметила появление боли и припухлости в мелких суставах кистей (конкретные суставы назвать затрудняется), по поводу чего, по назначению врача-хирурга, принимала диклофенак с некоторым положительным эффектом в виде уменьшения боли и припухлости в суставах. Боль в суставах сохранялась, в связи с чем врачом-терапевтом было назначено дообследование и метилпреднизолон 8 мг в сутки перорально. На фоне проводимой терапии пациентка отметила значимое улучшение состояния в виде полного нивелирования суставного синдрома, в связи с чем назначенное дообследование решила не выполнять. В течение 6 месяцев больная отмечает появление боли в области тазобедренных суставов, больше справа, в ночные часы, при длительной ходьбе, в положении стоя, принимает различные НПВП. Однако эффект НПВП был не полный, боль постепенно усиливалась, обращалась к травматологу, назначено МРТ тазобедренных суставов.

4 месяца назад врачом-терапевтом постепенно начата постепенная отмена метилпреднизолона, однако больная отметила возобновление боли и припухлости в мелких суставах кистей, появление утренней скованности. Выдано направление к врачу ревматологу.

Профессиональная деятельность и самообслуживание не нарушены.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°C. Рост 160 см. Вес 84 кг. Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски, на коже передней стенки брюшной полости отмечаются множественные багровые стрии. Периферических отеков нет. Жировые отложения преимущественно на шее, груди и животе. В области локтевых суставов отмечаются округлые плотные образования размером до 1 см, безболезненные при пальпации, не спаянные с кожей. Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены. ЧД 15 в минуту, SpO₂=99%. Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧСС 80 в минуту. АД 130/85 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы в области сердца не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень не пальпируется, перкуторно по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Осмотр костно-мышечной системы: отмечается деформация за счет экссудативных изменений и боль при

пальпации II-V проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, минимальные экссудативные изменения обоих лучезапястных суставов, ограничение активных и пассивных движений в них. Боль при пальпации левого лучезапястного и обоих коленных суставов. Ограничения активных и пассивных движений коленных суставов. Кисти сжимает в кулак на 90%, мышечная сила в них незначительно снижена. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Симптом поперечного сжатия стоп отрицательный. Выраженное ограничение внутренней ротации обоих тазобедренных суставов из-за болевого синдрома. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме, безболезненные.

Число припухших суставов - 6.

Число болезненных суставов - 9.

Оценка общего состояния по ВАШ 28 мм.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты $7,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $302 \times 10^9/л$, СОЭ 48 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ 16 Ед/л, АСТ 10 Ед/л, ГГТП 21 Ед/л, щелочная фосфатаза 59 Ед/л, общий билирубин 4,6 мкмоль/л, общий белок 68 г/л, креатинин 82,3 мкмоль/л, мочевина 6,1 ммоль/л, ревматоидный фактор 12 МЕ/мл (норма: 0-30 МЕ/мл), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 32 МЕ/мл (норма 0-17 МЕ/мл).

Рентгенография кистей:

Выраженное сужение суставных щелей пястно-фаланговых суставов с обеих сторон. Околосуставной остеопороз. Множественные кисты и единичные эрозии околосуставных поверхностей пястных костей и проксимальных фаланг с обеих сторон.

МРТ тазобедренных суставов: МР-сигнал от костного мозга неоднородный. В головках обеих бедренных костей определяются линейные зоны неоднородного изогипоинтенсивного по T1 и T2 сигнала, с четкими неровными контурами, по периферии которых визуализируются незначительные зоны отека костного мозга. Вероятно, имеются фрагменты размерами $3,5 \times 1,5$ см в головке правой бедренной кости, $3,8 \times 1,6$ см в левой, отделенных от эпифизов периферическими линиями гипоинтенсивного сигнала. В полости суставов небольшое количество выпота. Сигнал хрящевого компонента суставов неоднородно снижен, гиалиновый хрящ неравномерно истончен. Окружающие мягкие ткани без видимой патологии. Заключение: МР-картина структурных изменений, соответствующих аваскулярному некрозу II стадии справа и слева

А - COR FSE T2, Б - Cor PD FS, В - AX FSE T2, Г - Sag FSE T2

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дообследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 26

Пациентка К., 64 лет

Жалобы: на боль и ограничение движения в коленных суставах из-за боли (боль по ВАШ 8 баллов), больше слева, утреннюю скованность в обоих коленных суставах до 30 минут.

Анамнез: в молодости травма левого коленного сустава, с иммобилизацией, синовитом и эвакуацией геморрагической синовиальной жидкости. В дальнейшем длительное время ограничения движений и болевого синдрома в коленных суставах не было. Около 10 лет назад стала отмечать некоторое ограничение движений в коленных суставах, которые обычно были связаны с продолжительными физическими нагрузками, после отдыха боли проходили самостоятельно. В течение последних 5 лет отмечает сезонные ухудшения в виде усиления болевого синдрома в коленных суставах, требующих приема НПВП в течение 2 недель (нимесулид 100 мг 2 раза в день). Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после длительной физической нагрузки (посещение экскурсии) появилась и стала усиливаться боль в коленных суставах, больше слева, левый коленный сустав увеличился в объеме.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь с повышением АД до 170/100 мм рт.ст, повышение уровня холестерина до 8 ммоль/л, фибрилляция предсердий, постоянная форма, нарушение толерантности к глюкозе. Постоянно получает леркамен 10 мг, индапамид 2,5 мг, ксарелто 20 мг 1 раз в день, аторвастатин 20 мг в день.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 176 см, вес 90 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 78 в мин. Пульс 72 в мин. АД 140/80 мм рт.ст. Периферических отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации.

Суставной статус: дефильтрация коленных суставов за счет пролиферативных изменений, левого также за счет экссудативного компонента. Активные и пассивные движения в коленных суставах умеренно болезненны, больше слева. Пальпация «гусиной лапки» слева болезненна. Другие суставы не изменены, пальпация их безболезненна, движения в полном объеме.

Лабораторное обследование: отмечается небольшое увеличение СОЭ (20 мм/час) и СРБ (6,0 мг/дл), АЛТ до 70 Ед/л, АСТ до 44 ЕД/л, общего холестерина до 6,7 ммоль/л, гликированного гемоглобина до 6,7%. Остальные показатели в пределах референсных значений.

МРТ левого коленного сустава: признаки дегенеративных изменений заднего рога и тела медиального мениска левого коленного сустава, дегенеративные изменения суставных поверхностей. Начальные дегенеративные изменения латерального мениска без смещения фрагментов менисков. Проявления артроза левого коленного сустава 2 ст., артроза патело- феморального сустава 3 ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести пациентке и для чего?
4. Прокомментируйте изменения на рентгенограмме коленного сустава
5. Назначьте лечение, обоснуйте свой выбор и длительность терапии у данного пациента.

Ситуационная задача 27

Больная Д., 33 года, поступила в клинику с жалобами на кашель, слабость, повышение температуры тела до 38,5°C, похудание, боль в мелких суставах кистей рук.

Из анамнеза заболевания известно, что у пациентки 3 месяца назад были роды с рождением здорового доношенного ребенка. Через 1 месяц после родов появился кашель, боль в грудной клетке, повышение температуры тела до 38°C. Была госпитализирована с диагнозом «Правосторонняя нижнедолевая пневмония», назначена антибиотикотерапия. Через 8 дней выписана с улучшением состояния. При этом сохранялся субфебрилитет, слабость, одышка при физической нагрузке, к вышеперечисленным симптомам присоединилась умеренная боль в суставах кистей.

За 3 недели до настоящей госпитализации отметила усиление кашля, повышение температуры тела до 38,0°C. Выполнена рентгенография ОГК, выявленные изменения были расценены как пневмония, в амбулаторных условиях начато лечение цефепиксимом 400 мг в сутки, отхаркивающими средствами. На этом фоне появились кожные высыпания на лице и туловище. Госпитализирована с направительным диагнозом: «Пневмония в нижней доле справа, аллергическая реакция».

Данные осмотра

Состояние средней тяжести, температура тела 38,7°C. Больная пониженного питания. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи (рисунок). Губы сухие, эрозии на красной кайме губ. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжимании кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 28 в минуту, в легких определяется притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра справа, дыхание в этой зоне резко ослаблено, ниже VII ребра не проводится. ЧСС 105 в минуту, ритм правильный, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не пальпируются. Поколачивание в поясничной области с обеих сторон безболезненное. Неврологической симптоматики не выявлено.

Результаты лабораторных анализов

Общий анализ мочи: относительная плотность 1022, белок 3,5 г/л, глюкоза не выявлена, лейкоциты 2-4, эритроциты 8-10, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин 14 мкмоль/л; АСТ 20 ЕД/л; АЛТ 35 ЕД /л; креатинин 95 мкмоль/л; мочевины 24 ммоль/л; общий белок 71 г/л; белковые фракции: альбумин 52%; альфа1-4,1%, альфа2-12,9%, бета-12,3%, у-глобулины 28,7%.

СРБ 18 г/л, ревматоидный фактор 12 ЕД/л (N<20,0).

Результаты инструментальных методов исследования

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой плевральной полости определяется свободная жидкость до V ребра. Слева небольшое количество жидкости в плевральном синусе. Тень сердца умеренно расширена, больше влево, пульсация ритмичная, малой амплитуды. ЭхоКГ: на передней створке митрального клапана имеются округлые наложения (вегетации?) размерами до 3-4 мм, умеренной эхоплотности, с четкими контурами, створки несколько уплотнены, движение их в диастолу разнонаправленное. При доплерографии выявлена митральная регургитация I-II ст. Другие клапаны сердца без особенностей. Полости сердца не расширены. Показатели сократимости в пределах нормы. В передних и задних отделах полости перикарда определяется умеренное количество свободной жидкости без признаков тампонады сердца (рисунок).

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данной клинической ситуации?
2. Какие иммунологические лабораторные методы позволят верифицировать диагноз?
3. Какие жизненно важные органы вовлечены в процесс, какие методы дообследования необходимы?
4. Имеются ли показания для биопсии почки у данной пациентки?
5. Какие препараты необходимо использовать в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 28

Больная М., 45 лет.

Из анамнеза заболевания известно, что диагноз «системная красная волчанка» установлена 8 лет назад. СКВ манифестировала полисерозитом, артритом, дерматитом (центробежная эритема Бiettа), вовлечением почек с

нефротическим синдромом. Выполнена биопсия почки, на основании которой 8 лет назад был диагностирован V класс люпус-нефрита. Выполнена пульс- терапия глюкокортикоидами, от приема цитостатических препаратов больная отказалась в связи с непереносимостью. Длительно принимала метипред 4 мг, затем 12 мг в сутки, за 4 мес. до госпитализации принимала ^ таб. метипреда, нерегулярно принимала плаквенил 200 мг в сутки. 9 мес. назад перенесла компрессионный перелом 12 грудного позвонка. Дважды был диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей, назначался варфарин 2 таб. (5 мг) (МНО 3 мес. назад 1,4). 6 мес. назад у больной возникло головокружение, онемение правой руки на фоне высоких цифр артериального давления. Обратилась к ревматологу в связи с появлением слабости, нестабильными цифрами артериального давления, появлением одышки при незначительной физической нагрузке, появлением отеков нижних конечностей, жажду.

При осмотре: вес 85 кг, рост 164 см. Кожный покров бледный, синдром Иценко-Кушинга (абдоминальное ожирение, лунообразное лицо, стрии на передней брюшной стенке). Мягкие отеки голеней, стоп, отечность лица. На слизистых полости рта афтозные язвы. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, экстрасистолия. ЧСС 100 в мин. Артериальное давление 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез — объем выпитой жидкости 1000 мл, объем выделенной жидкости 400 мл.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 92 г/л, лейкоциты 2,8 тыс. в мкл, тромбоциты 100 тыс. в мкл., СОЭ 40 мм/час. МНО 1,25, АЧТВ 35 с.

В биохимическом анализе крови: альбумин 28 г/л, креатинин 148 мкмоль/л (норма лаборатории для женщин до 98 мкмоль/л), мочевины 28 мкмоль/л, калий 5,8 ммоль/л.

В общем анализе мочи: белок 3,2 г/л, эритроциты 50 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, зернистые цилиндры единичные в поле зрения.

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациентки.
2. Какую причину рецидивирующего тромбоза вен нижних конечностей можно предположить у пациентки?
3. Какова причина компрессионного перелома 12 грудного позвонка и какие препараты необходимо использовать для лечения данного состояния?
4. Сформулируйте диагноз.
5. План лечения больной.

Ситуационная задача 29

Пациентка П., 32 лет. Обратилась с жалобами на: боль в правом коленном, левом коленном суставах, боль в стопах преимущественно утром или после длительного отдыха, а также боль в нижней части спины, преимущественно в утренние часы, уменьшающуюся после зарядки.

Из анамнеза известно, что в декабре 2021г. пациентка лечилась у гинеколога и уролога в связи с мочеполовой инфекцией (в связи с режущими болями при мочеиспускании), инфекционный агент не был уточнен.

Спустя 2 месяца, в середине февраля, пациентка находилась в течение 7 дней на стационарном лечении в урологическом отделении в связи с острым пиелонефритом, проводилась антибактериальная терапия цефтриаксоном 2 г 1 раз в сут. - 7 дней, затем левофлоксацином 250 мг 1 раз в сут. - 7 дней.

Симптомы пиелонефрита были купированы, жалоб со стороны мочеполовой системы не было, бактериологическое исследование мочи не выявило роста микроорганизмов.

15 марта больная отметила ноющую боль в правом коленном суставе. Через 2 дня - повышение температуры тела до 37,1-38,6°C, выраженная боль в правом коленном суставе, с покраснением, припухлостью. Обратилась в приемное отделение городской больницы, выполнена эвакуация синовиальной жидкости (10 мл). Бактериологическое исследование синовиальной жидкости - роста нет. Боль в правом коленном суставе продолжала беспокоить, принимала Целекоксиб 200 мг 2 раза в день 10 дней - с положительным эффектом в виде купирования лихорадки и уменьшения болей в суставе.

Однако через 2 недели (29 марта) - вновь появилась лихорадка до 38,5С, выраженная боль в правом коленном суставе, вновь произведена эвакуация синовиальной жидкости (40 мл), введен Дипроспан. Боль уменьшилась, однако умеренные боли сохраняются, беспокоят преимущественно в ночные часы, также присоединилась боль в левом коленном суставе и поясничном отделе позвоночника. С 12 апреля - боль в стопах при ходьбе. С 29 марта по настоящее время принимает Эторикоксиб - 90 мг 1 раз в сут., диклофенак-гель местно.

При осмотре: состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Периферических отеков нет. Экссудативные изменения в коленных суставах, больше в правом, ограничение при сгибании из-за боли (рисунок). В остальных суставах экссудативных изменений нет. Пальпация коленных суставов болезненна. Активные и пассивные движения в коленных суставах ограничены. Боль при пальпации в центральной и медиальной частях подошвенной поверхности пяточной области правой и левой стопы. Симптом Кушелевского положительный с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 68 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Стул 3 раза в день, неоформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4×10^{12} /л, гематокрит 45%, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 59%, лимфоциты 30%, моноциты 9%, эозинофилы 1%, СОЭ 26 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л, альбумин 52,1 г/л, КФК 24 ед/л, ЛДГ 101 ед/л, билирубин общий 6,4 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АЛТ 32 ед/л, ЩФ 41 ед/л, креатинин 69 мкмоль/л, мочевины 5,8 ммоль/л, мочевая кислота 281 мкмоль/л, холестерин 4,6 ммоль/л, СРБ 47 г/л, ферритин - 250 мкг/мл (норма - 10-150 нг/мл), сывороточное железо - 3,83 мкмоль/л (норма - 5,83 - 34,5 мкмоль/л). АНФ менее 1:160, РФ 5 МЕ/мл. HLA B27 положительный.

Рентгенография таза: ассиметричный сакроилиит, справа - 1 стадии, слева - 3 стадии (рисунок).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте обследование
3. Какие инфекции могут быть причиной данного заболевания? Через какое время после инфекции может быть дебют заболевания?
4. Что входит в классическую триаду данного заболевания?
5. Назначьте лечение основного заболевания

Ситуационная задача 30

Больной Р., 46 лет, обратился с жалобами на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы, припухлость правого локтевого сустава. Заболел остро 2 дня назад после психо-эмоционального стресса. Отмечалось повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подьёмы артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. Вредные привычки отрицает.

При осмотре состояние удовлетворительное, конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 171 см. Вес 90 кг. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в минуту. АД 150/105 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт избыточного развития подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Левая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет.

Псориаз у себя и родственников отрицает. Вредные привычки отрицает.

Осмотр костно-суставного аппарата: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы за счёт экссудативных явлений, резкая болезненность при пальпации данного сустава, гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объём движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Экссудативные изменения в области синовиальной бursы правого локтевого сустава, болезненность при пальпации, активных движениях. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна. Подкожные и внутрикожные узелки не выявляются.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, эозинофилы 3%, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 6,9 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, мочевая кислота 540 мкмоль/л, общий белок 68 г/л, АЛТ 84 ЕД/л, АСТ 67 ЕД/л, ЩФ 299 ЕД/л.

СРБ 36 мг/л. РФ 5 МЕ/мл.

Общий анализ мочи без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо в данной ситуации и какие результаты ожидаете получить?
3. На основании каких диагностических критериев был поставлен диагноз?
4. Назовите наиболее вероятные, по вашему мнению, факторы, провоцирующие развитие острого артрита?
5. Назовите коморбидные заболевания/состояния.
6. Какова тактика дальнейшего ведения больного?
7. Каков целевой уровень мочевины при лечении данного пациента?

Ситуационная задача 31

Больной, 66 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на периодически возникающее головокружение, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. боль и припухлость мелких суставов кистей, голеностопных суставов, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке (ходьба по палате).

Анамнез. Считает себя больным в течение последних 20 лет, когда стал отмечать повышение артериального давления до 190/110 мм рт. ст. Тогда же периодически отмечал боль в коленных, голеностопных суставах, купирующиеся приемом диклофенака. Последние 15 лет принимает гипотензивные препараты, в том числе мочегонные средства (гипотиазид, эпизодически - фуросемид). В последние 4-5 лет беспокоит боль в мелких суставах кистей, коленных и голеностопных суставах: эпизодически наблюдается кратковременная

припухлость суставов и покраснение кожи над ними, образование узловых образований под кожей кистей, стоп, локтевых суставов. Самостоятельно принимал НПВП (в основном, мелоксикам), не обследовался. 10 лет назад обращался к урологу в связи с почечной коликой.

При осмотре состояние средней степени тяжести, повышенного питания. Рост 164 см. Вес 82 кг. Кожа бледная, сухая. Множественные подкожные узелки на ушных раковинах, узлы в области локтевых суставов, плюсне-фаланговых суставов, на кистях. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в мин. АД 185/110 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в объеме (за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки), при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено до 10-15 раз в сутки, никтурия 3-4 раза за ночь). Пастозность нижней трети голени и стоп.

Осмотр костно-суставного аппарата: деформация проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей за счет экссудативных и пролиферативных явлений, подкожных образований, болезненность при пальпации данных суставов, гиперемия кожи над ними и повышение местной температуры. Припухлость и болезненность голеностопных суставов.

Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 11%, моноциты 3%, эозинофилы 3%, тромбоциты 235×10^9 /л, СОЭ 39 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 9,2 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, креатинин 214 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л, мочевая кислота 490 мкмоль/л, общий белок 60 г/л, АЛТ 32 Ед/л, АСТ 37 Ед/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1007, белок 0,4 г/л, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 2-4 в поле зрения, цилиндры отсутствуют.

Рентгенография кистей: сужение суставных щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей. Эрозии 2,3 проксимального межфалангового сустава правой кисти, 2,4 проксимального межфалангового сустава левой кисти, кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области проксимальных фаланг кистей, пястных костей.

Рентгенография органов грудной клетки: признаки застоя по малому кругу кровообращения, инфильтративных и очаговых изменений в легочной ткани нет.

Эхокардиография: Восходящая аорта 37 мм. ЛП 44x49 мм. ПП 42x47 мм. КДР ЛЖ 74 мм. КСР 44 мм. КДО 169 мл. КСО ЛЖ 89 мл. Створки аортального клапана кальцинированы. Скорость потока на уровне аортального клапана 2,4 м/с, раскрытие аортального клапана 10 мм. Максимальный трансортальный градиент давления 30 мм рт.ст. Створки митрального клапана кальцинированы в основании створок. МЖП 1,3 см. ЗСЛЖ 1,4 см. Масса миокарда левого желудочка 162 г. Индекс массы миокарда левого желудочка 106 г/кг². ПЖ 22 мм. Е/А 1,24. Трикуспидальная регургитация 1 ст. СДЛА 38 мм рт.ст. Нижняя полая вена спадается на вдохе более 50%. Зон локального гипокинеза нет. Сепарация листков перикарда 3 мм.

Заключение: дилатация полости левого предсердия и левого желудочка. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Сократимость миокарда снижена. Кальциноз створок митрального и аортального клапанов. Умеренный аортальный стеноз. Митральная регургитация 2 степени. В полости перикарда небольшое количество жидкости. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо больному и какие результаты вы ожидаете получить?
3. Каковы механизмы формирования артрита в данном случае?
4. Чем обусловлено поражение почек у данного больного?
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного?

Ситуационная задача 32

Больная А., 19 лет, студентка, предъявляет жалобы на боль в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, мигрирующего характера, общую слабость, повышенную утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство «замирания» в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. В дальнейшем не наблюдалась. Приступив год назад к учёбе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъём в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда ноющие тупые боли в прекардиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фолликулярную ангину, лечилась клацидом. Несмотря на исчезновения боли в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и деформация левого коленного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации лёгких - ослабление дыхания и небольшое количество

незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих лёгких, ЧД 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Ритм сердечных сокращений неправильный, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС 78-84 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

Общий анализ крови: гемоглобин 123 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,3 \times 10^9$ /л, базофилы 0%, эозинофилы 2%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 13%, моноциты 6%. СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи - без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое дообследование необходимо выполнить?
3. Тактика ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 33

Больная Т. 80 лет. При поступлении жаловалась на дискомфорт в груди, приступы головокружения при физической нагрузке, однократный обморок, головную боль.

Анамнез. Около 20 лет отмечает повышение АД до 240/130 мм рт. ст. Головокружение беспокоило в течение 10 лет, возникало как при физической нагрузке (подъеме по лестнице выше 2 этажа), так и после эмоциональных переживаний, которые заканчивались падениями. Иногда во время головокружений появлялись перебои в работе сердца. Ухудшение состояния связывала со стрессовой ситуацией, на фоне которой во время ходьбы возник обморок, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи и пациентка доставлена в стационар. Случаев внезапной смерти и ИБС у близких родственников не было. На улицу выходит редко. Дважды перенесла переломы лучевой кости в типичном месте. Постоянно принимала эналаприл, индапамид.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Кожный покров бледный. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в одну минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, единичные экстрасистолы (до 2 в одну минуту). В точке Боткина определяется систолический шум, проводящийся на верхушку сердца и на сосуды шеи, умеренной интенсивности, продолжающийся в течение всей систолы. Левая граница относительной тупости сердца определяется по передне-подмышечной линии. Пульс слабого наполнения с медленным нарастанием пульсовой волны. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 80 в 1 мин. Печень у края реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $5,5 \times 10^9$, палочкоядерный 9%, сегментоядерные 50%, базофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 10%, СОЭ 12 мм/час.

В биохимическом анализе крови: общий белок 71 г/л, мочевины 5,1 ммоль/л, креатинин 79 мкмоль/л, общий холестерин 5,32 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП 1,07 ммоль/л, ЛПНП 2,82 ммоль/л, индекс атерогенности 3,9, билирубин общий 16,2 мкмоль/л (прямой 2 мкмоль/л), АСТ 20 Ед/л, АЛТ 22 Ед/л, КФК 222 Ед/л, ЛДГ 330 Ед/л, щелочная фосфатаза 234

Ед/л, СРБ 10 мг/л, калий 4,9 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 0,78 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной полости: легочные поля повышенной прозрачности с явлениями диффузного пневмосклероза. Легочный рисунок усилен, очаговых и инфильтративных теней не обнаружено. Корни уплотнены, тяжистые. Купол диафрагмы четкий, сердце увеличено влево за счет дуги левого желудочка. Тень аорты уплотнена.

ЭКГ (рисунок)

ЭХО-КГ: неомогенное утолщение и уплотнение створок аортального клапана, кальцинаты в створках и в кольце аортального клапана, систолическое раскрытие 10 мм. Аорта расширена, диаметр на уровне кольца - 3,3 см, восходящий отдел - 5,0 см. Стенки аорты уплотнены, не утолщены. Максимальная скорость потока - 3,1 м/с, максимальный трансортальный градиент давления - 45 мм рт.ст. Аортальная регургитация 1 степени, с центральным направлением потока. Створки митрального клапана не изменены. Допплерометрия трансмитрального потока - пик Е 0,4 м/с, пик А 0,6 м/с, максимальный транс-митральный градиент давления - 1,44 мм рт. ст. Трикуспидальный клапан не изменен, признаков легочной гипертензии не выявлено. Выявлена дилатация полости левого желудочка с симметричной гипертрофией стенки, умеренное снижение глобальной сократимости ЛЖ. Незначительное уплотнение перикарда, жидкости нет. Количественные показатели: КДР ЛЖ 9,0 см, КСР ЛЖ 6,0 см, КДО ЛЖ 180 мл, КСО ЛЖ 90 мл, правый желудочек 2,6 см, левое предсердие 3,1 см, МЖП 1,4 см, ТЗЛЖ 1,5 см. Фракция выброса левого желудочка 50%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Прокомментируйте 2ДЭхоКГ, ЭКГ
3. Какие дополнительные исследования необходимы пациентке?
4. Тактика лечения

Ситуационная задача 34

Больной 40 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 38,9°C, одышку при

минимальной нагрузке, в положении лежа на низком изголовье, кашель с выделением светлой мокроты.

Анамнез. Месяц назад хирургом поликлиники выполнено удаление вросшего ногтя 1 пальца правой стопы, после чего развилось гнойное воспаление послеоперационной раны, длительно (около 4 недель) сохранялась сначала субфебрильная, затем фебрильная лихорадка с ознобами, неделю назад самостоятельно начал принимать амоксициллин без существенного эффекта. Вызвал бригаду СМП в связи с появлением в последние 2-3 дня слабости и ночного кашля (с небольшим количеством светлой жидкой мокроты) и одышки. Состояние облегчалось в положении сидя. Ночь накануне вызова СМП спал полусидя.

В анамнезе пролапс митрального клапана без регургитации.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ, акроцианоз. Мелкоточечная сыпь на коже нижней трети голени, не исчезает при надавливании. Температура тела 38°C. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы, ЧДД 24 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, на верхушке выслушивается пансистолический шум, проводящийся в подмышечную область, ритм сердца правильный, ЧСС 100 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Пальпируется нижний полюс селезенки.

В анализах крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты 2,2 x 10¹²/л, лейкоциты 1,8 x 10⁹/л, нейтрофилы 0,9 x 10⁹/л, тромбоциты 80 x 10⁹/л. СОЭ 64мм/час.

В анализе мочи: белок 1,0 г/л, эритроциты покрывают поле зрения, измененные.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, и обоснуйте его, исходя из приведенных данных.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Определите тактику лечения.
4. Существуют ли показания к хирургическому лечению (и симптоматика, осложняющая этот выбор лечения).

Ситуационная задача 35

По скорой медицинской помощи в стационар была госпитализирована пациентка С., 43 лет, с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, слабость.

Анамнез: в раннем школьном возрасте у пациентки С. болели суставы, «выслушивались шумы в сердце» была диагностирована острая ревматическая лихорадка (ОРЛ). Проводилось лечение ОРЛ и дальнейшее профилактическое назначение антибиотиков в течение следующего года, но из-за переезда с родителями в другой город, в дальнейшем врачами не наблюдалась. Росла и развивалась наравне со сверстниками. В течение последних нескольких месяцев появилась и постепенно выросла одышка: вначале пациентка отмечала одышку при повышенных физических нагрузках, затем при обычных, последнее время при минимальных и в покое. Последние 2 ночи спала полусидя из-за увеличения выраженности одышки лежа.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Синюшность губ. Пульсация в эпигастральной области, усиливающаяся на высоте вдоха. Пастозность стоп, голени. Частота дыхательных движений - 24 в мин. При аускультации в легких в нижних отделах с двух сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 126 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается усиленный, хлопающий I тон, II тон расщеплен, после него выслушивается щелчок и следующий за ним шум убывающего характера с пресистолическим усилением. В третьей точке аускультации сердца выслушивается акцент II тона.

На ЭКГ при поступлении:

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Показана ли пациентке антикоагулянтная терапия? Что повлияет на выбор антикоагулянтной терапии у данной пациентки?

Ситуационная задача 36

Пациент М., 51 лет, обратился с жалобами на одышку при физической нагрузке, снижение переносимости физических нагрузок.

Анамнез. До последнего времени считал себя здоровым человеком. Рос и развивался наравне со сверстниками. Женат, имеет четверых детей. Ранее не обследовался, не лечился. Наблюдается у окулиста в связи с выраженной близорукостью. В течение последних 3-4-х месяцев появилась и выросла одышка. Обратился к врачу, так как отмечает, что стал медленно ходить пешком, что особенно стало заметно при ходьбе в обычном темпе. Температура тела не повышалась.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см. Вес 80 кг. Нормостенического телосложения. Кожный покров обычного цвета и влажности. Периферических отеков нет. При перкуссии отмечается увеличение границ сердца влево на 1 см и вверх на 1 см. В покое частота дыхательных движений составляет 18 в мин. Верхушечный толчок смещен влево. При аускультации в легких хрипы не выслушиваются. Ритм

сердечных сокращений правильный, ЧСС 80 уд/мин. При аускультации сердца на верхушке выслушивается ослабление звучности I тона сердца, II тон обычной звучности и после него выслушивается III тон сердца. Также на верхушке сразу после I тона выслушивается голосистолический шум, наиболее звучно слышимый на выдохе в положении на левом боку, шум проводится в левую подмышечную область. Артериальное давление 120/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

На ЭКГ ритм синусовый, зубец Р в отведениях I, II, aVL, V5, V6 двугорбый и его продолжительность 0.15 мс. При ЭхоКГ исследовании отмечается расширение левых камер сердца: левого предсердия и левого желудочка. Наблюдается избыточная подвижность створок митрального клапана со смещением свободного края створок митрального клапана выше плоскости митрального кольца, смещается в большей степени задняя створка. Створки митрального клапана рыхлые, утолщены (миксоматозная дегенерация). В режиме цветного доплеровского сканирования визуализируется струя регургитации крови из полости левого желудочка в левое предсердие, регургитирующий поток четкий однонаправленный и занимает 45-50% площади левого предсердия (рисунок).

Рис. Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана. Парастернальная позиция по длинной оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие причины могли послужить развитию данного заболевания?
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Какие типы хирургического лечения возможны?

Ситуационная задача 37

Пациент С. 28 лет обратился к врачу с жалобами на боль в нижней части спины, грудном отделе позвоночника, возникающие преимущественно в покое, а также во второй половине ночи с усилением болевых ощущений после пробуждения и утренней скованностью продолжительностью свыше 1 часа. Боль в спине уменьшается после физической нагрузки.

Из анамнеза известно, что впервые боли в нижней части спины появились 8 лет назад. Обследовался у невролога, на протяжении нескольких лет наблюдается в клинике с диагнозом «Остеохондроз позвоночника». Периодически принимал НПВП, миорелаксанты, витамины группы В с положительным эффектом. В последний год боль в спине усилилась, беспокоит скованность в спине, стало трудно выполнять профессиональные обязанности (работает машинистом), работу по дому. 2 года назад лечился у окулиста в связи с увеитом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. Отмечается сглаженность поясничного лордоза и напряжение мышц спины. Патологический грудной кифоз. Ограничение бокового сгибания в поясничном отделе позвоночника. Модифицированный тест Шобера - 4 см. Ограничение отведения в правом тазобедренном суставе из-за боли. Расстояние между медиальными лодыжками 90 см. Тесты Кушелевского (I, II) положительные. Ограничение экскурсии грудной клетки (экскурсия 2 см). Ограничение ротации тазобедренных суставов. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, выслушивается диастолический шум во II и V точках аускультации. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 68 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л; эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$; гематокрит 45%; лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$; палочкоядерные 1%; сегментоядерные 60%; лимфоциты 29%; моноциты 8%; эозинофилы 2%; СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л; альбумин 52,1 г/л; КФК 24 ЕД/л; ЛДГ 101 ЕД/л; билирубин общий 6,4 мкмоль/л; АЛТ 17 ЕД/л; АЛТ 32 ЕД/л; ЩФ 41 ЕД/л; креатинин 69 мкмоль/л; мочевина 5,8 ммоль/л; мочевая кислота 281 мкмоль/л; холестерин 4,6 ммоль/л; СРБ 16,8 г/л.

При рентгенографии поясничного и грудного отделов позвоночника в прямой и боковой проекциях: вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные снаружи от фиброзного кольца межпозвоночного диска на уровне грудных позвонков, боковых углах тел позвонков L4 и L5.

При рентгенографии костей таза в прямой проекции - множественные эрозии суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений, участки субхондрального остеосклероза. Уплотнение головки правого бедренной кости, субхондральный склероз головки бедра и вертлужной впадины, сужение суставных щелей тазобедренных суставов.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие еще обследования необходимо провести?
3. Какие индексы активности заболевания и функциональных нарушений необходимо применить для постановки окончательного диагноза?
4. Какова лечебная тактика?
5. Назовите признаки активного сакроилиита и метод диагностики?

Ситуационная задача 38

Больной З., 26 лет, жалуется слабость, вялость, немотивированные подъемы температуры тела до 38 °С, сопровождающееся потливостью в ночное время.

Вышеуказанные жалобы около 1 месяца, слабость и потливость около 2 лет. До этого считал себя «практически здоровым». Курит 15-20 сигарет в день с 14-летнего возраста, с 12 лет употребляет алкоголь до 1000 мл пива 3-4 раза в неделю. В последнее время алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю - 500-1000 мл слабоалкогольных коктейлей. В подростковом возрасте несколько раз «курил траву», затем употреблял алкоголь вместе с димедролом, с 18 до 20 лет употреблял героин и после лечения у нарколога прекратил его употребление, которое категорически отрицает в настоящее время.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 185 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски, следов инъекций на коже нет. Снижение кожной чувствительности по типу «перчаток» и «носков». Пальпируются подмышечные лимфатические узлы справа (5-6 узлов), плотные, не спаянные с кожей, безболезненные, увеличенные до 4-5 см, паховые лимфатические узлы с обеих сторон, плотные, до 3 см, безболезненные. ЧДД - 18/мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 76 уд/мин, АД - 120 и 75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Печень у края реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Пальпируется нижний полюс селезенки. Стул светло-коричневый, оформленный.

В клиническом анализе крови: без патологии.

В общем анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 1,0 г/л, единичные гиалиновые цилиндры, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроциты - 0-1 в п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, альбумин - 36 г/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, креатинин - 76 мкмоль/л, АСТ - 85 ЕД/л, АЛТ - 135 ЕД/л, ЩФ - 280 ЕД/л, ГГТП - 180 ЕД/л, холестерин - 3,2 ммоль/л. Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) - 4,5 ммоль/л.

В сыворотке крови: ANA - 1:80, SMA - 1:40, LKM1 - 1:160. HBsAg отр., анти-HCV - пол., HCV-RNA - 260000 копий/мл, анти-ВИЧ - отр.

УЗИ брюшной полости: печень с четкими ровными контурами, печень выступает на 2 см из-под правого края реберной дуги, эхогенность повышенная, диффузно неоднородная. Воротная вена - 15 мм, общий желчный проток - 4 мм. Желчный пузырь с четкими ровными контурами, размерами 75x25 мм, стенка - 2 мм. Поджелудочная железа: размеры в норме, четкие неровные контуры, повышенной эхогенности, диффузно неоднородной структуры. Селезенка - 168x85 см, селезеночная вена 10 мм.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром и симптомы заболевания.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его.
3. Сформулируйте клинический диагноз с учетом наиболее вероятного в данном случае заболевания, обоснуйте его.
4. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Тактика ведения.

Ситуационная задача 39

Больная З., 52 лет, повар, госпитализирована в экстренном порядке в связи с гипертоническим кризом (АД - 200 и 120 мм рт. ст.)

Со слов пациентки, болеет гипертонической болезнью с 45 лет, с повышением АД максимально до 190 и 100 мм рт. ст., принимает постоянно лозартан 50/12,5 мг, уровень АД составляет 130-140 и 80-90 мм рт. ст. Не курит, алкоголь употребляет «по праздникам», около 50-100 мл крепкого алкоголя. Систематической диеты не соблюдает.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад обратилась к дерматологу в связи с зудом кожи ладоней, конечностей, живота. Был заподозрен контактный дерматит, получала антигистаминные препараты, мази, пыталась соблюдать диету с ограничением гистаминолибераторов. Зуд стал меньше, но около 2 месяцев назад отметила появление неустойчивого стула - привычные запоры сменились жидким, более светлым и полуоформленным стулом, плохо смываемым с унитаза. Врач поликлиники назначил пациентке фосфоглив, креон, посоветовал соблюдать диету с ограничением животных жиров. Пациентка рекомендации по диете соблюдала 2 недели, затем вновь вернулась к привычному питанию, при этом диарея возобновилась. Также в последнее время стала отмечать сухость глаз, сухость во рту, потребность запивать водой пищу. О данных жалобах врачу не сообщала.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, рост - 160 см, масса тела - 90 кг. Кожные покровы обычной окраски, склеры и слизистые оболочки слегка желтушные. Температура тела - 36,2 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, систолический короткий шум над аортой и в точке Боткина. ЧСС - 90 уд/мин. АД - 160 и 95 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, урчит при пальпации, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4 см, край закруглен, при пальпации плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не

увеличена. Стул неоформленный, светло-желтого цвета, без патологических примесей. Суставы коленные: умеренная крепитация, болезненность при движениях, движения не ограничены. Боль умеренная при пальпации паравертебрально в поясничном и шейном отделах позвоночника.

Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - уд/мин, горизонтальное направление ЭОС, V5>V6, высокий R в этих отведениях, косонисходящая депрессия ST до 1,5 мм и отрицательный T в I, aVL, V5-V6.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $310 \times 10^9/л$, п/я-3%, с/я-70%, л-18%, м-9%, СОЭ 30 мм/час.

В общем анализе мочи без патологии.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) - 5,8 ммоль/л.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 32 г/л, калий - 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, хлориды - 105 ммоль/л, общий билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л, АСТ - 65 ЕД/л, АЛТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 1020 ЕД/л, ГГТП - 150 ЕД/л, СРБ - 15 г/л, холестерин - 8,2 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, МНО 1,6.

Анализ кала: нейтральный жир +++, мыла ++, умеренное количество непереваренных мышечных волокон, реакция на скрытую кровь отрицательная.

УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости не обнаружено, умеренный метеоризм, печень с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, эхоструктура однородная, желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток диаметром 5 мм, стенки не утолщены, воротная вена - 15 мм, селезенка - 130x65 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа с четкими неровными контурами, в размерах не увеличена, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 40

Больная М., 24 года, менеджер, поступила с жалобами на выраженную слабость, аменорею, кровоточивость десен, высыпания на коже туловища и конечностей, повышение температуры до 37,4 °С, боли в суставах кистей рук, локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, боли в мышцах, потемнение мочи.

Курит 10 сигарет в день. В июне месяце отдыхала 2 недели в Турции, употребляла около 2 бокалов красного вина в день. Менструаций нет 3 месяца. Тест на беременность отрицательный. После возвращения из Турции стала беспокоить слабость, снижение аппетита, отметила повышение температуры тела до субфебрильных цифр, затем появились боли в суставах, мышцах. Принимала НПВП, гомеопатию, продолжала работать. Неделю назад отметила потемнение мочи, появление высыпаний геморрагического характера на коже туловища, пожелтели склеры. Была госпитализирована в инфекционную больницу, где проведено обследование, диагноз инфекционного заболевания был отвергнут.

Данные выписного эпикриза.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $2,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $48 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 72%, л - 15%, м - 8%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, pH 7, белок в разовой порции - 1,5 г/л, цилиндры - гиалиновые - 5-8 в п/зр, лейкоциты - 20-30 в п/зр, эритроциты - 8-10 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 85 г/л, альбумин - 28 г/л, общий билирубин - 110 мкмоль/л, неконъюгированный билирубин - 30 мкмоль/л, креатинин - 58 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, АСТ - 250 ЕД/л, АЛТ - 725 ЕД/л, ЩФ - 480 ЕД/л, ГГТП - 166 ЕД/л, СРБ - 120 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 35 с, ПТИ - 65%.

УЗИ органов брюшной полости: небольшое количество свободной жидкости в боковых фланках живота, печень с четкими ровными контурами, выраженная гепатомегалия, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, воротная вена - 11 мм. Желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток - 4 мм в диаметре, селезенка - 145x75 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа без особенностей.

УЗИ почек: патологии не выявлено.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В, С и ВИЧ отрицательные.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, рост - 174 см, масса тела - 65 кг. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки и склеры умеренно желтушны, моча цвета пива, диурез - 1500 мл/сут. «Печеночные ладони», на коже спины пустулезные высыпания, на коже туловища и конечностей плоские геморрагические мелкоочаговые высыпания. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы:

пальпируются умеренно болезненные паховые и подчелюстные, размерами до 2 см. Умеренные тестоватые отеки лодыжек, отеки нижних век. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах (ниже уровня 8 ребра), хрипов, шумов при аускультации нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический низкочастотный шум во всех точках аускультации, максимум на

верхушке сердца. ЧСС - 105 уд/мин. АД - 95 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен густым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 4 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, при пальпации плотный, умеренно болезненный, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Суставы визуально не изменены, умеренно болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 41

Больная М., 16 лет, школьница, поступила с жалобами на выраженную слабость, снижение работоспособности, боли в суставах кистей рук, локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, припухлость суставов кистей.

Не курит, употребление алкоголя отрицает. Около полугода нарушение менструального цикла, прибавка массы тела. Ухудшение состояния около 1 недели, усиление жалоб.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 174 см, масса тела - 85 кг. «Печеночные ладони», на коже спины, лица, груди пустулезные высыпания, лунообразное лицо, ярко-красные полосы растяжения кожи на боковых поверхностях туловища. Температура тела в норме. Пальпируются периферические лимфатические узлы всех групп, до 2 см (шейные). Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева ниже угла лопатки, справа в нижних отделах (ниже уровня 8 ребра), хрипов, шумов при аускультации нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 105 уд/мин. АД - 130 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен негустым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 12x10x7 см. Печень выступает на 2 см из-под правого края реберной дуги, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Суставы: припухлость и гиперемия мелких суставов кистей, умеренно болезненны при пальпации коленные, локтевые, кистевые суставы.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $2,8 \times 10^9/л$, тромбоциты - $112 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 72%, л - 15%, м - 8%, СОЭ 42 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумин - 32 г/л, общий билирубин - 45 мкмоль/л, конъюгированный - 12 мкмоль/л, креатинин - 56 мкмоль/л, мочевина - 6,3 ммоль/л, АСТ - 225 ЕД/л, АЛТ - 350 ЕД/л, ЩФ - 450 ЕД/л, ГГТП - 180 ЕД/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 32 с, ПТИ - 78%.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В и С отрицательные.

Рентгенография легких: затемнение плевральных синусов с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его.
2. Сформулируйте подробный клинический диагноз с учетом наиболее вероятного в данном случае заболевания, обоснуйте его.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациентки на данном этапе.

Ситуационная задача 42

Больной А., 14 лет, школьник, госпитализирован с жалобами на выраженную слабость, снижение работоспособности, субфебрилитет, снижение аппетита, потемнение мочи, пожелтение кожи и склер, сонливость днем, бессонницу ночью.

Операции, переливание крови отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет, наркотики не употребляет. Около 1 года отмечал слабость, снижение аппетита, связывал с интенсивными нагрузками в школе. Около 1 недели потемнение мочи, желтушность кожи около 3 дней.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, рост - 178 см, масса тела - 75 кг. Несколько эйфоричен, критика снижена. «Печеночные ладони», на коже спины, лица, груди пустулезные высыпания. Умеренная желтушность кожи и склер. Температура тела 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы увеличены, до 3 см (шейные и паховые). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 120 уд/мин. АД - 85 и 65 мм рт. ст. Язык влажный, обложен негустым белым налетом по всей поверхности. Живот мягкий, увеличен в объеме, притупление во фланках, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 12x10x8 см. Печень выступает на 4 см из-под правого края реберной дуги, край закруглен, при пальпации плотный, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Стул обычного цвета, оформленный. Моча темная. Умеренный тремор пальцев рук. Тест связи чисел выполняет за 80 с.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты - $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $3,2 \times 10^9/л$, тромбоциты -

112x109/л, п/я-5%, с/я-72%, л-15%, м-8%, СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумин - 25 г/л, гамма-глобулины - 28 г/л, общий билирубин - 85 мкмоль/л, конъюгированный билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 42 мкмоль/л, мочевины - 2,8 ммоль/л, АСТ - 120 ЕД/л, АЛТ - 470 ЕД/л, ЩФ - 280 ЕД/л, ГГТП - 205 ЕД/л, ЛДГ - 500 ЕД/л, церулоплазмин - в норме, железо сыворотки крови - 10,2 мкмоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 47 с, ПТИ - 56%.

Гормоны щитовидной железы: свободный Т4 - 9,2 пмоль/л, ТТГ - 8,5 мМЕ/мл, АТТГ - 250 ЕД/мл, АТТПО - 680 ЕД/мл.

Маркеры инфицирования вирусами гепатитов А, В, С и ВИЧ - отрицательные.

АКЛ не обнаружены, АМА - не обнаружены, LKM1 - 1320.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром заболевания. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте и с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Опишите и обоснуйте тактику обследования, обоснуйте необходимый план обследования, обоснуйте его. Можем ли мы выполнить в данном случае пункционную биопсию печени?
4. Перечислите, ведения пациента на данном этапе.

Ситуационная задача 43

Пациент А 56 лет, обратился к терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба медленным шагом), эпизодически пароксизмальную ночную одышку - просыпается из-за одышки, одышка уменьшается в положении сидя; также в течение последнего месяца появились отеки голеней, сердцебиение, «перебои» в работе сердца.

При сборе анамнеза: хронические заболевания отрицает. Однако при расспросе, удалось выяснить, что в детстве были частые ангины, также, со слов пациента, в детском возрасте эпизодически возникали боли в суставах (коленных, локтевых), которые проходили при приеме НПВС, в дальнейшем боли не рецидивировали. В течение последних трех лет стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при ходьбе. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам - одышка стала возникать при минимальной нагрузке, эпизодически стала возникать ночью в горизонтальном положении. Также около 1 месяца назад появилось сердцебиение, перебои в работе сердца.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ. Отеки голеней. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 130 в мин. Перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трехчленный ритм, «хлопающий» первый тон, диастолический шум. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень: +2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза
3. Опишите ЭКГ
4. Предположите причины резкого ухудшения состояния пациента

5. Оцените риск тромбоэмболических осложнений у пациента, исходя из риска, оцените необходимость назначения антикоагулянтов

6. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Ситуационная задача 44

Пациентка А 43 года, бухгалтер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области.

Со слов пациентки, около недели назад отметила появление покраснения, боли и отека в области правой голени. Связывала данные симптомы с «артритом», к врачам не обращалась, лечилась самостоятельно - применяла мази с НПВС с временным положительным эффектом.

Настоящее ухудшение возникло в конце рабочего дня сегодня, когда, находясь за компьютером, резко возникла сильная одышка, сердцебиение, слабость. В связи с вышеуказанными жалобами вызвана СМП.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя за компьютером, ведет малоподвижный образ жизни, курит, около 1 года применяет комбинированные оральные контрацептивы.

При осмотре:

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается отек и покраснение правой нижней конечности до нижней трети бедра, болезненность при пальпации правой нижней конечности; пульсация на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях сохранена. Суставы без патологии.

Грудная клетка правильной формы.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 24 в минуту, SpO₂ - 90%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps=110 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес - 80 кг. Рост - 163 см. ИМТ - 30.1 кг/м²

Вопросы:

1. Выделите основной синдром
2. Сформулируйте предположительный диагноз. Выделите возможные предрасполагающие факторы
3. Интерпретируйте представленную ЭКГ
4. Составьте план исследований для подтверждения диагноза
5. Назначьте лечение

Ситуационная задача 45

Пациентка А 57 лет, госпитализирована по СМП в городскую больницу в связи с повторными эпизодами синкопальных состояний.

Из анамнеза известно, что в течение около 3-х лет отмечает эпизодическое повышение АД до 160/90 мм.рт.ст., постоянно принимает Гипотиазид. Около 5 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, последний пароксизм около 1 года назад, постоянно принимает Кордарон 200мг/сутки; Эликвис 5мг 2 раза в сутки.

4 месяца назад пережила смерть близкого родственника, в связи с выраженной «апатией» (могла целыми сутками не вставать с постели), тревогой обратилась к психиатру, диагноз: реактивная депрессия. Был назначен Амитриптилин. В настоящее время состояние с выраженной положительной динамикой, однако пациентка продолжает принимать данный препарат.

Около 5 дней назад появился кашель с отделением мокроты, повышение температуры до

37.8 С. Обратилась к терапевту по месту жительства. Было выполнено КТ - легких, диагностирована внебольничная правосторонняя н/долевая пневмония. ПЦР - тест на covid-19 - негативный. Был назначен Кларитромицин 500мг 2 раза сутки.

Настоящее ухудшение за день до госпитализации, когда был эпизод потери сознания. Сегодня вновь эпизод синкопального состояния, в связи с чем была вызвана СМП

При осмотре в приемном отделении: Состояние средней степени тяжести. Температура -

36.8 С. В легких дыхание жесткое, справа в нижних отделах легких единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 17 в минуту, SpO₂ - 97%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps= 67 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес - 67 кг. Рост - 165 см. ИМТ - 24,6 кг/м²

На уровне приемного отделения выполнено КТ- легких - КТ-признаки правосторонней н/долевой пневмонии в стадии разрешения

КТ-головного мозга - патологии не выявлено

Пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение для дообследования. Вечером, находясь в коридоре, потеряла сознания, упала.

Вопросы:

1. Укажите возможные причины синкопальных состояний у данной пациентки.

Ситуационная задача 46

Пациент С. Мужчина 66 лет на плановом медицинском осмотре. В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (2020 год) с ЧКВ и стентированием ПКА, артериальная гипертензия (на фоне лечения АД 125/70), атеросклероз артерий нижних конечностей (реваскуляризация правой подколенной артерии в 2018 году). Регулярно принимает аспирин-кардио 100мг/сут, лозартан 100мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, эзетемиб 10мг/сут, предуктал 80мг 2 раза в день.

В анализе крови - гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 250 тыс/мкл, креатинин 90 мкмоль/л, АЛТ 25 ЕД/л, АСТ 22 ЕД/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий холестерин 3,6 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л.

На ЭхоКГ - ФВЛЖ 60%, небольшая дилатация полостей обоих предсердий, умеренная ГЛЖ, локальная сократимость ЛЖ не нарушена.

Стенокардии, одышки нет, перемежающейся хромоты нет. Курит 2-3 сигареты в день. Ходит пешком около 2-3 км в день.

При осмотре жалоб нет. Кожа розовая, цианоза нет, отеков нет. Хрипов в легких нет. Ритм сердца правильный. АД 110/60, ЧСС 60 в мин, ЧД 16 в мин.

Вопросы:

1. Какой сердечно-сосудистый риск у этого пациента?
2. Все ли факторы риска скомпенсированы? Если нет, то какие?
3. Какие изменения в лечении можно обсудить, и для чего?

Ситуационная задача 47

Пациентка Б, женщина 55 лет. Госпитализирована в приемное отделение стационара с диагнозом «состояние после обморока».

При поступлении жалуется на слабость, одышку, дискомфорт в лево половине грудной клетки. Симптомы появились около 1 недели назад в виде эпизодов сильной слабости и одышки при небольших физических нагрузках, а последние 2 дня - в покое. Сегодня слабость была очень сильная, вплоть до потери сознания.

В анамнезе - артериальная гипертония, ожирение (масса тела 100кг). Около 3 недель назад из-за травмы (перелом костей правой голени) была ограничена в движениях, правая голень был иммобилизована гипсовой лонгетой.

При осмотре: кожа бледная, небольшой цианоз губ, увеличение ярёмных вен, отёков нет, но правая голень в диаметре больше левой. Хрипов в лёгких нет, дыхание равномерно проводится во все отделы. Ритм сердца правильный, шумов нет. АД 110/60 (обычное АД 125-130/80-85), ЧСС 106 в мин., ЧД 20 в мин., SpO2 88%, температура тела 36,2С

На ЭКГ - синусовый ритм, нормальная ЭОС, PQ 0,16 сек, QRS 0,08 сек, QTс 360 мсек, ST на изолинии, отрицательные зубцы Т в V1-V4.

Гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 10,1 тыс/мкл, креатинин 95 мкмоль/л, тропонин I <0,1 нг/мл

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина заболевания данной пациентки?
2. Какие из следующих шкал риска нужно использовать для подтверждения Вашего предположения: CHADS2-VASc, GENEVA, GRACE, HAS-BLED, PRECISE-DAPT, WELLS?
3. Какое диагностическое обследование будет являться «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?
4. Лечение Вы решили начать с инъекции эноксапарина. Какую дозу препарата Вы назначите?

Ситуационная задача 48

В приёмное отделение стационара самостоятельно обратился пациент А. 48 лет с жалобами на «сильную изжогу в пищеводе и желудке» и слабость. Жалобы появились вчера, повторялись несколько раз приступообразно по 30-40 минут, а сегодня «изжога» очень сильная слабость держатся уже 2 часа и не проходит. АД 110/65, ЧСС 48 в мин., ЧД 18 в мин., SpO2 98%

Вопросы:

1. Какое/какие жизнеугрожающие состояния нужно заподозрить у этого пациента в первую очередь?
2. Какое обследование нужно выполнить в первую очередь?

Ситуационная задача 49

В приёмное отделение стационара самостоятельно обратился пациент А. 48 лет с жалобами на «сильную изжогу в пищеводе и желудке» и слабость. Жалобы появились вчера, повторялись несколько раз приступообразно по 30-40 минут, а сегодня «изжога» и очень сильная слабость держатся уже 2 часа и не проходит.

АД 110/65, ЧСС 48 в мин., ЧД 18 в мин., SpO2 98%

В приёмном отделении выполнена ЭКГ: Синусовый ритм с полной АВ-блокадой, QRS 0,10 сек, элевация сегмента ST около 3-3,5 мм в II, III, aVF, депрессия ST до 2 мм в I, aVL, V1-V3, высокий R в V1-V3.

Диагностирован острый коронарный синдром с подъёмами ST.

Вопросы:

1. Какой субстрат скорее всего стал причиной заболевания?
2. Какая коронарная артерия с большей вероятностью вовлечена в патологический процесс?
3. Какое/какие лечебные мероприятия и в какие сроки (при наличии возможности) наиболее показано этому пациенту.

Ситуационная задача 50

Пациентка Л, женщина 72 лет обратилась в врачу с жалобами на сердцебиение, перебои в сердце, сильную слабость, которые длились около 3,5 часов. Симптомы возникли впервые, но к моменту визита к врачу полностью исчезли.

В анамнезе - гипертоническая болезнь, гиперлипидемия, перенесла инфаркт миокарда в 2020 году с коронарным стентированием.

Регулярно принимает аспирин 100мг/сут, лизиноприл 10мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, аторвастатин 40мг/сут, бисопролол 5 мг/сут.

Ежедневная обычная физическая нагрузка даётся без ограничений.

На ЭКГ, зарегистрированной во время жалоб - фибрилляция предсердий с ЧСС 140 в мин, QRS 0,08 сек, ST на изолинии.

При осмотре: жалоб нет. Кожа розовая, тёплая, цианоза нет, отёков нет, хрипов в лёгких нет, ритм сердца правильный. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 66 в мин., ЧД 16 в мин., SpO2 98%.

На ЭКГ - синусовый ритм с PQ 0,16 сек, QT 360 мсек, QRST без изменений в динамике.

Вопросы:

1. Как классифицировать этот тип фибрилляции предсердий?
2. Рассчитайте значение шкалы CHADS2-VASc
3. Как непременно нужно изменить лечение?

Ситуационная задача 51

Пациентка Л., женщина 72 лет обратилась в врачу с жалобами на сердцебиение, перебои в сердце, сильную слабость, которые длились около 3,5 часов. Симптомы возникли впервые, но к моменту визита к врачу полностью исчезли.

В анамнезе - гипертоническая болезнь, гиперлипидемия, перенесла инфаркт миокарда в 2020 году с коронарным стентированием.

Регулярно принимает аспирин 100мг/сут, лизиноприл 10мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, аторвастатин 40мг/сут, бисопролол 5 мг/сут.

Ежедневная обычная физическая нагрузка даётся без ограничений.

На ЭКГ, зарегистрированной во время жалоб - фибрилляция предсердий с ЧСС 140 в мин, QRS 0,08 сек, ST на изолинии.

При осмотре: жалоб нет. Кожа розовая, тёплая, цианоза нет, отёков нет, хрипов в лёгких нет, ритм сердца правильный. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 66 в мин., ЧД 16 в мин., SpO2 98%. Масса тела 70 кг

На ЭКГ - синусовый ритм с PQ 0,16 сек, QT 360 мсек, QRST без изменений в динамике.

Вы решили отменить аспирин и добавить к лечению оральный антикоагулянт.

Вопросы:

1. Какое обследование надо обязательно выполнить до назначения орального антикоагулянта?
2. Какому из оральных антикоагулянтов нужно отдать предпочтение при клиренсе креатинина более 50 мл/мин?
3. Какая доза не витамин-К ассоциированного орального антикоагулянта должна быть назначена пациентке при клиренсе креатинина 40 мл/мин?

Ситуационная задача 52

Больной М., 29 лет, обратился с жалобами на появление мочи цвета «мясных помоев», головные боли, одутловатость лица, которые появились неделю назад. Считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия, однако она так и не была произведена. В 18 лет при обследовании в военкомате никакой патологии со стороны внутренних органов и в анализах крови и мочи не выявлено. Периодически злоупотребляет алкоголем. Две недели назад у больного после переохлаждения возникла ангина. Лечился самостоятельно. Антибиотики не принимал. Плохое самочувствие объяснял усталостью и напряженной работой, в течение недели состояние продолжало ухудшаться, головные боли стали практически постоянными, цвет мочи оставался красно-бурым, суточный диурез сократился до 500-700 мл. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Цвет кожных покровов обычный. Отмечаются одутловатость лица, пастозность голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 88 в 1 мин. АД 170/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

В анализе крови: эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 135 г/л, лейкоциты $6,5 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула без изменений, тромбоциты $260 \cdot 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет бурый, прозрачность неполная, реакция кислая, относительная плотность 1010, белок 1,3 г/л, эпителий 10 в п/зр., лейкоциты 4 в п/зр., эритроциты измененные 50 в п/зр.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,6 ммоль/л, креатинин 122 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, общий белок 92 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л.

Вопросы

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этого больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 53

Больная Э., 30 лет, поступила в клинику с массивными генерализованными отеками, задержкой мочи, слабостью, одышкой, повышением АД, тошнотой, рвотой, нестерпимой головной болью. 1,5 месяца назад во время купания в бассейне поранила ногу, рана плохо заживала. Через неделю на фоне покраснения кожи появилась пузырчатая сыпь, сильный зуд, пузырьки лопались и покрывались корочками. Без лечения симптоматика исчезла в течение 2 недель. За 10 дней до поступления в клинику заметила изменение цвета мочи, постепенное уменьшение объема выделяемой мочи, в последние сутки диурез составил 300 мл. Постепенно нарастали отеки. Сначала они были только на лице, затем распространились на конечности, брюшную стенку. Появилась одышка. АД повысилось до 190/110 мм рт. ст. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные; массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество незвонких влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 102 в 1 мин. АД 200/115 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $5,0 \cdot 10^9/л$, базофилы 1%, эозинофилы 2%,

палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты $290 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий холестерин 4,3 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, протромбиновый индекс 92%, креатинин 270 мкмоль/л, мочевина 30 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: антистрептолизин О 250 ЕД (при норме до 200 ЕД), антистрептогиалуонидаза 700 ЕД (при норме до 300 ЕД).

Общий анализ мочи: количество 50 мл, цвет бурый, относительная плотность 1020, белок 2,9 г/л, лейкоциты 3-5 в п/зр., эритроциты измененные 30-40 в п/зр.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этой больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 54

У 27-летнего больного 6 лет назад, после респираторной вирусной инфекции, появились боли в поясничной области, значительно снизилось количество выделяемой мочи, которая приобрела «бурый» цвет. Повышения АД и отеков в тот период не было. При обследовании в общем анализе мочи были обнаружены эритроциты в большом количестве, микроальбуминурия 250 мг в сутки, при УЗИ почек и предстательной железы патологии не было выявлено. Все симптомы исчезли в течение недели. Пациент был взят под наблюдение нефролога. При плановых анализах обнаруживали персистирующую микрогематурию. В течение последующих лет было несколько сходных по симптоматике эпизодов макрогематурии после респираторных вирусных инфекций. Последние 2 года отмечает периодически повышение АД до 150/90 мм рт. ст., лекарственные препараты не принимал. Ухудшилось самочувствие около 2 недель назад, когда отметил уменьшение количества отделяемой мочи, возобновление макрогематурии, появление отеков нижних конечностей и повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Госпитализирован для обследования и лечения.

Объективные данные: состояние средней тяжести, отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в 1 мин, ЧСС 86 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень безболезненная у края реберной дуги, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл.

Анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $5,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты $280 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л, мочевина 7,6 ммоль/л, общий белок 79 г/л, альбумин 52 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, триглицериды 1,7 ммоль/л. Антител к ВИЧ, гепатиту С, HbsAg не обнаружено. IgG 17,3 г/л (7,0-17,0), IgA 6,2 г/л (0,9-4,5), IgM 1,4 г/л (0,5-3,5)

Исследование мочи: удельный вес 1025, эритроциты покрывают все поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, глюкозы, ацетона в моче нет. Посев мочи: роста микрофлоры нет.

Суточная протеинурия 1,5 г/л.

Больному произведена биопсия почки: диффузная мезангиальная пролиферация с расширением внеклеточного матрикса, микроскопически — пролиферация мезангиальных клеток.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этого больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 55

Больная, 24 года, поступила в клинику с внезапно развившимися (в течение недели) массивными генерализованными отеками, одышкой. Накануне поступления отмечался эпизод ортостатической гипотензии. В последние сутки диурез составил 300 мл. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС 82 в минуту. АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

В анализе крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,0 \cdot 10^9$ /л, базофилы 1%, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты $290 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, альбумины 21 г/л, общий холестерин 7,3 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, креатинин 155 мкмоль/л.

Анализ мочи: в суточной моче 6,6 г/л белка.

Проведена биопсия почки (результаты получены через 5 дней): диффузное слияние малых отростков подоцитов, набухание подоцитов при отсутствии признаков клеточной пролиферации, пролиферации мембраны

и отложения иммуноглобулинов в клубочках.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 56

Больной Д., 32 года, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое.

Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 76 %, палочкоядерные нейтрофилы - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 19 %. СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1017, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 7000 в 1 мл, лейкоциты - 2000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия - 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, альбумин - 32 г/л, мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4,1 ммоль/л.

Бактериологическое исследование мазка из зева: патологической микрофлоры не выявлено.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы определяют у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 57

У больного С., 47 лет, при диспансерном осмотре было выявлено повышение АД до 210/110 мм рт.ст. При более тщательном опросе удалось установить, что больного в течение 5-6 лет беспокоят головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами, на предыдущих осмотрах несколько раз находили белок в моче, направляли к нефрологу, обследование не проходило. Ухудшение состояния последние полгода. Из-за занятости к врачу не обращался. Продолжал работать.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ангина, аппендэктомия 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, у отца язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Отеков нет.

ЧД - 19 в минуту. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет.

Левая граница относительной тупости сердца на 2 см снаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье.

При аускультации сердца: тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой, шумов нет. Ритм сердца правильный.

Пульс - 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД - 200/110 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4 %, сегментоядерные - 56 %, лимфоциты - 33 %, моноциты - 7 %. СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 4,2 г/л, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 6-8 в поле зрения. Суточная протеинурия - 2,2 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи от

1005 до 1017.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 142 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 58

Больной М., 35 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, появление мочи бурого цвета, уменьшение количества мочи, отеки лица, голеней и стоп, почти постоянную головную боль в затылочной области, мушки перед глазами. По данным диспансеризации 2 месяца назад показатели мочевины, креатинина, калия, общего белка, глюкозы в норме, общий анализ крови и мочи без патологии.

Больной перенес ангину и через две недели после перенесенной ангины стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение недели.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ. Больной работает чиновником, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: родители здоровы, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены, отеки голеней и стоп. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 22 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое.

Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм сердца правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 200/120 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 102 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, палочкоядерные нейтрофилы - 2 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 4 %, лимфоциты - 22 %. СОЭ - 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 2,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия - 2,8 г.

Скорость клубочковой фильтрации - 42 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 80 %.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумин - 30 г/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, мочевина - 10,9 ммоль/л, креатинин - 380 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 59

Больной К., 27 лет, самостоятельно обратился в приемный покой больницы. В течение нескольких месяцев стал отмечать повышенную жажду, постепенно нарастающую слабость, похудание. За последний месяц потерял в весе 7 кг. В последние дни появился зуд кожных покровов, апатия, сонливость, потерял аппетит. При объективном исследовании кожные покровы сухие, следы расчесов. Изо рта запах ацетона. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, пародонтит. При тщательном опросе выявлена полиурия. При исследовании внутренних органов существенных отклонений от нормы не выявлено, однако после исследования крови и мочи больной госпитализирован.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие изменения могут быть в анализах крови и мочи?
3. О каком осложнении следует подумать?

Ситуационная задача 60

Врач скорой помощи был вызван к больной, страдающей тяжелой формой сахарного диабета. Несколько дней назад больная была переведена на лечение пролонгированным инсулином. За 10 минут до приезда врача неожиданно для родственников потеряла сознание. При осмотре резко выраженная влажность кожных покровов, редкие судорожные подергивания мышц. Язык влажный. Глазные яблоки плотные. Тоны сердца ритмичные, 54 удара в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Других изменений со стороны внутренних органов не

обнаружено. Удалось выяснить, что в течение последних 8-10 часов больная практически ничего не ела.

Вопросы:

1. О каком осложнении сахарного диабета следует подумать?
2. Выберите тактику лечения больной.

Ситуационная задача 61

Пациент Б., 70 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки до верхней трети голеней. Известно, что более 20 лет страдает артериальной гипертензией, на проводимой антигипертензивной терапии целевой диапазон АД не достигнут.

При проведении эхокардиографии выявлен диффузный гипокинез миокарда левого желудочка с КДО - 160 мл, объем левого предсердия - 80 мл, ФВ - 40 % по Симпсону. Умеренная митральная регургитация центральной струей.

Эхокардиография, В-режим, четырехкамерная апикальная позиция. Цветной доплер. Вопросы:

1. Что называют первичной и вторичной митральной регургитацией?
2. Укажите возможные причины и вид митральной регургитации у данного пациента.
3. Показана ли медикаментозная терапия этому пациенту?
4. Нужно ли рассмотреть тактику хирургического вмешательства?

Ситуационная задача 62

Больной З., 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку постоянного характера, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, малопродуктивный кашель в течение дня. Со слов: курит в течение 25 лет по 1,5 - 2 пачек в день. Кашель появился около 5 лет назад. 2 года назад стала появляться одышка. Иногда отделяется небольшое количество светло-серой мокроты, периодически (до 3-4 раз в год) - зеленоватого цвета, с усилением кашля и одышки. В течение последнего месяца, после перенесенного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела желто-зеленый цвет. Объективно: пониженного питания. Кожа розовато-серая. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - легочный звук коробочный. При аускультации - дыхание жесткое, по всем легочным полям, сухие рассеянные и жужжащие хрипы, при форсированном выдохе сухие свистящие. ЧД - 26 в мин. SpO₂ - 90%. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Незначительно диффузно снижена сила мышц. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Физиологические отправления в норме.

На рентгенограмме органов грудной клетки признаки эмфиземы и пневмосклероза. Общий анализ мокроты: Лейкоциты - 150 в поле зрения. Эпителий-плоский - много, альвеолярные макрофаги - много.

Проведена спирометрия:

Показатель	Значение		
Должные	Полученные	% к Должным	
ЖЕЛ, л 4,6	2,7	59,2	
ФЖЕЛ, л	4,38	2,2	50,5
ОФВ1, л	3,56	0,90	25,2
ОФВ1/ЖЕЛ,%		33	
ОФВ1/ФЖЕЛ, %			41
ПСВ, л/с	8,7	3,25	37,4
МОС25, л/с	7,58	0,78	10,2
МОС50, л/с	4,72	0,4	9
МОС75, л/с	1,93	0,24	12,5

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией.
2. Оцените результаты проведенных исследований. Какие обследования необходимо провести и применить, для подтверждения диагноза и уточнения степени тяжести заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Общие принципы лечения данной патологии.

Ситуационная задача 63

Больная К., 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, ночную потливость, повышение температуры до 38,4°C. Настоящие симптомы появились в течение последних 6 месяцев. До этого больную беспокоила болезненность в области шеи справа, однако к врачу она не обращалась. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пальпируются группа передних шейных и подмышечных лимфоузлов справа, мало подвижных, спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, хрящевой плотности, кожа над ними не изменена. По органам без особенностей.

Общий анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, эритроциты 3,4x10¹²/л, тромбоциты 320x10⁹/л, лейкоциты 9x10⁹/л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 2%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 45 мм/час.

Проведена биопсия подмышечного лимфоузла справа. При морфологическом исследовании в ткани лимфатического узла разрастание фиброзной ткани . в очагах соранееной структуры лимфоузла большое количество лимфоидных клеток, гистиоцитов, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, имеются гигантские двухядерные клетки с крупными эозинофильными ядрышками, напоминающими внутриядерные включения. При ИГХ крупные клетки экспрессируют CD15+ CD30+.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте рабочий диагноз.
3. Дополните и обоснуйте план обследования.
4. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача 64

Больная К., 64 г., поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в пояснице, усиливающиеся при движении; слабость;

Жалобы появились около 4-6 мес. назад. При обследовании в поликлинике, со слов пациентки, выявлен белок в моче, увеличение СОЭ. В качестве терапии принимала фурадонин, затем 5-НОК, левомецетин. На фоне лечения состояние не улучшилось. Болезненность в поясничной области нарастала, стала особенно выраженной в ночные часы.

При поступлении: состояние средней тяжести. Бледность слизистых оболочек. При пальпации выраженная болезненность грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови клинический: Hb 80 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^{11}/л$, лейкоциты $3,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $90 \cdot 10^9/л$, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 15%, СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи общий: р-1020, белок - 3,6, лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 4-5 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 104 г/л, альбумины 26%, у-глобулины 42%, креатинин 125 , мочевины 13 , мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38, мочевины 410 мкмоль/л.

В миелограмме ; клеточность костного мозга $300 \cdot 10^9/л$, бластные клетки 2%, гранулоцитарный росток 46%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный росток 5%, эритроидный ряд 10%, плазматические клетки 27%.

Рентген поясничного отдела позвоночника: компрессионный перелом Thx1,

L1-L2 тел позвонков. Признаки диффузного остеопороза

Вопросы:

1. Назовите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз
3. Дополнительные методы обследования
4. Лечение.

Ситуационная задача 65

Больной А., 58 лет, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В течение последних 5 лет наблюдается у невролога в поликлинике по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и частых люмбагий. Для снижения болевого синдрома принимает НПВС с частичным эффектом. Около 2-х месяцев назад появилась слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и влажности. При пальпации выраженная болезненность во всех костных структурах . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги.

Клинический анализ крови: Hb 80 г/л, эритроциты $2,7 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $24,0 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $16,4 \cdot 10^9/л$, п/я 2%, с/я 59%, лимфоциты 34%, моноциты 5%, СОЭ 64 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, креатинин 72 мкмоль/л.

ЛДГ 2500 ЕД/л.

В миелограмме клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 60% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5%.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику обследования.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 66

Больная Р., 47 лет, госпитализирована в травматологическое отделение больницы по поводу спонтанного перелома ключицы справа. Настоящая госпитализация повторная (около 6 мес. назад уже находилась на

стационарном лечении по поводу спонтанного перелома ребра).

В анамнезе длительно гипертоник с максимальными подъемами АД до 190/110 мм.рт.ст. Постоянно принимает конкор 10 мг/сутки, рамиприл 10 мг/сутки, тромбо АСС 100мг/сутки. В течение последнего года частые простудные заболевания .

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Увеличены все группы лимфоузлов до 2-3 см в диаметре.

Анализ крови клинический: Hb 100 г/л, эритроциты $2.9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $4,3 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $80 \cdot 10^9/л$. СОЭ 70 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, альбумины 35 , креатинин 76 мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38. ЛДГ 2000.

При КТ органов грудной и брюшной полости отмечаются множественные остеолитические очаги всех костей скелета

В миелограмме клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 2% , гранулоцитарный ряд 38%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 30% , моноцитарный ряд 5%

При трепанибиопсии костного мозга в костном мозге отмечаются разрастание лимфоидных очагов из крупных клеток

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие методы обследования нужно провести для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения.

Ситуационная задача 67

Пациент М, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на частые спонтанные носовые кровотечения, кровоточивость десен, покалывание и онемение пальцев рук, тяжесть в правом боку, иктеричность кожных покровов

В анамнезе длительно гипертоническая болезнь с максимальными подъемами АД до 160/90 мм.рт.ст. Постоянно принимает метопролол 50 мг/сутки, ренитек 10 мг/сутки, кардиомагнил 75 мг/сутки. Около 2-х лет назад впервые появились носовые кровотечения, возникающие спонтанно, не связанные с подъемами АД.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы иктеричной окраски сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка увеличена и выступает на 5 см

Анализ крови клинический: Hb 90 г/л, эритроциты $2.2 \cdot 10^{12}/л$ лейкоциты $33,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $67 \cdot 10^{11}/л$, п/я 1%, с/я 25%, лимфоциты 70%, ретикулоциты 11% СОЭ 74 мм/час. Проба кумса положительная

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, АСТ 35, АЛТ 38. Билирубин 78 ммоль/л

Результаты миелограммы клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 60% , моноцитарный ряд 4%.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 68

Больная Х., 57 лет поступила 17. 04 с жалобами на: слабость, сонливость, головокружение, повышенная чувствительность к холоду. В течении года не может есть лимон и клюкву из-за жжения в языке. Последние полгода отмечает слабость, сонливость, «тарелки падают из рук».

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала бухгалтером, последние 3 года на пенсии. В течение последнего года - строгая вегетарианка, отсутствует желание есть мясо, рыбу. У отца - резекция желудка по поводу полипоза. Аллергию, сахарный диабет, хронические заболевания отрицает.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком. Периферические л/у не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отеков нет. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Клинический анализ крови: WBC- $1,7 \cdot 10^9/л$, RBC- $1,09 \cdot 10^{12}/л$, HGB-45 г/л, HCT-25%, PLT- $93 \cdot 10^9$, ретикулоциты - 4 о/оо.

В миелограмме клеточность костного мозга $400 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 30%, эритроидный ряд 54%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5% 49 мегалобластов.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Дифференциальный-диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.

4. Поставить диагноз.
5. Тактика ведения больного, прогноз.

Ситуационная задача 69

Больной П., 21 год, поступил в терапевтическое отделение жалобами на боль в левом нижнем отделе живота, левой паховой области, подъем температуры до 38С. Вышеперечисленные жалобы появились 3 месяца назад.

На протяжении месяца беспокоили слабость, потливость, особенно в ночное время суток, нестерпимый кожный зуд в области голеней, потеря в весе за месяц - 7 кг. В области голеней видны следы расчёсов. При осмотре в левой паховой области определяется конгломерат лимфатических узлов диаметром 10 см каждый плотнoэластической консистенции. Л/узлы спаяны с кожей и подлежащими тканями. Цвет кожи над л/у интенсивно бордовый.

Ан. крови клинический: гемоглобин-100 г/л, Эритроциты-3,80*10¹²/л, Цветовой показатель- 0,79, ретикулоциты-13%, тромбоциты-200*10⁹/л, Средний объем эритроцитов-77, лейкоциты- 26,4*10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы-9%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, Эозинофилы- 1%, лимфоциты-13%, моноциты-2%, плазматические клетки-2%, СОЭ-62 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: Печень диффузно увеличена уплотнена. Селезенка умеренно увеличена, диффузно изменена. Забрюшинно, по ходу аорты и нижней полой вены отдельные увеличенные гипоехогенные л/у и их пакеты, распространяющиеся по ходу подвздошных сосудов, конгломераты л/у в воротах печени и селезенки размерами до 15 см в диаметре сливающиеся в конгломераты.

Биопсия пахового лимфатического узла: структура лимфоузла полностью стерта . среди малых лимфоцитов встречаются «огромные клетки» создавая картину звездного неба.

Вопросы:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика ведения и лечения.

Ситуационная задача 70

Больной Б. 72 г. поступил в больницу с диагнозом пневмония.

При осмотре увеличены шейные, паховые и подмышечные л/узлы. Лимфатические узлы мягкие, не спаяны между собой и с подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации, размером 2-3 см в диаметре

В легких - притупление перкуторного звука справа над нижней долей правого легкого. При аускультации - здесь же выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

На рентгенограмме легких - увеличение паратрахеальных узлов, очаговая пневмония в нижней доле правого легкого.

Гепатоспленомегалия.

Клинический анализ крови при поступлении: Нв - 78 г/л, эритроциты - 2,6 10¹²/л, ретикулоциты 22%, лейкоциты - 10 10⁹/л, эоз.-1%,п/я - 2%, с/я - 17%, лимфоциты - 79%, моноциты - 1%, СОЭ - 63 мм/час., Тромбоциты - 50 10⁹/л.

клеточность костного мозга 200*10¹²/л, бластные клетки 3% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 70% , моноцитарный ряд 2%. Часть лимфоидных элементов с расщепленными ядрами.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы заболевания.
2. Предварительный диагноз.
3. Назначить лечение.

Ситуационная задача 71

Пациент Н., 26 лет в обморочном состоянии был доставлен в приемное отделение городской больницы. Со слов сотрудников «скорой помощи», ранее считал себя здоровым, потеря сознания впервые в жизни, во время тренировки на беговой дорожке.

Из семейного анамнеза - отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоза нет. Тоны сердца звучные, выслушивается грубый систолический шум изгнания с punctum maximum в пятой точке, без проведения на сосуды шеи. Пульс аритмичный, ЧСС -180/мин, АД - 95/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, гепатомегалии и периферических отеков нет.

Лабораторные тесты: патологии не выявили.

При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки - 2.0 см, в остальных отделах толщина миокарда составляет 1.0 - 1.2 см, сократимость его высокая, ФВ - 72%,

КДО левого желудочка 60 мл. При доплерографии выносящего тракта ЛЖ:

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдром.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. Проведите дифференциальный диагноз, диагностируйте основное заболевание у данного пациента.
4. Какие необходимы дополнительные исследования, с какой целью?

5. Какова тактика ведения данного пациента?

Ситуационная задача 72

Больная К., 47 лет, обратилась за помощью к пульмонологу с жалобами на выраженную одышку при минимальных физических нагрузках (IV балла по шкале mMRC), эпизоды сердцебиения, головокружения, отеки голеней и стоп.

Из анамнеза известно, что впервые одышка при физических нагрузках появилась около 2-х лет назад. После многократных консультаций у врачей-специалистов выставлялись диагнозы: нейроциркуляторная астения, бронхиальная астма, хронический бронхит, миокардит, назначались различные препараты, включая бронходилататоры, ингаляционные глюкокортикостероиды, бета-блокаторы, антидепрессанты. Ни один из видов терапии не приводил к уменьшению симптомов, одышка постепенно прогрессировала. Около года назад после проведения тщательного ЭХО-КГ исследования была заподозрена легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии около 75 мм рт. ст.).

При осмотре: пациентка в ясном сознании, индекс массы тела 25 кг/м², умеренные отеки стоп и голеней. Границы легких перкуторно не изменены, при аускультации жесткое дыхание, хрипов нет, частота дыхания 20/мин. Насыщение артериальной крови кислородом по данным пульсоксиметрии в покое 95%. Границы сердца расширены вправо, выслушивался систолический шум над трикуспидальным клапаном и акцент 2-го тона над легочной артерией, пульс 110/мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Исследование функции внешнего дыхания: скоростные и объемные показатели в пределах нормы, диффузионная способность легких (52% от должных величин). Газовый состав артериальной крови (днем, дыхание атмосферным воздухом): PaO₂ 75 мм рт. ст., PaCO₂ 36 мм рт. ст., pH 7.45, HCO₃⁻ 23 ммоль/л, SaO₂ 96%. По данным лабораторных анализов - гемоглобин крови (158 г/л).

ЭХО-КГ - дилатация правых предсердия и желудочка, снижение ударного объема. По данным теста с 6-минутной ходьбой - дистанция 234 м и SpO₂ до 88%.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у пациентки?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Какие группы лекарственных препаратов показаны при данной патологии?

Ситуационная задача 73

Пациентка 43 лет поступила по каналу «скорой помощи» с жалобами на удушье, приступообразный сухой кашель. В течение 10 лет наблюдается отоларингологом по поводу полипозного риносинусита. Неоднократно переносила полипэктомию. В связи с головной болью приняла таблетку метамизола натрия (анальгин), после чего развился приступ удушья.

При осмотре: пациентка в ясном сознании, возбуждена, на вопросы отвечает отдельными словами в связи с выраженной одышкой, положение вынужденное. Тоны сердца приглушены, ритма правильный, ЧСС 130 в мин, АД 160/90 мм рт. ст. Дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы, ЧДД 35 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При пульсоксиметрии SatO₂ 88%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести по стабилизации состояния пациентки?
3. Ваша тактика ведения больной

Ситуационная задача 74

Больной С., 30 лет, менеджер рекламной компании, доставлен в клинику из аэропорта машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. 10 дней находился в загранкомандировке (Индия, Бомбей). Большую часть времени проводил в офисе и в отеле, где постоянно работали кондиционеры. Много курил (до 2-х пачек сигарет в сутки), часто употреблял спиртные напитки (банкеты, деловые встречи). За 4 дня до возвращения в Москву заболел остро, когда почувствовал недомогание, озноб, головную боль и боли в мышцах. Появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки и в правом подреберье. Была сильная потливость, температура 40,5оС. Несколько раз была рвота пищей, а затем желчью. Самостоятельно принимал аспирин, панadol, аугментин, но состояние не улучшалось. Авиарейсом доставлен в Москву.

При поступлении: состояние тяжелое, сонлив, заторможен, раздражителен при попытке контакта. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, акроцианоз, бледность носогубного треугольника, на губах герпетические высыпания. Температура тела 40,2оС. ЧД = 36 в мин. Постоянно покашливает. Грудная клетка правильной формы. Правая ее половина отстаёт в акте дыхания. При сильном кашле отходит кровавистая мокрота. При перкуссии легких отмечается значительное снижение громкости перкуторного тона справа на всем протяжении от ключицы до 6 межреберья спереди и от верхнего края лопатки до 9 межреберья. Дыхание справа значительно ослаблено, с бронхиальным компонентом, местами выслушивается шум трения плевры, а также крепитации, преимущественно в задне-нижне-боковых отделах. Слева - дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком. Тоны сердца значительно приглушены, тахикардия до 120 уд/мин., негрубый систолический шум на верхушке, акцент 2-го тона на легочной артерии. Пульс нитевидный, частый. АД 80/40 мм рт.ст. Язык сухой, красный, спинка его покрыта желто-серым налетом.

Пальпация живота безболезненна. Пальпируется увеличенная печень, выходящая из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не увеличена. Стула не было 2 дня. За последние сутки выделил всего около 200 мл мочи. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии.

Анализ крови общий: эритроциты - $3,85 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 116 г/л; гематокрит - 59,5%; тромбоциты - $130 \times 10^9/л$; лейкоциты - $25,6 \times 10^9/л$ миелоциты- 4%; палочкоядерные нейтрофилы - 26%; сегментоядерные нейтрофилы - 56%; лимфоциты - 10%; эозинофилы - 1%; моноциты- 3%; СОЭ - 58 мм/ч.; Сатурация O₂ = 84%.

Рентгенография органов грудной клетки - В правом легком имеются очагово-сливные инфильтративные тени с преимущественным поражением 3-го сегмента в/доли, и субтотально сегментов средней и нижней доли с двумя очагами распада в обл. 6, 5 и 10 - го сегментов н/доли. Корни не структурны, расширены. В плевральном синусе справа - небольшое количество жидкости. Левое легкое с прикорневой реакцией бронхо-сосудистого рисунка, без очаговых инфильтративных теней. Сердце и аорта в пределах возрастной нормы.

Биохимия крови: мочевины - 18,8 ммоль/л; креатинин - 126 мкмоль/л; общ. белок - 54 г/л; фибриноген - 9,4 г/л; С-реактивн. белок - ++++; ЛДГ общ - 1870 ед/л; ЛДГ 1 - 205 ед/л; АсАТ - 89 ед/л; АлАТ - 56 ед/л; билирубин общ. - 33,2 мкмоль/л; билирубин связан. - 6,8 мкмоль/л; ГГТП - 62 ед/л; альфа-амилаза - 47,7 ед/л.

Анализы крови на RW, ВИЧ, HBs Ag, HCV - отрицательные.

Анализ на малярийный плазмодий («толстая капля») - отрицательный.

Анализ мокроты: кровянистая, слизисто-гнойная, эритроциты покрывают все поле зрения. ВК и атипических клеток не обнаружено. Плевральная пункция: получено около 100 мл густого экссудата буроватого цвета с обильным содержанием фибрина.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предполагаемый возбудитель.
3. Назначьте терапию пациенту

Ситуационная задача 75

Больной Р., 65 лет, поступил в клинику в связи со значительным ухудшением состояния, которое сопровождалось кашлем с отхождением мокроты с прожилками крови, повышением температуры до 40,0С, лихорадкой неправильного типа, болью под правой лопаткой с иррадиацией в правое плечо. В анамнезе длительный стаж курения (40 лет по 2 пачки в день), профессиональные вредности отрицает.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы с серым оттенком, слизистые оболочки бледно-розовые, питание снижено. Обращает на себя внимание осиплость голоса, некоторое сужение глазной щели справа. Одышка носит смешанный характер, после физического напряжения и при повороте на левый бок возникает удушье с дистанционными хрипами и судорожным надсадным кашлем. При пальпации в правой надключичной области определяется пакет плотных, спаянных с подкожной основой лимфатических узлов, безболезненных, малоподвижных. На правой верхней конечности имеются признаки нерезко выраженного лимфостаза. При осмотре грудной клетки определяется ее цилиндрическая форма, правая половина меньше левой и отстает в акте дыхания. ЧДД = 30/мин, SpO₂ - 94%. Гемодинамика стабильная. При перкуссии над верхними отделами правого легочного поля выслушивается укорочение перкуторного звука, там же в межлопаточной и правой подключичной зоне грубый шум трения плевры, на высоте вдоха и на выдохе - жужжание и свистящие сухие хрипы, дыхание жесткое.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления окончательного диагноза?

Ситуационная задача 76

Больной С, 47 лет, парикмахер, в анамнезе курение по 10 пачки сигарет в день в течение 12 лет.

Около 2х месяцев назад перенес ОРВИ, после которого длительно сохранялась субфебрильная температура, недомогание. Неделю назад самочувствие больного ухудшилось. Повысилась температура до 38,5о С, стали беспокоить мучительный кашель с отделением небольшого количества мокроты слизисто-гнойного характера, повышенная потливость, стал ощущать дискомфорт дыхания при умеренной физической нагрузке

При осмотре состояние удовлетворительное. Питание нормальное. Кожные покровы обычной окраски. ЧД = 20/мин. SpO₂ - 96%. При аускультации в легких на уровне лопатки, справа на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие и единичные влажные хрипы после покашливания.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, лимфоциты - 18%, СОЭ- 30 мм/час, С-реактивный белок - 49 мг/л. На обзорной и правой боковой рентгенограмме легких в S1 - S2 верхней доли правого легкого определяется затемнение около 4 см в диаметре неомогенной структуры. В S4 - S5 правого легкого определяется группа очаговых теней малой интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, которые необходимо дифференцировать у этого больного.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?

3. Укажите тактику ведения больного до верификации диагноза.

Ситуационная задача 77

Больной К., 54 лет, водитель такси, обратился к участковому терапевту с жалобами на приступы кашля с удушьем в предутренние часы в течение последней недели. Отмечает слабость, потливость, повышение температуры до 37,3 - 37,5 градусов вечером. В течение дня периодически беспокоит кашель, с трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета. Отмечает одышку с затруднением выдоха при подъеме по лестнице и быстрой ходьбе.

Анамнез: Курение в течение 20 лет (10 - 20 сигарет в день), 2 года не курит.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, акроцианоз, лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное. ЧД 21 в 1 мин. Грудная клетка эмфизематозная, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослаблено, сухие свистящие рассеянные хрипы в межлопаточной области и нижних отделах легких. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения, учащен до 92 в 1 мин, АД 138/94 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень - у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 7,1 x10⁹ /л; СОЭ - 4 мм/ч. Анализ мокроты:

слизистая серого цвета, лейкоциты до 20 в поле зрения.

ОФВ¹/ФЖЕЛ - 70; ОФВ¹ - 63% (от должного).

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо выполнить?
3. Тактика лечения пациента.

Ситуационная задача 78

Больная 22 лет, предъявляет жалобы на приступы затрудненного дыхания частотой 3-5 раз в день, ночные 1-2 в неделю, проходящие самостоятельно через 15-30 минут; на кашель с трудно отделяемой светлой вязкой мокротой.

Данные анамнеза. В детстве больная страдала атопическим дерматитом. Последние несколько лет беспокоят приступы удушья, возникающие при выходе на холодный воздух, после физической нагрузки. Отмечает появление заложенности носа, чихания, водянистых выделений из носа, увеличение частоты приступов затрудненного дыхания летом во время нахождения на природе.

Данные объективного обследования. Рост - 172см, ПСВ-270л/мин (должные значения 390мл/мин). Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной эластичности. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое из носа. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, при маневре форсированного выдоха выслушиваются экспираторные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 86 уд/мин. АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9*8*7см. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 3,9*10¹²/л, Л- 7*10⁹/л, Э - 7, П - 0, С - 62, ЛФ - 26, М - 5, СОЭ - 12мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, слизистая, вязкая, лейкоциты- 12 в п/зр, Эр - ед. в п/зр.

Лейкограмма: нейтрофилы 8%, лимфоциты 5%, эозинофилы 87%; кристаллы Шарко- Лейдена. Общий IgE - 185МЕ/мл.

Данные инструментальных методов исследования. R-графия ОГК: без очаговых и инфильтративных изменений.

Кожные аллергопробы: пыльца амброзии+++ , D. pteronyssinus++ , D.farinae++.

ФВД + проба с бронходилататором:

Показатель	До ингаляции сальбутамола	После ингаляции сальбутамола
FVC (ФЖЕЛ)	3,60 л (92% от должного)	3,63 л (93%)
FEV1 (ОФВ1)	2,38 л (64% от должного)	3,10 л (84%)
FEV1/FVC	67%	85,4%
ММЕФ25-75%		
(СОС25-75%)	45%	74%

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите ведущие критерии для постановки предварительного диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 79

Пациент С., 54 лет, обратился к врачу с жалобами на мучительный кашель с отделением зеленоватой мокроты, одышку смешанного характера, возникающую при ходьбе на расстояние 200-300м в спокойном темпе.

Данные анамнеза. Кашель в течение 10 лет, последние 2 года - одышка прогрессирующего характера. В течение недели после переохлаждения отмечает усиление кашля, появление зеленой мокроты, отеков стоп, голеней.

Курит 35 лет по 1,5 пачки в день. Страдает ИБС, стенокардией напряжения, ФК II. Получает метопролол 50мг в

день, нитраты ситуационно.

Данные объективного обследования: Температура 36,80С. Кожные покровы: цианоз носогубного треугольника, чистые, нормальной эластичности. Набухание вен в области шеи. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно - коробочный звук над задними отделами грудной клетки. При аускультации дыхание жесткое, единичные сухие низкотембровые хрипы, изменяющиеся при покашливании. При маневре форсированного выдоха сухие свистящие хрипы. SpO₂ - 86%. ЧДД - 27 в мин. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 64 уд/мин. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12*10*8см. Отеки стоп, нижних третей голени.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 7,1*10¹²/л, Л - 11*10⁹/л, Э - 0, П - 6, С - 68, ЛФ - 22, М - 4, СОЭ - 24мм/ч. Общий анализ мокроты: зеленого цвета, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты ед. в п/зр. Лейкограмма: нейтрофилы 95%, лимфоциты 5%.

Данные инструментальных методов исследования: ПСВ - 230л/мин. Рентгенография ОГК: усиление и деформация легочного рисунка, разрежение в базальных отделах, уплощение купола диафрагмы, расширение тени сердца вправо. ФВД с бронходилататором:

Показатель	До ингаляции сальбутамола	После ингаляции сальбутамола
FVC (ФЖЕЛ)	3,04 л (72% от должного)	3,23 л (76,5%)
FEV1 (ОФВ1)	1,98 л (44% от должного)	2,10 л (49,8%)

FEV1/FVC	65%	67%
ММЕF25-75% (СОС 25-75%)	14%	17%

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите ведущие критерии заболевания для верификации предварительного диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 83

Больной 62 лет, находился в терапевтическом отделении в течение 2-х недель, Диагноз: Внебольничная пневмония в средней доле правого легкого, нетяжелое течение. На фоне проводимой антибактериальной терапии цефотаксимом 1г 3 раза в сутки отмечена положительная динамика в виде нормализации температуры тела, лейкоцитоза. Сохраняется малопродуктивный кашель с отхождением светлой мокроты, одышка смешанного характера при ходьбе.

Данные анамнеза. 3 месяца назад - амбулаторное лечение по поводу пневмонии той же локализации. Курит в течение 35 лет, 1 пачка в день.

Данные объективного обследования. Объективно: Рост - 182 см, вес - 72 кг. SaO₂ - 91%. ЧДД - 20. Температура 36,70С. Кожные покровы бледные, чистые, нормальной эластичности. Носовое дыхание свободное.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, ослаблено по срединно-ключичной линии справа. Хрипов нет. При маневре форсированного выдоха без изменений. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 74 уд/мин. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9*8*7 см. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 2,8*10¹²/л, Нв - 105г/л, Л - 9,0*10⁹/л, Э - 2, П - 1, С - 67, ЛФ - 29, М - 1, СОЭ - 45мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, слизистая, микроскопия: лейкоциты 4-5 в п/зр, эритроциты - 10-12 в п/зр, лейкограмма: лимфоциты - 25%, нейтрофилы - 75%;

Данные инструментальных методов исследования. Рентгенография ОГК: сохраняется гомогенное затемнение в проекции средней доли правого легкого, высокое стояние правого купола диафрагмы, правая граница средостения на 3 см кнаружи от тени позвоночного столба. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, ЧСС - 68 уд/мин.

Вопрос:

1. Перечислите заболевания, которые необходимо дифференцировать у этого больного.
2. Назовите ведущие критерии для верификации заболевания.
3. Предложите дополнительные исследования.

Ситуационная задача 80

Пациент 50 лет, предъявляет жалобы на боли в левой и правой половине грудной клетки, одышку, кашель с отделением коричневатой мокроты, повышенную потливость, боли, отечность в голенях и стопах.

Данные анамнеза. В течение длительного времени страдает хронической венозной недостаточностью.

Данные объективного обследования. Рост - 171см. Вес - 92кг. Кожные покровы влажные, отмечается акроцианоз. Нижние конечности: отеки голеней и стоп; болезненность по ходу расширенных подкожных вен и в области икрожных мышц. В легких при аускультации сухие, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 27 в мин. SpO₂ - 91%. АД - 100/70 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье умеренно. Размеры печени по Курлову: 12*10*9 см. Нижний край печени острый.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 5,0*10¹²/л, Нв - 158г/л, Тр - 359*10⁹/л, Л - 7,0*10⁹/л; Э - 0, П - 3, С - 65, ЛФ - 22, М - 9, СОЭ - 13мм. ОАМ: белок - отрицательный, глюкоза - отрицательный. Исследование плазмы крови: глюкоза - 6,1ммоль/л; холестерин- 8,6ммоль/л, АКГ-23и[^], AST-21U/L, D-димер

1800 нг/мл.

Данные инструментальных методов исследования. УЗИ: структура печени повышенной эхогенности, селезенка - 20см², воротная вена-13мм, селезеночная вена-9мм. ЭКГ: отклонение изоэлектрической оси сердца вправо, глубокие зубцы S в I отведении и патологические зубцы Q в 3 отведении.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите ведущие критерии заболевания.
3. Предложите дополнительные исследования для верификации диагноза.
4. Назначьте лечение.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Организация терапевтической помощи населению, особенности стационарной и амбулаторной помощи. Порядок и стандарты оказания медицинской помощи по специальности «Терапия».
2. Использование современных технологий в разработке новых диагностических и лечебных методов.
3. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза. Тактика проведения обследования пациента, обоснование тактика обследования, вклад физикальных, лабораторных, функциональных, инструментальных методов обследования в установление правильного диагноза в терапии. Понятие о чувствительности, специфичности, диагностической значимости метода или теста.
4. Исследование функции внешнего дыхания. Понятие и исследование диффузионной способности легких.
5. Кислотно-щелочное состояние: нормальные параметры, трактовка изменений, коррекция нарушений.
6. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.
7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение. Этиология, патогенез, патоморфология. Классификация. Фенотипы. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести.
8. Лечение ХОБЛ стабильного течения. Лечение обострений ХОБЛ. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).
9. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез. Эндотипы и фенотипы. Диагностика. Осложнения. Определение степени тяжести течения, уровня контроля бронхиальной астмы. Астматический статус. Дифференциальный диагноз. Стандарты терапии бронхиальной астмы. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
10. Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация. Клиническая картина и критерии диагноза. Диагностика. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Особенности течения пневмонии, вызванной коронавирусом. Осложнения. Дифференциальная диагностика.
11. Пневмонии. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения. Инфекционно-токсический шок. Сепсис. Современные подходы к лечению пневмоний. Лечение пневмонии, ассоциированной с Covid. Критерии эффективности лечения.
12. Нагноительные заболевания легких. Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика, лечение. Тактика ведения пациентов.
13. Синдром трахеобронхиальной дискинезии. Классификация дискинезий и дисплазий бронхов. Вторичные бронхоэктазы и бронхоэктатическая болезнь. Вклад наследственной патологии. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
14. Интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению.
15. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
16. Синдром легочной диссеминации. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
17. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
18. Легочной гипертензия. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение.
19. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
20. Дыхательная недостаточность. Классификация. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.

21. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: острый респираторный дистресс- синдром, причины, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: астматический статус, принципы диагностики и лечения.
22. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Первичные и вторичные дислипидемии: классификация, профилактика первичная и вторичная. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. Шкала SCORE.
23. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальный диагноз. Понятие о предстеновой вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии.
24. Аспекты лечения пациента с установленной ИБС. Общие принципы лечения. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.
25. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, патогенез и прогноз, диагностика и ведение пациентов. Безболевого ишемия миокарда: диагностика, тактика ведения пациентов.
26. Острые формы ИБС. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда». Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.
27. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Течение и исходы ОКС.
28. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.
29. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, патоморфология. Коронарное кровоснабжение. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Варианты гемодинамических изменений при остром ИМ. Методы визуализации при инфаркте миокарда.
30. Инфаркт миокарда. Современная тактика ведения пациентов. Восстановление коронарного кровотока. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Диагностика и лечение ранних и поздних осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.
31. Постинфарктный кардиосклероз: варианты клиники и течения. Аневризма левого желудочка: клиника, диагностика, лечение. Ишемические синдромы. Ишемическая кардиомиопатия: этапы развития, диагностика, лечение.
32. Гипертоническая болезнь. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Группы риска. Диагностика, дифференциальная диагностика. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.
33. Вторичные артериальные гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, МСЭ.
34. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Формы. Молекулярные дефекты. Воспалительная кардиомиопатия. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
35. Гипертрофическая кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Морфологические типы. Патогенез и патоморфология. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию. Прогноз ГКМП. Алгоритм ведения пациентов.
36. Рестриктивная кардиомиопатия. Определение. Эпидемиология, этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз.
37. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Осложнения. Тактика ведения больных.
38. Митральная недостаточность. Этиология острой и хронической митральной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
39. Стеноз аортального клапана. Виды стеноза аортального клапана. Этиология. Пороки развития аортального клапана. Изменения гемодинамики при аортальном стенозе. Диагностика и определение тяжести порока. Дифференциальный диагноз. Лечение.
40. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.

41. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация.
42. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
43. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
44. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, ЭКГ, ЧПЭС, ЭФИ.
45. Тахикардии с узкими и широкими комплексами QRS - дифференциальный диагноз. Классы антиаритмических препаратов. Показания к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения.
46. Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции. Профилактика нарушений ритма и проводимости.
47. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации острой и хронической сердечной недостаточности. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.
48. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.
49. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии. Этапы лечения больных. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.
50. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Внесуставные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Тактика ведения пациентов ревматоидным артритом. Генноинженерная терапия. Реабилитация. Диспансеризация, МСЭ.
51. Серонегативные спондилоартриты. Общая характеристика группы заболеваний. Аксиальный и периферический спондилоартрит, диагностические критерии. Общие принципы терапии.
52. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов в зависимости от этиологии.
53. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.
54. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Внесуставные проявления. Современная тактика ведения пациентов.
55. Остеоартрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
56. Микрокристаллические артриты. Этиология, патогенез, классификация, патоморфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
57. Остеопороз. Классификация, диагностика, осложнения, современные подходы к ведению пациентов.
58. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Критерии и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений.
59. Системная склеродермия. Понятие о болезнях склеродермической группы. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
60. Идиопатические воспалительные миопатии. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения. Критерии постановки диагноза основных групп идиопатических воспалительных миопатий (дерматомиозит, полимиозит, антисинтетазный синдром и др.). Инструментальная и лабораторная диагностика, лечение.
61. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика, лечение.
62. Этиология и патогенез системных васкулитов. Патоморфология. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза. Общие принципы ведения пациентов. Прогноз.
63. Васкулиты с поражением преимущественно артерий крупного калибра: неспецифический аортоартериит, гигантоклеточный артериит. Ревматическая полимиалгия. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
64. Васкулиты с поражением преимущественно артерий среднего калибра: узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
65. Синдром дисфагии. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.

66. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пищевод Баррета. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
67. Общие вопросы. Клинико-лабораторные синдромы в гепатологии. Роль морфологических методов исследования в диагностике заболеваний печени. Строение сосудистой системы печени, синдром портальной гипертензии.
68. Гепатиты острые и хронические: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, современные подходы к эффективной терапии.
69. Циррозы печени: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания. Реабилитация. Профилактика. МСЭ.
70. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Принципы лечения циррозов печени.
71. Доброкачественные гипербилирубинемии (синдром Жильбера, синдром Криглера- Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
72. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Наследственный гемохроматоз, генетика, классификация. Синдромы вторичной перегрузки железом организма. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
73. Болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
74. Алкогольная болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
75. Неалкогольная жировая болезнь печени. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
76. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Тромбозы системы воротной вены. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
77. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
78. Хронический гастрит. Классификация, этиология и патогенез, клиника, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
79. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии.
80. Постгастрорезекционные расстройства. Симптоматические язвы желудка и
81. двенадцатиперстной кишки.
82. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты.
83. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
84. Желчнокаменная болезнь. Постхолестэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
85. Хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика. Синдром
86. панкреатической недостаточности. Функциональные нарушения секрета и транспорта
87. панкреатического сока.
88. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии.
89. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дисбиоз кишечника.
90. Энтеропатии: целиакия, первичная экссудативная энтеропатия, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
91. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, микроскопический колит. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.
92. Дивертикулярная болезнь кишечника. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагноза. Осложнения. Тактика ведения.
93. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
94. Основные синдромы и понятия в нефрологии: нефритический, нефротический, мочевои, острое почечное повреждение, хроническая болезнь почек. Определение. Роль клинического, лабораторного, инструментальных методов исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы. Морфологическое исследование почечного биоптата.
95. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

96. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
97. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
98. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
99. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
100. Виды, показания, техника проведения, осложнения и тактика ведения пациентов на заместительной почечной терапии.
101. Нормальное кроветворение: схема, регуляция. Современные представления о патогенезе гемобластозов. Типичные мутации. Тактика обследования гематологического больного. Техника проведения и интерпретация результатов пункции костного мозга. Техника проведения и интерпретация результатов трепанобиопсии костного мозга.
102. Дифференциальный диагноз анемий. Классификация анемий. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов железодефицитной, В-12-дефицитной, фолиево-дефицитной анемиями.
103. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
104. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
105. Хронические миелопролиферативные заболевания. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
106. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
107. Лимфома Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
108. Паранепротейнемические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Синдром гипервязкости. Принципы терапии. Прогноз.
109. Миелодиспластические синдромы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
110. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
111. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
112. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
113. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
114. Воспалительные заболевания щитовидной железы. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика.
115. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
116. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
117. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение, прогноз.
118. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
119. Болезнь Иценко-Кушинга. Акромегалия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация.
120. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз.
121. Алгоритм сердечно-легочной реанимации. Принципы интенсивной терапии острой сердечной недостаточности.
122. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Диагностика, интенсивная терапия астматического статуса.
123. Интенсивная терапия легочного кровотечения.
124. Интенсивная терапия спонтанного пневмоторакса.
125. Острые гастроуденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

126. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
127. Тромбоз мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, клиника, диагноз,
128. дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
129. Печеночная кома: интенсивная терапия. Лечение и профилактика кровотечений при портальной гипертензии.
130. Комы при сахарном диабете: патогенез, дифференциальный диагноз.
131. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
132. Гипертиреозидный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия. Гипотиреозидная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
133. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы интенсивной терапии.
134. Анафилактический шок и анафилаксия. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
135. Ангионевротический отек. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.
136. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
137. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Прием в поликлинике, осмотр больных на дому. Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС). Электронная амбулаторная карта, медицинская документация на догоспитальном этапе.
138. Медицинская реабилитация в работе врача-терапевта поликлиники. Порядок организации и проведения медицинской реабилитации.
139. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры взрослого населения: цели, задачи, принципы, виды, методы и технологии в работе врача-терапевта поликлиники. Принципы диспансерного наблюдения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний.
140. Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Особенности оформления листка нетрудоспособности при различных случаях временной нетрудоспособности.
141. Медико-социальная экспертиза. Стойкая нетрудоспособность. Инвалидность. Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их. основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии для установления групп инвалидности

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос - наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса - подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа - задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

- задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа - задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Рольевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в рольевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРАКТИКЕ

ТЕРАПИЯ

Специальность

31.08.49 Терапия

Направленность (профиль) программы

Терапия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

1. Перечень компетенций, формируемых в ходе прохождения практики

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения в ходе прохождения практики	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- источники профессиональной информации, - клинические рекомендации по лечению пациентов с различными заболеваниями и состояниями, требующими интенсивной терапии и/или оказания анестезиологического пособия
	Уметь	- анализировать полученную информацию, сопоставлять ее с различными источниками, критически оценивать результаты клинических исследований
	Владеть	- технологией сравнительного анализа - дифференциальнодиагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	- учебную и научную литературу, - нормативно-правовые документы и интернет-ресурсы для поиска информации в области медицины и специальности, - способы обучения новым достижениям
	Уметь	- критически оценивать публикации, найденные в специальной литературе и профессиональных интернет-ресурсах, оценивать возможность применения их на практике, в зависимости от заболевания и состояния пациента, организовать применение новых достижений в клинической практике
	Владеть	- новыми достижениями в области медицины, способами их применения
УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать	- основные принципы медицинской этики; - принципы взаимоотношений в системе «врач-врач»; - принципы работы в мультидисциплинарной команде;
	Уметь	- соблюдать принципы медицинской этики; - решать практические задачи по формированию профессионального общения врача с коллегами и руководством; - эффективно взаимодействовать с другими членами команды, в том числе в процессе обмена информацией, знаниями и опытом, и проведения презентации результатов работы команды
	Владеть	- разными видами коммуникации (учебная, деловая, неформальная и др.); - навыком применения принципов медицинской этики в практической работе; - навыком подготовки предложений при работе в профессиональной команде; - навыком работы в мультидисциплинарной команде;
УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знать	- факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде - профессиональные и должностные обязанности врача- анестезиолога, среднего и младшего медицинского персонала; - информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
	Уметь	- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности;

		- брать на себя ответственность за работу подчиненных, за результат выполнения заданий;
	Владеть	- навыками эффективного взаимодействия с другими членами команды, в том числе участвовать в обмене информацией, знаниями и опытом, презентации результатов работы команды; - навыком организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; - навыком применения информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности;
УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей	Знать	- основные теории лидерства и стили руководства - факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде;
	Уметь	- участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды знаниями - презентовать результаты работы команды - осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала
	Владеть	- навыками социального взаимодействия в процессе обмена информацией, знаниями и опытом, и проведения презентации результатов работы команды - навыками руководства работниками медицинской организации - навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности		
УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	Знать	- основные понятия: «общение», «взаимодействие», «социальная коммуникация», «конфликт»; - структуру, виды, формы, механизмы общения как процесса коммуникации - источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов
	Уметь	- определять стратегии взаимодействия; - планировать и корректировать свою деятельность в команде; - применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности - находить пути решения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи - использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения
	Владеть	- способами взаимодействия в конфликтных ситуациях с целью повышения эффективности профессиональной деятельности; - механизмами работы с манипуляцией, навыками оценки невербальных проявлений - навыками устранения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи - навыками саморегуляции поведения в процессе межличностного общения
УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей	Знать	- языковые коммуникативно приемлемые стили делового общения; - технологии поиска необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач;

стилистика официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции		<ul style="list-style-type: none"> - стилистику устных деловых разговоров; - стилистику официальных и неофициальных писем,
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - выбирать коммуникативно приемлемые стили делового общения и невербальные средства взаимодействия с партнерами; - использовать информационно-коммуникационные технологии при поиске необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач на - вести коммуникативно и культурно приемлемо устные деловые разговоры; - вести деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции;
	Владеть	- навыками устных деловых разговоров, деловой переписки, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции;
УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях	Знать	- особенности деловой коммуникации в устной и письменной формах
	Уметь	- представить свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - навыками устных деловых переговоров; - навыками публичных выступлений; - навыками разработки эффективных презентаций.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенез основных нозологических форм заболеваний и патологических синдромов, встречающихся в практике анестезиологии-реаниматологии; - клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов; патофизиологию острой травмы, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, болевых синдромов, острой дыхательной и сердечно - сосудистой недостаточности; - патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни);
	Уметь	- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства; оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; обеспечить надлежащий уровень специального обследования пациентов, оценить тяжесть состояния реанимационных больных и степень операционно-анестезиологического риска;
	Владеть	- основами синдромологического анализа (в т.ч. при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза) предоперационного обследования, лечебной подготовки к операции и анестезии; технологией проведения рутинных методов лабораторных и инструментальных анализов
ОПК 4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	- методы диагностики при различных состояниях в практике врача анестезиолога-реаниматолога
	Уметь	- назначать необходимо достаточный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, организовать проведение необходимого комплекса обследований как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии
	Владеть	- навыками проведения комплекса диагностических манипуляций, входящих в компетенцию врача-анестезиолога- реаниматолога, знаниями организации проведения диагностического комплекса для пациента, находящегося в

		отделении интенсивной терапии и готовящегося на оперативное лечение.
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	- этиологию и патогенез критических состояний, - основные принципы лечения пациентов в критическом состоянии, - основные методы анестезиологического обеспечения при различных вмешательствах
	Уметь	- выбирать методы лечения и анестезии в зависимости от поставленных задач
	Владеть	- навыками современных методов анестезии интенсивной терапии
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	- методы контроля эффективности и безопасности проводимого лечения в условиях отделения интенсивной терапии, методы контроля за эффективностью и безопасностью выбранного метода анестезии
	Уметь	- применять на практике методы контроля эффективности и безопасности выбранного метода анестезии и методов интенсивной терапии
	Владеть	- навыками определения рисков выбранного метода анестезии и интенсивной терапии, навыками интерпретации данных, полученных методами контроля за эффективностью и безопасностью выбранного метода анестезии и/или интенсивной терапии
ОПК-6. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-6.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Знать	- Основные нормативно-правовые акты, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся на лечении в стационаре и в отделении интенсивной терапии
	Уметь	- Формулировать заключение для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
	Владеть	- Навыком направления пациентов на медико-социальную экспертизу.
ОПК-6.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Знать	- Признаки стойкого нарушения функции организма - Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и отдельных видов медицинских экспертиз
	Уметь	- Организовать проведение необходимых процедур по направлению пациента на медицинскую экспертизу в зависимости от поставленной задачи
	Владеть	- Навыками организации проводимой медицинской экспертизы в зависимости от конкретной задачи - Навыком проведения медико-социальной экспертизы
ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	- Основы государственной политики в области охраны здоровья, принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации; - Основы профилактики заболеваний, методы санитарно-просветительской работы, нормативно-правовые документы
	Уметь	- Провести профилактические мероприятия по формированию здорового образа жизни у населения
	Владеть	- Навыками проведения разъяснительной работы по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	Знать	- Основы профилактики неинфекционных заболеваний, стратегии государственной политики в области профилактики и принципов предупреждения возникновения неинфекционных заболеваний среди населения путем внедрения принципов здорового образа жизни, проведения профилактических

		мероприятий
	Уметь	- Контролировать применение принципов здорового образа жизни и проведение профилактических мероприятий
	Владеть	- Навыками контроля и оценки эффективности применения профилактических мер для формирования здорового образа жизни
ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	- Общие принципы организации службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, действующие приказы и другие документы, регулирующие деятельность службы, оснащение отделений и гигиенические требования; - Организационно-экономические основы деятельности организаций здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; - Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "интернет" - Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
	Уметь	- Обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" - Организовать работу вверенного медицинского персонала
	Владеть	- Проведением работ по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - Использованием информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов	Знать	- Основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний, требующих срочного медицинского вмешательства
	Уметь	- Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть	- Навыками распознавания состояний, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	- Методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека.
	Уметь	- Применить в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи
	Владеть	- Навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-1. Способен к оказанию скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации		
ПК-1.1 Проводит обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" медицинской организации	Знать	- Общие вопросы организации медицинской помощи населению; - Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний; - Порядок оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология»;

	<ul style="list-style-type: none"> - Стандарты скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Анатомо-функциональное состояние органов пациента в норме, при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Методы диагностических исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология» вне медицинской организации; - МКБ; - Медицинские изделия, применяемые при обследовании пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации, принципы обеспечения безопасности диагностических манипуляций; - Осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникновение которых возможно в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология» вне медицинской организации; - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной

	<p>помощью транспортных аппаратов мониторинга жизненно важных функций организма; - исследование уровня глюкозы в крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать результаты обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Выявлять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Устанавливать диагноз заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации, с учетом действующей МКБ - Проводить работу по обеспечению безопасности диагностических манипуляций
Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Навыками сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Анализом информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Навыками осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками интерпретации и анализа результатов осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации; - Навыками выявления у пациентов заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками оценки тяжести заболевания и (или) состояния пациентов, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология- реаниматология» вне медицинской организации; - навыками обоснования объема обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Навыками проведения обследования пациентов с

		<p>заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «Терапия» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов; медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками интерпретации и анализа результатов обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Навыками применения медицинских изделий в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Навыками выявления осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Навыками установления диагноза заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации, с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) - Навыками обеспечения безопасности диагностических манипуляций
<p>ПК-1.2 Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации, контролирует его эффективность и безопасность</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология- реаниматология" вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Медицинские вмешательства при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - показания и противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Медицинские изделия, применяемые при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации, а также правила их применения - Содержание упаковок и наборов для оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации -

	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Оказывать специализированную медицинскую помощь по профилю "Терапия" вне медицинской организации (в составе врачебной специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи, включая осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определять медицинские показания и противопоказания для медицинских вмешательств при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации <p>Назначать лекарственные препараты и применять медицинские изделия при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Выполнять следующие медицинские вмешательства при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации: <ul style="list-style-type: none"> - проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению; - обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски, интубации трахеи методом прямой ларингоскопии; - проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий); - электроимпульсная терапия (дефибрилляция, кардиоверсия); - оксигенотерапия; - искусственная вентиляция легких (далее - ИВЛ) с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной ИВЛ; - применение ИВЛ в режимах - с контролем по объему, с контролем по давлению; - применение вспомогательной вентиляции легких; - обезболивание; - транспортная иммобилизация конечностей, позвоночника и таза при травмах; - применение методов десмургии; - остановка кровотечения с помощью механических средств и лекарственных препаратов; - проведение первичной обработки ран различной этиологии (обработка, наложение асептической повязки), в том числе при ожогах, отморожениях; - осуществление родовспоможения вне медицинской организации, включая первичную обработку новорожденного; - внутривенное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов; - проведение инфузионной терапии, в том числе с использованием инфузоматов; - проведение системного тромболизиса; - пункция и катетеризация центральных и периферических вен, в том числе с использованием ультразвукового исследования (далее - УЗИ); - наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе; - пункция и дренирование плевральной полости; - ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров; - катетеризация мочевого пузыря с помощью мягких катетеров; - зондовое промывание желудка; - коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия; - профилактика и лечение аспирационного синдрома; - профилактика и лечение жировой эмболии; - применение мер по ограничению движений пациента, угрожающих его здоровью или проведению лечебных мероприятий
--	-------	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации, корректировку лечения в зависимости от особенностей течения - Определять медицинские показания к вызову специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи - Определять медицинские показания к медицинской эвакуации пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю "анестезиология- реаниматология" - Обосновывать выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю "анестезиология- реаниматология", для медицинской эвакуации пациента - Осуществлять мониторинг жизненно важных функций их поддержание или замещение во время медицинской эвакуации пациента по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Организовывать и обеспечивать мониторинг жизненно важных функций, их поддержание или замещение при перемещении, в том числе в автомобиль скорой медицинской помощи, и транспортировке пациента при выполнении медицинской эвакуации - Проводить медицинскую сортировку пациентов и устанавливать последовательность оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях - Оценивать результаты медицинских вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлением незамедлительного выезда (вылета) на место вызова скорой медицинской помощи в составе врачебной специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи - Оказанием скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации (в составе врачебной специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи), включая осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинских вмешательств при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Назначением лекарственных препаратов и применение медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология- реаниматология" вне медицинской организации - Оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Профилактикой или лечением осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации - Определением показаний к вызову специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи - Определением показаний к медицинской эвакуации пациента в медицинскую

		<p>организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю "анестезиология-реаниматология"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обоснованием выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю "анестезиология- реаниматология", для медицинской эвакуации пациента - Мониторингом жизненно важных функций, их поддержание или замещение при проведении медицинской эвакуации пациента вне медицинской организации - Поддержанием или замещением жизненно важных функций при перемещении, в том числе в автомобиль скорой медицинской помощи, и транспортировке пациента при выполнении медицинской эвакуации - Медицинской сортировкой пациентов и установлением последовательности оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях - Оценкой результатов медицинских вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" вне медицинской организации
<p>ПК-2. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю "Терапия" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара</p>		
<p>ПК-2.1 Проводит обследование пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, устанавливает диагноз органной недостаточности</p>	<p>Знать</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Общие вопросы организации медицинской помощи населению - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»; - Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «Терапия»; <p>Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению экстракорпоральных методов лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - фильтрационного; - сорбционного; - обменного; - модификационного; - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - аортальной баллонной контрпульсации; - низкоинтенсивной лазеротерапии (внутривенного облучения крови) - перитонеального диализа; - энтеросорбции; - плазмафереза; - гемодиализа; - альбуминового гемодиализа; - гемофильтрации крови; - ультрафильтрации крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ультрафиолетового облучения крови; - гемосорбции; - иммуносорбции; - эритроцитафереза; - гемодиализации; - операции заменного переливания крови; -реинфузии крови; - <p>непрямого электрохимического окисления крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингирования течения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Функциональные и лабораторные методы диагностики острых нарушений функций систем и органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Принципы применения при обследовании пациентов медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Принципы применения полученных результатов обследования для формулирования предварительного диагноза; - Особенности анатомических и функциональных нарушений строения лицевого скелета, гортани и трахеи для оценки риска трудной интубации; - Клинические,функциональные и лабораторные признаки острой дыхательной недостаточности; - Клинические,функциональные и лабораторные признаки степени острой недостаточности кровообращения; - Клинические,функциональные и лабораторные признаки

		<p>степени острой почечной, печеночной и нутритивной недостаточности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медицинские показания и медицинские противопоказания к началу применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента; - Клинические, функциональные и лабораторные показания к завершению применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента; - Клинические, функциональные и лабораторные признаки острых отравлений; - Критерии определения степени и площади ожоговой травмы; - Клинические, функциональные и лабораторные признаки кислородной интоксикации и травмы повышенным давлением газа (баротравмы); - Нормальная и патологическая физиология нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек и мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови; - Патофизиология острой травмы, в том числе химической, термической, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, гипертермии, болевых синдромов, острой дыхательной, сердечнососудистой, почечной, печеночной, нутритивной и полиорганной недостаточности; - Медицинские показания к назначению комплекса исследований для диагностики смерти мозга человека; - МКБ; - Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской документации о характере заболевания и (или) состоянии, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах; - Проводить осмотр пациентов с учетом возрастных групп; - Разрабатывать план обследования пациента, уточнять объем и методы обследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Определять медицинские показания к назначению лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организовывать выполнение исследований и проводить их интерпретацию; - Определять медицинские показания к назначению дополнительных методов обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Назначать анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Применять методы обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - определение основных групп крови (A, B, 0); - определение резус-принадлежности; - исследование времени кровотечения; - пульсоксиметрию; - исследование диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследование времени кровообращения; - оценку объема циркулирующей крови; - оценку дефицита

	<p>циркулирующей крови;</p> <p>проведение импедансометрии; - исследование объема остаточной мочи; - исследование показателей основного обмена; -суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров; - оценку степени риска развития пролежней у пациентов; - оценку степени тяжести пролежней у пациента; - оценку интенсивности боли у пациента;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса предоперационного исследования для проведения планового и экстренного медицинского вмешательства в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований при проведении ИВЛ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований для выявления этиологии комы у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Проводить суточное наблюдение пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Осуществлять мониторинг основных параметров жизнедеятельности пациентов во время проведения анестезиологического пособия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований для диагностики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Интерпретировать и анализировать результаты инструментального и лабораторного обследования пациентов</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациентов врачами-специалистами</p> <p>- Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Формулировать предварительный диагноз с учетом действующей МКБ;</p> <p>- Оценивать риск трудной интубации пациента;</p> <p>- Распознавать острую дыхательную недостаточность у пациента;</p> <p>Распознавать острую недостаточность кровообращения у пациента;</p> <p>- Распознавать острую почечную, печеночную и нутритивную недостаточность у пациента;</p> <p>- Определять медицинские показания к началу, продолжительности проведения и завершению применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <p>- Распознавать острые отравления у пациента;</p> <p>- Определять степень и площадь ожоговой травмы у пациента;</p> <p>- Выявлять признаки кислородной интоксикации и травмы повышенным давлением газа (баротравмы) у пациента;</p> <p>- Организовывать консилиумы и консультации;</p>
--	---

	Владеть	<p>- Оказывать консультативную помощь врачам-специалистам</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками сбора жалоб, анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской и другой документации, о характере заболевания и (или) состоянии, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах; - Навыками осмотра (консультации) пациента; - Разработкой плана обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Назначением лабораторных, рентгенологических, функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организация их выполнения, интерпретация результатов исследования; - Назначением дополнительных методов обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Получением у врачей-специалистов информации о характере и объеме предполагаемого медицинского вмешательства; - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти; - Разработкой плана экстракорпоральной детоксикации организма в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Определением медицинских показаний к началу, продолжительности проведения и завершению применения методов искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Проведением дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний и травм, обоснование диагноза с привлечением врачей-специалистов; - Назначение консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Оценка результатов обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - определения основных групп крови (А, В, 0); - определения резус-принадлежности; - исследования времени кровотечения; - пульсоксиметрии; - исследования диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследования время кровообращения; - оценки объема циркулирующей крови; - оценки дефицита циркулирующей крови; - проведения импедансометрии; - исследования объема остаточной мочи; - исследования показателей основного обмена; - суточного прикроватного мониторирования жизненных функций и параметров; - оценки степени риска развития пролежней у пациентов; - оценки степени тяжести пролежней у пациента; - оценки интенсивности боли у пациента;
--	---------	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Формулирование предварительного диагноза; - Установление диагноза с учетом действующей МКБ
<p>ПК-2.2 Назначает анестезиологическое пособие пациенту, контролирует его эффективность и безопасность; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента</p>	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология- реаниматология» - Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «Терапия» - Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторинга течения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Топографическая анатомия нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, желудочнокишечного тракта, необходимая для выполнения медицинских вмешательств, применяемых в анестезиологии-реаниматологии - Клиническая картина, функциональная и лабораторная диагностика острых нарушений функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Патологическая физиология острой травмы, в том числе химической, термической, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, гипертермии, болевых синдромов, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных препаратов - Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в анестезиологии-реаниматологии: медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Физические и биохимические свойства медицинских газов и испаряемых анестетиков - Правила проведения сердечно-легочной реанимации - Принципы действия приборов для дефибриляции и электроимпульсной терапии - Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов детоксикации, в том числе при отдельных видах острых отравлений и эндотоксикозов - Медицинские показания и медицинские противопоказания к анестезиологическому пособию - Медицинские показания и медицинские противопоказания к экстракорпоральному лечению и протезированию жизненно важных функций - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению гипербарической оксигенации - Основные принципы действия повышенного давления и повышенной концентрации кислорода на организм человека - Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, их диагностики и лечения - Методы анестезиологического пособия в различных областях хирургии, особенности анестезиологического пособия у пациентов разных возрастных групп, в том числе с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями; методы искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций систем организма человека при состояниях, угрожающих жизни пациента - Патофизиология различных видов полиорганной недостаточности, стадии умирания и клинической смерти, восстановительного периода послеоживления (постреанимационной болезни) - Принципы асептики и антисептики - Вопросы фармакокинетики и проницаемости лекарственных препаратов через гематоэнцефалический и плацентарный барьер, а также в грудное молоко при лактации
		<ul style="list-style-type: none"> - Оценивать тяжесть состояния пациента - Оценивать операционно-анестезиологический риск в соответствии с соматическим статусом, характером и объемом медицинского вмешательства, и его неотложностью - Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных методов исследований - Оценивать состояние пациента на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования

	<ul style="list-style-type: none"> - Оценивать состояние и выделять ведущие синдромы у пациентов, находящихся в критическом состоянии - Проводить сердечно-легочную реанимацию - Осуществлять непрерывный контроль состояния пациента, распознавать осложнения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, применять обоснованную корригирующую терапию Обеспечивать проходимость дыхательных путей с помощью воздуховода, ларингеальной маски, комбинированной трубки - Осуществлять принудительную вентиляцию легких с помощью лицевой маски, интубацию трахеи на фоне введения миорелаксантов, ИВЛ ручную и с помощью респираторов, ИВЛ с раздельной интубацией бронхов, неинвазивную ИВЛ, высокочастотную ИВЛ, закрытый и открытый массаж сердца, дефибрилляцию, электроимпульсную терапию, электрокардиостимуляцию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию - Выбирать и проводить наиболее безопасное для пациента анестезиологическое пособие с использованием наркознодыхательных аппаратов и диагностических приборов во время медицинского вмешательства, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Выполнять пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства, блокаду нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к применению экстракорпоральных методов лечения и протезирования жизненно важных функций - Проводить низкоинтенсивную лазеротерапию (внутривенное облучение крови), перитонеальный диализ, энтеросорбцию, плазмаферез, гемодиализ, альбуминовый гемодиализ, гемофильтрацию крови, ультрафильтрацию крови, ультрафиолетовое облучение крови, гемосорбцию, иммуносорбцию, экстракорпоральную оксигенацию крови, кровопускание, эритроцитаферез, гемодиафильтрацию, операцию заменного переливания крови, реинфузию крови, не прямое электрохимическое окисление крови, процедуру искусственного кровообращения - Осуществлять функциональный и лабораторный мониторинг адекватности проводимого анестезиологического пособия и искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Определять необходимость в консультации врачей-специалистов - Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Терапия» - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению гипербарической оксигенации - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к аппаратной наружной и эндоваскулярной гипотермии - Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных исследований - Проводить предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания <u>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</u>: -синдрома острой дыхательной недостаточности; -синдрома острой сердечно-сосудистой недостаточности; - малого сердечного выброса; -острых геморрагических нарушений, в том числе коагулопатий; -острой почечной, печеночной, надпочечниковой недостаточности; - острых нарушений углеводного, водноэлектролитного обменов; - острого нарушения кислотно-основного баланса; -судорожного синдрома; - экзо- и эндотоксикоза; - белково-энергетической недостаточности; -полиорганной недостаточности
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Оценивать метаболический статус, определять медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению энтерального, парентерального и смешанного питания - Выполнять: -пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства; -блокаду нервных стволов и сплетений; -трахеостомию (томию), смену трахеостомической трубки, деканулирование, закрытие трахеостомы, коникотомиию; - торакоцентез, в том числе торакоцентез под контролем УЗИ; - пункцию плевральной полости под контролем УЗИ; -дренирование плевральной полости; -перикардиоцентез; -интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева; -эндотрахеальное введение лекарственных препаратов; - ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода; -ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер; -чрезвенозную катетеризацию сердца; -транстрахеальную пункцию; -пункцию и катетеризацию центральных вен, в том числе под контролем УЗИ; -непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов; - внутриартериальное введение лекарственных препаратов - Принимать решения в случае трудной интубации с учетом анатомических особенностей верхних дыхательных путей и с соблюдением алгоритма действий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационную анестезию; - ирригационную анестезию; - инфильтрационную анестезию; - проводниковую анестезию; - эпидуральную анестезию; - спинальную анестезию; - спинально-эпидуральную анестезию; - тотальную внутривенную анестезию; - комбинированный эндотрахеальный наркоз, в том числе ксенонном; - сочетанную анестезию; - аналгоседацию - Проводить подготовку медицинского оборудования, наркозно-дыхательной аппаратуры и их проверку, проверять наличие необходимых средств для анестезиологического пособия - Выбирать оптимальный вариант премедикации и проводить индукцию в наркоз с применением внутривенных или ингаляционных анестетиков с проведением ИВЛ или с сохранением спонтанного дыхания пациента - Оценивать восстановительный период после анестезиологического пособия и операции, готовность пациента к проведению экстубации и переводу его на самостоятельное дыхание - Организовать интраоперационный аппаратный мониторинг и вести динамическое наблюдение за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций - Выявлять возможные осложнения анестезиологического пособия и принимать меры по их устранению Определять медицинские показания для проведения продленной ИВЛ в стационарных условиях по профилю «Терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Обеспечивать проходимость дыхательных путей на этапах анестезиологического пособия или ведения послеоперационного периода - Выполнять фибротреахеоскопическую интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева - Организовывать мониторинг временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, после проведения медицинского вмешательства - Анализировать и корректировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, расстройств, электрокардиографических (далее - ЭКГ) и электроэнцефалографических (далее - ЭЭГ) данных - Корректировать нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, коагулопатию - Проводить незамедлительную диагностику остановки сердечной деятельности и выполнять алгоритм сердечно-легочной реанимации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской
--	---

	<p>помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Применять различные шкалы для оценки тяжести состояния пациентов и прогнозирования исхода в анестезиологии- реаниматологии
	<ul style="list-style-type: none"> - Навыками осмотра (консультация) пациента - Навыками оценки состояния пациента перед анестезиологическим пособием - Определением индивидуальной чувствительности и переносимости лекарственных препаратов - Подбором лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценкой эффективности и безопасности применяемых лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Разработкой плана анестезиологического пособия согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Разработкой плана искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проведением комплекса мероприятий по подготовке к анестезиологическому пособию, его проведению при различных медицинских вмешательствах, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Осуществлением выбора вида анестезиологического пособия и его проведение согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проведением процедуры искусственного кровообращения - Проведением аппаратной наружной и эндоваскулярной гипотермии - Проведением сеанса гипербарической оксигенации и оценка его эффективности - Проведением анестезиологического пособия по закрытому контуру (в том числе ксеноном) - Проведением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационная анестезия; - ирригационная анестезия; - инфильтрационная анестезия; - проводниковая анестезия; - эпидуральная анестезия; - спинальная анестезия; - спинально-эпидуральная анестезия; - тотальная внутривенная анестезия; - комбинированный эндотрахеальный наркоз, в том числе ксеноном; - сочетанная анестезия; - аналгоседация - Выполнение пункции и катетеризации эпидурального и спинального пространства, блокады нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ - Оказанием медицинской помощи пациентам при наличии состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе при наличии состояния

		<p>клинической смерти, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Применением экстракорпоральных методов лечения остро развившихся временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - фильтрационных; - сорбционных; - обменных; - модификационных; - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - аортальной баллонной контрпульсации; - низкоинтенсивной лазеротерапии (внутривенозного облучения крови) - перитонеального диализа; - энтеросорбции; - плазмафереза; - гемодиализа; - альбуминового гемодиализа; - гемофильтрации крови; - ультрафильтрации крови; - ультрафиолетового облучения крови; - гемосорбции; - иммуносорбции; - эритроцитафереза; - гемодиафильтрации; - операции заменного переливания крови; - реинфузии крови; - непрямого электрохимического окисления крови - Проведением детоксикации при экзо- и эндотоксикозах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Наблюдением за состоянием пациента после окончания анестезиологического пособия до восстановления и стабилизации жизненно важных систем организма - Проведением мероприятий по лечению осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению инфузионной терапии, выбор необходимых инфузионных и трансфузионных сред - Проведением инфузионной терапии - Определением группы крови пациента, проведение проб на совместимость и выполнение внутривенного переливания крови и ее компонентов, препаратов крови - Выявлением возможных посттрансфузионных реакций и осложнений и борьба с ними - Применением лекарственных препаратов, медицинских изделий и оборудования, использующихся в анестезиологии- реаниматологии - Внедрением новых технологий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы
	Знать	<ul style="list-style-type: none"> - Причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме (в том числе химической и термической), кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности - Клиническая картина, функциональная и лабораторная диагностика острых нарушений функций органов и систем организма человека - Анатомия, физиология и патофизиология органов и систем организма человека - Принципы профилактики и лечения основных осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, их диагностики и лечения у взрослых, детей и стариков - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология- реаниматология» Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология и реаниматология» - Клиническое и фармакологическое обоснование использования средств и методов, применяемых для профилактики осложнений анестезиологического пособия,

		<p>искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основные причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме, кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечнососудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Определять объем и последовательность медицинских вмешательств с целью профилактики развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при оказании медицинской помощи - Осуществлять комплекс медицинских вмешательств с целью безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Проводить профилактику развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение пролежней - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение респиратор-ассоциированных пневмоний - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений - Определять объем медицинских вмешательств по предупреждению тугоподвижности суставов - Определять медицинские показания к проведению инфузионной терапии, определять объем и свойства инфузируемых растворов, их совместимость и переносимость - Обеспечивать преемственность лечения пациентов - Оценивать на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования состояние пациентов, в том числе требующих медицинской эвакуации, обеспечивать ее безопасность
		<ul style="list-style-type: none"> - Определением объема и последовательности медицинских вмешательств по профилактике развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Осуществлением комплекса медицинских вмешательств по обеспечению безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Осуществлением профилактики развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение трофических нарушений кожных покровов - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение респиратор-ассоциированных пневмоний - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений - Определением объема медицинских вмешательств по предупреждению тугоподвижности суставов - Определением медицинских показаний для своевременного оказания медицинской помощи в стационарных условиях в отделении анестезиологии-реанимации - Определением медицинских показаний к проведению инфузионной терапии, определение объема и свойств инфузируемых растворов, их совместимости и переносимости - Консультирование врачей-специалистов
ПК-2.4 Назначает	Знать	- Стандарты медицинской помощи по профилю "Терапия"

<p>мероприятия медицинской реабилитации и контролирует их эффективность</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю "Терапия" - Основы медицинской реабилитации - Методы медицинской реабилитации - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология- реаниматология" - Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациента - Медицинские показания для привлечения врачей- специалистов для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации - Механизмы воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов в критических состояниях
		<ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания для привлечения к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Составлять индивидуальный план реабилитационных мероприятий в зависимости от тяжести состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить мероприятия медицинской реабилитации - Привлекать к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи - - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации
	<p>Владеть</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Составлением индивидуального плана реабилитационных мероприятий в зависимости от тяжести состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Реализацией мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов - Определением медицинских показаний для привлечения к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценкой эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Разработкой плана реабилитационных мероприятий - Проведением мероприятий медицинской реабилитации - Определением медицинских показаний для привлечения врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации - Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациентов

ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология"	Знать	- Порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских осмотров - Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации - Порядок выдачи листков нетрудоспособности
	Уметь	- Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм - Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, медицинских осмотров - Оформлять лист нетрудоспособности
	Владеть	- Проведением отдельных видов медицинских экспертиз - Проведением экспертизы временной нетрудоспособности - Подготовка медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу
ПК-3.Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	- Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Терапия", в том числе в форме электронных документов
	Уметь	- Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде - Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну
	Владеть	- Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну
ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	- Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь по профилю "Терапия"
	Уметь	- Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей медицинским персоналом - Организовывать работу специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации - Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
	Владеть	- Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции - Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом - Организация работы специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости оценивается выполнение работ, соответствующие видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, предусмотренных программой производственной практики. Текущий контроль успеваемости осуществляется ответственным работником за проведение практической подготовки, о чем делается отметка (подпись) в соответствующем столбце дневника практики.

Промежуточная аттестация проводится в период, предусмотренный календарным учебным графиком. Оценивание уровня сформированности компетенций осуществляется в ходе защиты отчета о прохождении практики и ответов на вопросы. При выставлении оценки также учитывается характеристика на обучающегося, содержащая сведения об уровне освоения обучающимся профессиональных компетенций в период прохождения практики.

Обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», если учебным планом предусмотрен зачет с оценкой.

Оценка «отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его изложил в отчете о

прохождении практики и на его защите, 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 изложил его в отчете о прохождении практики и на его защите, не допускает существенных неточностей в ответе на вопросы, 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 как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов руководителя практической подготовки, 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 как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, 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.

Обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено», «не зачтено», если учебным планом предусмотрен зачет.

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его изложил в отчете о прохождении практики и на его защите, 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. Если допускает незначительные ошибки, то может устранить их самостоятельно, либо при помощи наводящих вопросов экзаменатора.

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, 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.

Ординатору, не сдавшему отчет о прохождении практики в установленный календарным учебным графиком период, выставляется оценка «неудовлетворительно» или «не зачтено».

3. Типовые контрольные задания

Раздел	Наименование раздела	Оценочное задание	Код индикатора
Полугодие 2			
Раздел 1	Производственная практика	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптомы синкопальных состояний и меры неотложной помощи при них. 2. Назовите признаки остановки дыхания и кровообращения. 3. Перечислите порядок действий выполнения базовой сердечно- легочной реанимации. 4. Назовите симптомы острой дыхательной недостаточности. Меры неотложной помощи. 5. Признаки легочного кровотечения. Алгоритм действий при этом состоянии. 6. Критерии астматического статуса. Каковы меры неотложной помощи? 	<p>УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.6</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Каковы симптомы кровотечения из различных отделов ЖКТ? Ваши неотложные действия? 8. Симптоматика тромбоза мезентериальных сосудов. Неотложная помощь. 9. Симптомы печеночной комы. Меры неотложной помощи. 10. Алгоритм действий при гемодинамической нестабильности больного ТЭЛА. 11. Симптоматика комы при сахарном диабете, неотложная помощь. 12. Симптоматика комы при гипертиреозном кризе, 13. Симптоматика комы при острой надпочечниковой недостаточности, неотложная помощь. 14. Симптоматика анафилактического шока, неотложная помощь. 15. Симптоматика ангионевротического отека, неотложная помощь. 	

Раздел 2	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию? 2. Правила оформления листка нетрудоспособности в стационаре. 3. Опишите принципы работы и возможности работы Единой медицинской информационно- аналитической системы (ЕМИАС). 4. Порядок рассмотрения жалоб пациентов на лечение в стационаре. 5. Какие правила оформления этапного эпикриза в истории болезни пациента? 6. Особенности оформления выписного эпикриза в истории болезни пациента. 7. Опишите алгоритм первичного осмотра пациента лечащим врачом в условиях стационара. 8. Опишите принципы лечения пациентов со стабильной ИБС. 9. Как правильно провести анализ полученных данных и провести дифференциальный диагноз? 10. Какие мероприятия по профилактике бронхолегочных заболеваний Вы знаете? 11. Какой план мероприятий реабилитации необходимо составить у пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда? 12. Опишите алгоритм оказания неотложной помощи при отеке легких. 13. В каких консилиумах по разбору больных вы участвовали по месту прохождения практики? Каких больных вы докладывали? 14. Перечислите требования к докладу на утренних врачебных конференциях. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-2.2 ПК-2.3</p>
Полугодие 3			
Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию? 2. Опишите Ваши обязанности на дежурствах. 3. Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики. 4. Опишите структуру/график рабочего дня в учреждении по месту прохождения практики. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Опишите правила сбора анамнеза, составление плана обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия». 6. Перечислите физикальные методы обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия». 7. Перечислите основные диагностические мероприятия, проводимые у пациента с заболеванием желудочно-кишечного тракта. 8. На проведение каких манипуляций пациентом заполняется информированное согласие? 9. Опишите тактику ведения больных с гломерулонефритом. 10. Назовите возможности профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта. 11. Какие методы респираторной реабилитации применяются у пациентов после перенесенной пневмонии? 12. Какие виды экстренной и неотложной помощи Вы оказывали во время прохождения практики в стационаре? 13. Какие клинические случаи на дежурствах Вам особенно запомнились? 14. Расскажите про требования к докладу на клинических обходах. 15. Как правильно обосновать необходимость проведения врачебного консилиума? 16. Правила оформления листка нетрудоспособности в стационаре. 17. Какие документы оформляются врачом в случае смерти пациента? 	<p>ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-2.2 ПК-2.3</p>
--	--	--	---

Полугодие 4

Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В каком (их) отделении (ях) вы проходили практику? 2. Опишите структуру/график рабочего дня в учреждении прохождения практики. 3. Опишите правила организации медицинской помощи в условиях паллиативного отделения 4. Опишите правила сбора анамнеза, составление плана обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия». 5. Перечислите физикальные методы обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия». 6. Перечислите основные диагностические мероприятия, проводимые у пациента с заболеванием бронхолегочной системой или подозрением на заболевание бронхолегочной системы. 7. На проведение каких манипуляций пациентом заполняется информированное согласие? 8. Опишите тактику ведения пациентов с реактивным артритом в зависимости от этиологии. 9. Какие виды экстренной и неотложной помощи Вы оказывали во время прохождения практики в стационаре? 10. Назовите мероприятия по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. 11. Правила проведения санитарнопротивоэпидемических мероприятий в очаге инфекций. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-2.2 ПК-2.3</p>
-------------	-----------	---	--

		<ol style="list-style-type: none">12. Как осуществляется медицинская реабилитация и санаторно-курортного лечение пациентов с бронхиальной астмой?13. Правила оформления документов для направления пациента на медицинскую реабилитацию.14. Перечислите медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма для прохождения медико-социальной экспертизы.15. Присутствовали ли Вы на патологоанатомическом исследовании пациентов?16. Какие документы оформляются врачом в случае смерти пациента?17. Правила общения с родственниками пациентов.18. В каких медицинских конференциях Вы принимали участие?19. Пациентов с какими заболеваниями вы докладывали на утренних конференциях?	
--	--	--	--