

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«Ярославский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ**

**УТВЕРЖДАЮ**  
Ректор Университета профессор



А.В.Павлов  
«01» сентября 2020 г.

**ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ  
«Общая врачебная практика (семейная медицина)»**

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 1 «Педиатрия»  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 2 «Терапия»

г. Ярославль  
2021 г.

**СОГЛАСОВАНО**

Начальник ЦНМФО доцент

**ОДОБРЕНА**

методической комиссии ЦНМФО

П.С.Жбанников

«28» августа 2020 г.

«20» августа 2020 г.

Программа профессиональной переподготовки «Общая врачебная практика (семейная медицина)» разработана в соответствии с требованиями Примерной дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки сотрудниками кафедры педиатрии ИПДО ФГБОУ ВО ЯГМУ (заведующий кафедрой Баранов А.А., профессор, доктор медицинских наук) под руководством ректора Университета А.В.Павлова, профессора, доктора медицинских наук

Программа профессиональной переподготовки **«Общая врачебная практика (семейная медицина)»** рассмотрена и рекомендована к утверждению на кафедральном совещании «\_26» августа 2020г., протокол №12.

Зав. кафедрой поликлинической терапии, клинической лабораторной диагностики и медицинской биохимии  
профессор, д.м.н. Баранов А.А.

**УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:**

<b>ДПО</b>	Дополнительное профессиональное образование
<b>ДПП</b>	Дополнительная профессиональная программа
<b>ФГОС</b>	Федеральные государственные образовательные стандарты
<b>ПП</b>	Профессиональная переподготовка
<b>ПК</b>	Повышение квалификации
<b>УК</b>	Универсальные компетенции
<b>ОПК</b>	Обще-профессиональные компетенции
<b>ПК</b>	Профессиональные компетенции
<b>ПДПП</b>	Примерная дополнительная профессиональная программа
<b>УМК</b>	Учебно-методический комплекс

## Содержание

Наименование раздела дополнительной профессиональной программы	Стр.
1. Состав рабочей группы и консультантов по разработке программы профессиональной переподготовки «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	
2. Пояснительная записка	
3. Планируемые результаты обучения: 3.1. Характеристика формируемых компетенций	
4. Учебный план	
5. Календарный учебный график	
6. Рабочие программы учебных модулей ПП «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	
7. Организационно-педагогические условия реализации ПП «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	
8. Формы аттестации	
9. Оценочные материалы	

### СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

по разработке программы профессиональной переподготовки  
«Общая врачебная практика (семейная медицина)»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Баранов Андрей Анатольевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой поликлинической терапии, клинической лабораторной диагностики и медицинской биохимии	ФГБОУ ВО ЯГМУ
2.	Аксенфельд Раиса Гарриевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры поликлинической терапии, клинической лабораторной диагностики и медицинской биохимии	ФГБОУ ВО ЯГМУ
3.	Павлючков Андрей Петрович		Ассистент кафедры кафедрой поликлинической терапии, клинической лабораторной диагностики и медицинской биохимии	ФГБОУ ВО ЯГМУ
По методическим вопросам				
1.	Жбанников Петр Станиславович	к.м.н., доцент	Начальник центра непрерывного медицинского и фармацевтического образования	ФГБОУ ВО ЯГМУ
2.	Политов Станислав Ярославович	к.м.н.	Начальник отдела инновационного образования и развития образовательных программ	ФГБОУ ВО ЯГМУ

# **Программа профессиональной переподготовки врачей со сроком освоения 576 академических часов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»**

## **Пояснительная записка**

1.1. Цель программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (далее – Программа) заключается в приобретении врачами компетенции, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

Вид программы: практикоориентированная.

Трудоемкость освоения – 576 академических часов.

Основными компонентами Программы являются:

- ✓ общие положения, включающие цель программы;
  - ✓ планируемые результаты обучения;
  - ✓ учебный план;
  - ✓ календарный учебный график;
  - ✓ рабочие программы учебных модулей:
- 1) «Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика, организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике.»
  - 2) «Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.»
  - 3) «Хирургические болезни в общей врачебной практики.»
  - 4) «Акушерство и гинекология в ОВП»
  - 5) «Болезни детей и подростков в ОВП»
  - 6) «Болезни нервной системы в ОВП»
  - 7) «Болезни уха, горла и носа в ОВП»
  - 8) «Болезни глаз в ОВП»
  - 9) «Болезни кожи в ОВП»
  - 10) «Психология в работе ВОП»
  - 11) «Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация»
  - 12) «Обучающий симуляционный курс»
    - ✓ организационно-педагогические условия;
    - ✓ формы аттестации;
    - ✓ оценочные материалы.

1.2. Реализация Программы осуществляется в рамках образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам и направлена на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей врачей, качественное расширение области знаний, умений и навыков, востребованных при выполнении нового вида профессиональной деятельности по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

На обучение по программе могут быть зачислены врачи с высшим медицинским образованием по одной из специальностей – «Лечебное дело», «Педиатрия», прошедшие обучение по программам интернатуры/ординатуры по одной из специальностей, указанных в квалификационных требованиях к медицинским работникам с высшим образованием по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

### **Основная цель вида профессиональной деятельности:**

Целью учебной дисциплины является освоение теоретических основ и практических навыков по специальности общая врачебная практика, формирование у слушателей врачебного поведения, мышления и умения, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению взрослых и детей при

распространенных заболеваниях.

### **Задачи изучения предмета:**

- ✓ освоение методов диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний
- ✓ освоение методов лечения больных с патологией внутренних органов
- ✓ освоение методов формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому

## **Характеристика профессиональной деятельности слушателей**

### **2.1 Область профессиональной деятельности слушателей**

Область профессиональной деятельности слушателей, освоивших программу профессиональной переподготовки, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

### **2.2 Объекты профессиональной деятельности слушателей**

Объектами профессиональной деятельности слушателей, освоивших программу профессиональной переподготовки, являются:

- ✓ физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- ✓ население;
- ✓ совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

### **2.3 Виды профессиональной деятельности, к которому готовятся слушатели**

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся слушатели, освоившие программу профессиональной переподготовки:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая.

### **2.4 Задачи профессиональной деятельности слушателей**

Для освоения программы по специальности «Общая врачебная практика» специалист (врач) должен уметь решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности:

- ✓ **профилактическая деятельность:**
- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- ✓ **диагностическая деятельность:**
  - ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
  - ✓ диагностика неотложных состояний;
  - ✓ диагностика беременности;
  - ✓ проведение медицинской экспертизы;
- ✓ **лечебная деятельность:**
  - ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
  - ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
  - ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- ✓ **реабилитационная деятельность:**
  - ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
  - ✓ психолого-педагогическая деятельность;
  - ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- ✓ **организационно-управленческая деятельность:**
  - ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
  - ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
  - ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
  - ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
  - ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
  - ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
  - ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

## 2.5 Планируемые результаты освоения программы профессиональной переподготовки

В результате изучения дисциплины у слушателя совершенствуются следующие профессиональные компетенции:

### **Профилактическая деятельность:**

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

### **Диагностическая деятельность:**

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

#### **Лечебная деятельность:**

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

#### **Реабилитационная деятельность:**

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

#### **Психолого-педагогическая деятельность:**

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

#### **Организационно-управленческая деятельность:**

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

В результате изучения дисциплины у слушателя совершенствуются следующие профессиональные навыки:

#### **Практические навыки, применяемые при терапевтических заболеваниях:**

- измерение артериального давления у взрослых и детей
- регистрация и анализ ЭКГ
- методика снятия и анализа спирограмм, пикфлоуметрия
- использование ингаляторов и небулайзеров
- методика чтения рентгенограмм
- промывание кишечника (очистительные клизмы), постановка лечебных клизм
- пальцевое исследование прямой кишки
- катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером
- промывание мочевого пузыря
- все виды инъекций
- интерпретация пробы Манту

#### **Практические навыки, применяемые при неотложной помощи**

- методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости
- сердечно-легочная реанимация у новорожденных, детей и взрослых
- дефибриляция

#### **Практические навыки, применяемые в дерматологии:**

- применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней
- диаскопия



### **Практические навыки, применяемые в неврологии:**

- исследование 12 пар черепно-мозговых нервов, патологических рефлексов, менингеальных симптомов, моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек);
- оценка координации движений

### **Практические навыки, применяемые при болезнях детей и подростков**

- определение функционального состояния организма
- выделение групп здоровья детей
- комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)
- уход за новорожденным
- расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери
- расчет питания для детей 1-го года жизни
- выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала)
- составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии
- применение лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно)

### **Практические навыки, применяемые при хирургических заболеваниях:**

- наблюдение за оперированными пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе
- пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе
- зондирование полостей и свищей
- местная инфильтрационная анестезия (обезболивание)
- применение асептики и антисептики: техника обработки рук, стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала, утилизация медицинских отходов
- общехирургические техники и оперативные вмешательства: первичная хирургическая обработка поверхностных ран, снятие швов, обработка ожоговой поверхности, наложение повязок, вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев
- временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, прижатием, наложением зажима в ране, гемостатическими средствами)

### **Практические навыки, применяемые при травмах:**

- Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника

### **Практические навыки, применяемые в офтальмологии**

- клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)
- осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения
- осмотр глубоких сред методом проходящего света
- офтальмоскопия
- определение остроты зрения, цветового зрения
- оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии
- измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)

- периметрия
- местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней
- удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицы

#### **Практические навыки, применяемые в отоларингологии:**

- риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия непрямая, отоскопия
- передняя тампонада носа
- определение проходимости слуховой трубы
- зондирование и промывание лакун миндалин
- пороговая аудиометрия
- проведение планового лечения консервативными методами часто встречающихся заболеваний уха, горла, носа у взрослых и детей:
- введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)
- туалет уха, удаление серных пробок
- уход за трахеостомой и трахеостомической трубкой
- оказание неотложной помощи при неотложных состояниях в отоларингологии: удаление инородного тела из уха и носа, первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины, прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой
- перегородки

#### **Практические навыки, применяемые в акушерстве и гинекологии:**

- двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование
- диагностика беременности и ее срока, наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода
- ведение физиологических родов
- первичный туалет новорожденного, перевязка и обработка пупочной ранки
- оценка состояния новорожденного, оценка состояния последа
- применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное)

#### **Практические навыки, применяемые при лабораторной диагностике**

- проведение глюкометрии экспресс-методом
- интерпретация анализа крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ
- взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования: крови, мочи, кала, мокроты, из уретры, с шейки матки, влагалища, содержимого ран, с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок, со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха, с конъюнктивы
- клиническое исследование мочи: определение экспресс-методом (тест полоски) белка, сахара и ацетона в моче

#### **Практические навыки, применяемые в геронтология:**

- навыки общения с пациентом и его родственниками, особенности общения с детьми и пожилыми, навыки общения с коллегами, умение справляться со стрессовыми ситуациями, синдромом "эмоционального выгорания";

#### **Практические навыки, применяемые в психиатрии**

- особенности беседы с больным, имеющим психические нарушения; выявление суицидальных намерений; клинические методы диагностики наркотической зависимости; диагностика признаков депрессий

**Практические навыки, применяемые при болезнях зубов, слизистой полости рта и языка:**

- методика осмотра полости рта, обследования зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта

**Практические навыки, применяемые при медико-профилактической и организационно-экономической работе**

- методы определения и оценки физического развития: оценка физического развития по стандартам, показатели общественного здоровья
- исследование и анализ демографических и медико-социальных показателей общественного здоровья населения, прикрепленного к общей врачебной практике:

**Навыки организации лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому при оказании первичной медико-санитарной помощи:**

- организация маршрута пациента: комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, консультации специалистов, госпитализации;
- пропаганда медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания;
- медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, проведение врачебной комиссии (ВК), определение медицинских показаний к трудоустройству

**Трудоемкость дисциплины**

<b>№</b>	<b>Вид учебной работы</b>	<b>ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)</b>	<b>Всего ЗЕ</b>
1	Общее количество часов по учебному плану	576	16
2	Аудиторные занятия, в том числе	576	16
2.1	Лекции	144	4
2.2	Клинические (практические) занятия	432	12
3	Итоговая аттестация	6	

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**  
**программы профессиональной переподготовки**  
**«Общая врачебная практика — семейная медицина)»**

№ п/п	Раздел			Форма контроля
1.	Введение в специальность, организационные и юридические аспекты профессиональной деятельности.	9	0,25	ЗАЧЕТ
2.	Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.	127	3,5	ЗАЧЕТ
3.	Вопросы смежных специальностей			
	<b>Хирургические болезни в общей врачебной практике</b>	64	1,8	ЗАЧЕТ
	<b>Акушерство и гинекология в ОВП</b>	54	1,5	ЗАЧЕТ
	<b>Болезни детей и подростков в ОВП</b>	72	2	ЗАЧЕТ
	<b>Болезни нервной системы в ОВП</b>	72	2	ЗАЧЕТ
	<b>Болезни уха, горла и носа в ОВП</b>	63	1,75	ЗАЧЕТ
	<b>Болезни глаз в ОВП</b>	72	2	ЗАЧЕТ
	<b>Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП</b>	10	0,3	ЗАЧЕТ
	<b>Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.</b>	7	0,2	ЗАЧЕТ
	<b>Интенсивная терапия и реанимация.</b>	8	0,2	ЗАЧЕТ
4.	Обучающий симуляционный курс	12	0,5	ЗАЧЕТ
	<b>Итоговая аттестация</b>	6	0,2	Экзамен
	<b>Итого:</b>	<b>576</b>	<b>16</b>	

**Учебный план программы профессиональной переподготовки  
«Общая врачебная практика — семейная медицина»**

№	Наименование раздела	Всего ЗЕ	Всего КЕ (часов)	В том числе (часы)		
				лекции	Семинарские, практические занятия	
1.	<b>Рабочая программа учебного модуля 1 Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика, организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике.</b>					
1.1	Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Законодательные акты и нормативные документы, регламентирующие порядок перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ		1	1		
1.2	Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ		1		1	
1.3	Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи. Понятия "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.		1		1	
1.4	Система физического воспитания. Физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине). Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Лечебно-профилактическое питание.		1		1	
1.5	Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики.		1		1	
1.6	Основы профилактической гериатрии. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Профилактика преждевременного старения. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.		1		1	

1.7	Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов;		1		1	
1.8	Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП. Законодательные аспекты деятельности ВОП/СВ. Права ВОП/СВ. Функциональные обязанности. Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента		1		1	
1.9	Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.		1	1		
2.	<b>Рабочая программа учебного модуля 2 Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.</b>					
2.1	<i>Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ</i>		12	3	9	
2.2	<i>Кардиология.</i>		24	6	18	
2.3	<i>Ревматология.</i>		7	1	6	
2.4	<i>Гастроэнтерология</i>		23	7	16	
2.5	<i>Пульмонология и аллергология</i>		21	5	16	
2.6	<i>Заболевания мочевыделительной системы.</i>		9	2	7	
2.7	<i>Гематология</i>		4	1	3	
2.8	<i>Эндокринология</i>		6	2	4	

2.9	<i>Болезни пожилых в ОВП</i>		5	1	4	
2.10	<i>Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в ОВП болезни в ОВП</i>		10	2	8	
2.11	<i>Зачет</i>		6		6	

3.	<b>Рабочая программа учебного модуля 3 Хирургические болезни в общей врачебной практики. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация</b>					
3.1	Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного.. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургического профиля.		2	1	1	
3.2	<i>Вопросы общей хирургии.</i>		4	3	1	
3.3	<i>Острые заболевания органов брюшной полости.</i>		6	2	4	
3.4	<i>Заболевания толстой кишки.</i>		7	2	5	
3.5	<i>Некоторые вопросы сосудистой хирургии.</i>		2	0	2	
3.6	<i>Эндокринная хирургия.</i>		2	0	2	
3.7	<i>Гнойная хирургическая инфекция.</i>		4	0	4	
3.8	<i>Урология</i>		3	1	2	
3.9	<i>Травматология и ортопедия как специальность.</i>		4	2	2	
3.10	<i>Методы лечения переломов.</i>		6	2	4	

3.11	<i>Частная травматология.</i>		4	2	2	
3.12	<i>Термические поражения.</i>		1	0	1	
3.13	<i>Последствия повреждений</i>		1	0	1	
3.14	<i>Детские ортопедические заболевания.</i>		4	0	4	
3.15	<i>Дегенеративно-дистрофические поражения суставов.</i>		2	1	1	
3.16	<i>Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника</i>		3	1	2	
3.17	<i>Остеопороз</i>		3	1	2	
3.18	<i>Зачет</i>		6	0	6	

4.	<b>Рабочая программа учебного модуля 4 Акушерство и гинекология в ОВП</b>					
4.1	<i>Акушерство в ОВП</i>		26	6	20	
4.2	<i>Гинекология</i>		26	6	20	
4.3	<i>Зачет</i>		2		2	

5.	<b>Рабочая программа учебного модуля 5 Болезни детей и подростков в ОВП</b>					
----	---	--	--	--	--	--



5.1	Вскармливание детей первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания		3	1	2	
5.2	Питание детей дошкольного возраста		3	1	2	
5.3	Рахит и рахитоподобные заболевания		2	1	1	
5.4	Гипотрофия, паратрофия		1		1	
5.5	Ведение детей с расстройствами питания. Ожирение. Нарушение полового созревания.		1		1	
5.6	Железодефицитная анемия		2		2	
5.7	<b><i>Болезни почек и мочевыводящих путей у детей</i></b>		<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	
5.8	<b><i>Болезни дыхательной системы у детей</i></b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	
5.9	<b><i>Аллергические болезни у детей</i></b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	
5.10	<b><i>Болезни сердечно-сосудистой системы у детей</i></b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
5.11	<b><i>Болезни желудочно-кишечного тракта у детей</i></b>		<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	
5.12	<b><i>Инфекционные болезни у детей. Вакцинация</i></b>		<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	
5.13	Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей.		3	1	2	

5.14	Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Наследственная патология: муковисцедоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика		2		2	
5.15	Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.		2		2	
5.16	Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкоидные реакции, геморрагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики.		2		2	
5.17	Неотложная помощь в педиатрии. Внезапная смерть ребенка		3	1	2	
5.18	Стандарты в педиатрии		2	1	1	
5.19	<i>Зачет</i>		6		6	

6.	<b>Рабочая программа учебного модуля 6 Болезни нервной системы в ОВП</b>					
6.1	<i>Пропедевтика клинической неврологии</i>		21	7	14	
6.2	<i>Частная клиническая неврология</i>		45	13	32	
6.3	<i>Зачет</i>		6		6	

7.	<b>Рабочая программа учебного модуля 7 Болезни уха, горла и носа в ОВП</b>					
----	--	--	--	--	--	--

7.1	Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР- органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)		7	3	4	
7.1.1	Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.		1	1		
7.1.2	Распространенность ЛОР-заболеваний		1	1		
7.1.3	Методы осмотра ЛОР-органов		5	1	4	
7.2	<i>Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов</i>		9	3	6	
7.3	<i>Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</i>		5	1	4	
7.4	<i>Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</i>		6	1	5	
7.5	<i>Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)</i>		4	1	3	
7.6	<i>Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.</i>		6	1	5	
7.7	<i>Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.</i>		4	1	3	
7.8	<i>Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней</i>		6	1	5	
7.9	<i>Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани.</i>		5	2	3	

7.10	<i>Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей.</i>		5	2	3	
7.11	<i>Зачет</i>		6		6	

<b>8. Рабочая программа учебного модуля 8 Болезни глаз в ОВП</b>						
8.1	Анатомия глаза		3	1	2	
8.2	Зрительные функции и методы их исследования.		3	1	2	
8.3	Патология оптической системы (миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм).		6	2	4	
8.4	Способы оптической коррекции зрения . Хирургические методы коррекции рефракции		5	1	4	
8.5	Воспалительные заболевания глаз (век, слезных органов, конъюнктивы, орбиты, склеры). Ранняя диагностика, первичная врачебная помощь, лечение.		3	1	2	
8.6	Травмы глаз. Ранения век, их классификация. Ранения глазного яблока. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза. Ожоги органа зрения. Поражения глаз различными видами излучения.		6	2	4	
8.7	Роговица: заболевания и повреждения. Ранняя диагностика. Первая помощь.		3	1	2	
8.8	Патология сосудистого тракта (врожденные аномалии, увеиты)		3	1	2	
8.9	Заболевания сетчатки (острое нарушение кровообращения в сетчатке, дистрофия, отслойка)		5	1	4	

8.10	Заболевания зрительного нерва (невриты, ишемические и токсические поражения; застойный диск, атрофия)		3	1	2	
8.11	Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы.		5	1	4	
8.12	Катаракта. Диагностика. Тактика ведения больных врачами общей практики. Оптическая коррекция		3	1	2	
8.13	Изменение органа зрения при общих заболеваниях организма		6	2	4	
8.14	Распознавание онкологических заболеваний глаз. Тактика врача общей практики.		3	1	2	
8.15	Особенности патологии глаз у детей		3	1	2	
8.16	Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики.		6	2	4	
8.17	<i>Зачет</i>		6		6	
9	<b>Рабочая программа учебного модуля 9 Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП</b>					
9.1	Общая дерматология (Общая патология кожи, сыпные элементы, методика обследования кожного больного, принципы наружной терапии)			1		

9.2	Аллергические дерматозы (дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, зудящие дерматозы)		1		1	
9.3	Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырьные дерматозы, экзема, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай)		1		1	
9.4	Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пиодермии, дерматозоонозы, поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях, вирусные заболевания кожи)		1		1	
9.5	Грибковые заболевания (поверхностные микозы)		1		1	
9.6	Наследственные дерматозы		1	1		
9.7	Сифилис		1		1	
9.8	ЗППП		1		1	
9.9	Опухоли кожи		1	1		
9.10	<i>Зачет</i>		1		1	
10	<b>Рабочая программа учебного модуля 10 Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.</b>					

10.1	<p>Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии.</p> <p>Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных.</p> <p>Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом.</p> <p>Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей.</p> <p>Психология врача.</p>		1	1		
10.2	<p>Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство.</p> <p>Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей</p>		1	1		
10.3	<p>Современные принципы и методы лечения психических заболеваний. Экстренная помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий.</p> <p>Медицинские показания к госпитализации. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний.</p>		1		1	
10.4	<p>Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления.</p> <p>Принципы лечения. Тактика ведения больных</p>		0,5		0,5	
10.5	<p>Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека. Психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.</p>		1		1	
10.6	<p>Основы семейной психологии. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики.</p>		0,5		0,5	
10.7	<p>Алкоголизм, наркомания, токсикомания: социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.</p>		1	1		
10.8	<b>Зачет</b>		1		1	

11	<b>Рабочая программа учебного модуля 11 Интенсивная терапия и реанимация.</b>					
11.1	Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния.		1		1	
11.2	Коматозные состояния.		1		1	
11.3	Острые отравления.		1		1	
11.4	Поражение электрическим током, молнией, солнечный удар. Утопление, удушье		1		1	
11.5	Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	
11.6	Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	
11.7	Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.		1		1	
11.8	<i>Зачет</i>		1		1	
9.	<b>Обучающий симуляционный курс</b>	<b>0,5</b>	<b>12</b>		<b>12</b>	



10.	Итоговая аттестация		6		6	
11.	Общий объем подготовки	16	576	144	432	

### Календарный учебный график

	1 месяц	2 месяц	3 месяц	4 месяц
<b>Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика, организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике.</b>	9			
<b>Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.</b>	127			
<b>Хирургические болезни в общей врачебной практики. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация</b>	8	56		
<b>Акушерство и гинекология в ОВП</b>		54		
<b>Болезни детей и подростков в ОВП</b>		34	38	
<b>Болезни нервной системы в ОВП</b>			72	
<b>Болезни уха, горла и носа в ОВП</b>			34	29
<b>Болезни глаз в ОВП</b>				72
<b>Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП</b>				10
<b>Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.</b>				7
<b>Интенсивная терапия и реанимация</b>				8
<b>Обучающий симуляционный курс</b>				12
<b>Итоговая аттестация</b>				6
<b>Итого</b>	144	144	144	144

## Рабочие программы учебных модулей

### Рабочая программа учебного модуля №1

**Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика в профессиональной деятельности в общей врачебной практике. Организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике**

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
1.1	Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)». Определение «врач общей практики (семейный врач)». Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенций.
1.2	Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ. Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенций ВОП/СВ.
1.3	Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи. Понятия “профилактика”, “медицинская профилактика”, "предболезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.
1.4	Система физического воспитания. Физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине). Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Лечебно- профилактическое питание.
1.5	Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики.
1.6	Основы профилактической гериатрии. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Профилактика преждевременного старения. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения
1.7	Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов

1.8	Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП. Законодательные аспекты деятельности ВОП/СВ. Права ВОП/СВ. Функциональные обязанности. Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента
1.9	Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.

## Рабочая программа учебного модуля №2

### Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
<b>2.1</b>	<b><i>Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ</i></b>
2.1.1	Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура.
2.1.2	Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений. Методы расчета СКФ. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок
2.1.3	Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена
2.1.4	Исследование мочи. Мочевой осадок. Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок.
2.1.5	Спирография. Основные показатели.
2.1.6	ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.
2.1.7	Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
2.1.8	Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца.
2.1.9	Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков
2.1.10	Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом повреждении и некрозе сердечной мышцы
	<b><i>Вопросы терапии</i></b>
<b>2.2</b>	<b><i>Кардиология</i></b>
2.2.1	Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии в работе врача общей практики. Этиология. Патогенез. Современная классификация.
2.2.2	Гипертонические кризы. Клиническая картина. Неотложная помощь
2.2.3	Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные и вазоренальные гипертензии. Эндокринные симптоматические артериальные гипертензии. Алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагноз
2.2.4	Гипертоническая болезнь. Тактика подбора медикаментозной терапии.
2.2.5	Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке
2.2.6	Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Современная классификация.
2.2.7	Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая сердечная недостаточность. Врачебная тактика. Неотложная терапия.

2.2.8	Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС.
2.2.9	Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии.
2.2.10	Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма.
2.2.11	Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Дисфункции синусового узла. Синдром слабости синусового узла.
2.2.12	Атриовентрикулярная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости.
2.2.13	Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз.
2.2.14	Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в работе врача общей практики
2.2.15	Врожденные и приобретенные пороки сердца.
2.2.16	Дифференциальная диагностика кардиомегалий. Синдром «большого сердца».
2.2.17	Миокардиты. Этиопатогенез. Принципы терапии. Перикардиты. Этиопатогенез. Терапия.
2.2.18	Инфекционный эндокардит
2.2.19	Кардиомиопатии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Дилатационная кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия. Тактика ведения больных
2.2.20	Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы), профилактика первичная и вторичная. Гиперхолестеринемия. Дислипидемии. Врачебная тактика
2.2.21	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля.
<b>2.3</b>	<b><i>Ревматология.</i></b>
2.3.1	Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика.
2.3.2	Полимиозит и дерматомиозит. Смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа). Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. Современное представление о терапии.
2.3.3	Системные васкулиты (узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Шенлейн-Геноха, гиганто-клеточный височный артериит). Этиопатогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Современные подходы к терапии.
2.3.4	Ревматизм. Пороки сердца. Принципы терапии и профилактики.
2.3.5	Актуальные вопросы ведения больных остеоартрозом в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Остеопороз. Дифференциальная диагностика, профилактика и тактика ведения больных
2.3.6	Дифференциальный диагноз болей в мышцах, суставах, болевого синдрома в позвоночнике
2.3.7	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля.
<b>2.4</b>	<b><i>Гастроэнтерология</i></b>
2.4.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, формы, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Кардиоспазм и ахалазия пищевода.
2.4.2	Дивертикулы пищевода. Опухоли пищевода.

2.4.3	Острый гастрит. Хронические гастриты и гастродуодениты, функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе.
2.4.4	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, стандарты эрадикации Н.р.
2.4.5	Осложнения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.4.6	Рак желудка, предраковые заболевания желудка. Послеоперационные заболевания желудка
2.4.7	Язвенный колит, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Болезнь Крона, системные поражения.
2.4.8	Туберкулез кишечника, особенности клинической картины и диагностики.
2.4.9	Целиакия, организация диетотерапии. Дифференциальный диагноз при диарее, при запоре.
2.4.10	Синдром мальабсорбции, клиническая картина, методы диагностики, медикаментозного лечения и нутриционной поддержки.
2.4.11	Опухоли кишечника (полипоз, колоректальный рак, карциноидный синдром)
2.4.12	Синдром раздраженного кишечника, критерии диагностики и стандарты лечения
2.4.13	Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции.
2.4.14	Хронические гепатиты, классификация, вопросы диагностики и лечения в зависимости от этиологии. Лекарственные поражения печени
2.4.15	Циррозы печени, синдром портальной гипертензии, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз желтух, асцита
2.4.16	Опухоли печени, методы диагностики (гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак печени, доброкачественные опухоли печени, гормональноактивные опухоли печени).
2.4.17	Хроническая печеночноклеточная недостаточность, классификация, стадии, клиническая картина, методы ранней диагностики и лечения
2.4.18	Желчно-каменная болезнь, особенности современного течения, диагностика и лечение. Осложнения ЖКБ. Взаимодействие терапевта и хирурга.
2.4.19	Воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, ангиохолит)
2.4.20	Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, клиническая картина, методы диагностики и лечения
2.4.21	Хронический панкреатит, формы, клиническая картина, осложнения, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли поджелудочной железы.
2.4.22	Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнных желез. Врачебный осмотр полости рта. Кариес.
2.4.23	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля
<b>2.5</b>	<b><i>Пульмонология и аллергология</i></b>
2.5.1	Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация.. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
2.5.2	Бронхиальная астма. Принципы подбора терапии. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Неотложная терапия
2.5.3	ХОБЛ. Диагностика. Тактика ведения больных врачом общей практики. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохарканья, гипервоздушности легких, легочного

	уплотнения. Синдром апноэ во сне.
2.5.4	Пневмонии. Современная антибиотикотерапия внебольничных пневмоний. Инфекционные деструкции легких.
2.5.5	Бронхоэктатическая болезнь. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
2.5.6	Острые респираторные заболевания
2.5.7	Саркоидоз органов дыхания.
2.5.8	Интерстициальные заболевания легких.
2.5.9	Тромбоэмболия легочной артерии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии.
2.5.10	Заболевания плевры. Классификация, принципы терапии плевритов.
2.5.11	Спонтанный пневмоторакс. Неотложная терапия.
2.5.12	Рак легкого. Диагностика. Современные принципы терапии
2.5.13	Легочное сердце. Дыхательная недостаточность. Виды, причины, принципы терапии.
2.5.14	Лекарственные поражения легких
2.5.15	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля.
2.5.16	Принципы терапии аллергических заболеваний. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит.
2.5.17	Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Принципы терапии.
2.5.18	Лекарственная аллергия. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок.
2.5.19	Хроническая идиопатическая крапивница
<b>2.6</b>	<b><i>Заболевания мочевыделительной системы.</i></b>
2.6.1	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля. Синдромы в нефрологии: дизурия мочевого пузыря, синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром. Понятие о ХБП как надпочечниковой форме. Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП.
2.6.2	Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных врачом общей практики.
2.6.3	Острый и хронический цистит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапия.
2.6.4	Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Принципы неотложной терапии.
2.6.5	Амилоидоз почек. Рак почки и мочевого пузыря.
2.6.6	Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики
2.6.7	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Принципы диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Заболевания яичек и мошонки. Мужское бесплодие.
2.6.8	Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики. Хроническая болезнь почек. Классификация. Принципы терапии
<b>2.7</b>	<b><i>Гематология</i></b>

2.7.1	Дифференциальная диагностика анемий. Тактика врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля. Железодефицитные анемии. Острая постгеморрагическая анемия. В-12 и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика. Принципы терапии и профилактики. Гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
2.7.2	Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии.
2.7.3	Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкомоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз.
2.7.4	Острые лейкозы в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий
<b>2.8</b>	<b><i>Эндокринология</i></b>
2.8.1	Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
2.8.2	Принципы терапии сахарного диабета I типа. Современное представление о лечении больных сахарным диабетом 2 типа. Диетотерапия.
2.8.3	Климактерий и связанные с ним болезни. Ожирение и дефицит веса, гиперпаратиреоз: клиническая картина, основные причины, тактика врача ОВП.
2.8.4	Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Тиреотоксический криз. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб.
2.8.5	Узловые образования щитовидной железы. Дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики. Тиреоидиты. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Тактика врача общей практики.
2.8.6	Дифференциальный диагноз синдромом полидипсии, офтальмопатии, полиурии.
<b>2.9</b>	<b><i>Болезни пожилых в ОВП</i></b>
2.9.1	Особенности врачебного обследования пожилых пациентов. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте.
2.9.2	Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов. Принципы диагностики и лечения.
2.9.3	Особенности заболеваний легких у пожилых пациентов.
2.9.4	Особенности патологии почек у пожилых пациентов.
2.9.5	Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте.
<b>2.10</b>	<b><i>Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в ОВП болезни в ОВП</i></b>
2.10.1	Вирусные и бактериальные воздушно-капельные инфекции. Принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия. Показания к госпитализации. Детские воздушно-капельные инфекции. Сроки вакцинации и ревакцинации.
2.10.2	Кишечные инфекции. Показания к госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Тактика ведения. Диспансеризация. Вирусные гепатиты. Эпидемиология. Диагностика, тактика ведения. Лечение. Диспансерное наблюдение.
2.10.3	Особо опасные инфекции. Эпидемиология. Тактика врача общей практики при подозрении на эти заболевания. Наблюдение за реконвалесцентами.
2.10.4	Малярия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
2.10.5	ВИЧ-инфекция и СПИД. Диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики



	(семейного врача) при ведении вирусоносителей и больных.
2.10.6	Глистные и паразитарные заболевания. Группы риска. Принципы диагностики, лечение. Профилактика. Столбняк. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Профилактика.
2.10.7	Лихорадка неясного генеза. Особенности ведения пациентов. Дифференциальная диагностика
2.10.8	Эпидемиология. Противозидемические мероприятия в очагах инфекции. Неотложные мероприятия при инфекционных заболеваниях.
2.10.9	Туберкулез. Легочные и внелегочные формы туберкулеза . Ранние симптомы туберкулеза. Методы их выявления.
2.10.10	Тактика ведения и лечения больных. Группы риска. Оценка туберкулиновых проб у лиц разных возрастных групп. Профилактика туберкулеза ВОП/СВ. Вакцинация и ревакцинация.

**Рабочая программа учебного модуля №3**  
**Хирургические болезни в общей врачебной практике.**

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

<b>Код</b>	<b>Наименования тем, элементов</b>
3.1	Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургического профиля.
<b>3.2</b>	<b><i>Вопросы общей хирургии.</i></b>
3.2.1	Асептика и антисептика. Операции.
3.2.2	Раны. Десмургия. Некрозы тканей.
3.2.3	Онкология.
<b>3.3</b>	<b><i>Острые заболевания органов брюшной полости.</i></b>
3.3.1	Острый аппендицит.
3.3.2	Острый холецистит. Механическая желтуха. Острый панкреатит.
3.3.4	Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
3.3.5	Острая кишечная непроходимость. Ущемленные грыжи.
<b>3.4</b>	<b><i>Заболевания толстой кишки.</i></b>
3.4.1	Опухолевые заболевания толстой кишки.
3.4.2	Геморрой.
3.4.3	Трещина заднего прохода.
3.4.4	Парапроктит.
<b>3.5</b>	<b><i>Некоторые вопросы сосудистой хирургии.</i></b>
3.5.1	Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
3.5.2	Варикозное расширение вен нижних конечностей. Постромбофлебитический синдром.
<b>3.6</b>	<b><i>Эндокринная хирургия.</i></b>
3.6.1	Заболевания щитовидной железы.
3.6.2	Заболевания надпочечников.
<b>3.7</b>	<b><i>Гнойная хирургическая инфекция.</i></b>
3.7.1	Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит.
3.7.2	Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление.
3.7.3	Остеомиелит. Сепсис. Тактика врача общей практики.
3.7.4	Острый мастит.
<b>3.8</b>	<b><i>Урология</i></b>
3.8.1	Почечная колика.
3.8.2	Острые воспалительные заболевания.

3.8.3	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи. Фимоз. Парафимоз
<b>3.9</b>	<b><i>Травматология и ортопедия как специальность.</i></b>
3.9.1	Определение предмета. Стандарты в травматологии
3.9.2	Организация травматолого- ортопедической службы. История травматологии и ортопедии
3.9.3	Общие понятия: травма, травматизм
3.9.4	Диагностика переломов. Ушибы, раны, вывихи, трещины. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
3.10	<b><i>Методы лечения переломов.</i></b>
3.10.1	Консервативные методы лечения
3.10.2	Оперативные методы лечения
3.10.3	Эндопротезирование
3.10.4	Особенности послеоперационного ведения больных
3.11	<b><i>Частная травматология.</i></b>
3.11.1	Переломы верхних конечностей
3.11.2	Переломы нижних конечностей. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Повреждения коленного сустава
3.12	<b><i>Термические поражения.</i></b>
3.12.1	Ожоги, отморажение
3.13	<b><i>Последствия повреждений</i></b>
3.13.1	Ложные суставы, артрогенные контрактуры. Деформации и укорочения.
3.14	<b><i>Детские ортопедические заболевания.</i></b>
3.14.1	Мышечная кривошея
3.14.2	Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Врожденная косолапость.
3.14.3	Сколиозы. Остеохондропатии.
3.15	<b><i>Дегенеративно-дистрофические поражения суставов.</i></b>
3.15.1	Общие вопросы диагностики и дифференциальной диагностики
3.15.2	Гонартроз. Коксартроз.
3.16	<b><i>Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника</i></b>
3.16.1	Этиология и патогенез
3.16.2	Клиника и диагностика
3.16.3	Выбор метода лечения. Консервативное и оперативное лечение.
3.17.	<b><i>Остеопороз</i></b>
3.17.1	Постменопаузальный и старческий, профилактика переломов, особенности лечения переломов на фоне остеопороза.
3.17.2	Частные варианты (стероидный, гиперпаратиреоидная остеодистрофия)

## Рабочая программа учебного модуля №4

### Акушерство и гинекология в ОВП

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
4.1	<b>Акушерство в ОВП</b>
4.1.1	Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом акушерского и гинекологического профиля.
4.1.2	Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности
4.1.3	Методы оценки функционального состояния плода
4.1.4	Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения
4.1.5	Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения
4.1.6	Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика развития гестозов
4.1.7	Кровотечения во время беременности: причины, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения
4.1.8	Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Причины. Методы борьбы с кровотечением. Профилактика.
4.1.9	Материнский травматизм. Классификация. Причины. Диагностика. Разрывы матки во время беременности и в родах. Клиника. Тактика ведения
4.1.10	Физиологические роды. Причины наступления. Периоды родов. Клиника и принципы ведения родов. Биомеханизм родов.
4.1.11	Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов
4.1.12	Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода.
4.1.13	Беременность и роды у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца, оперированным сердцем.
4.1.14	Беременность и роды при гипертонической болезни.
4.1.15	Беременность и роды при заболеваниях почек и печени.
4.1.16	Беременность и роды при сахарном диабете: гестационный диабет, диабет 1 и 2 типов.
4.1.17	Беременность и роды при бронхиальной астме
4.1.18	«Острый живот» в акушерстве. Причины. Клиника. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
4.2	<b>Гинекология</b>
4.2.1	Методы обследования гинекологических больных. Основные принципы проведения профилактических осмотров в условиях офиса врача общей практики.
4.2.2	Регуляция функции яичников. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система.

4.2.3	Гормональная недостаточность функции яичников. Тесты функциональной диагностики.
4.2.4	Дисфункциональные маточные кровотечения: диагностика, тактика ведения в различных возрастных группах, профилактика рецидивов.
4.2.5	Предменструальный синдром. Теории патогенеза. Степени тяжести. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения.
4.2.6	Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология. Группы риска. Классификация. Диагностика.
4.2.7	Диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отдела женских половых органов.
4.2.8	Внематочная беременность
4.2.9	Планирование семьи. Современные методы контрацепции
4.2.10	Бесплодный брак. Алгоритмы обследования. Современные пути преодоления бесплодия
4.2.11	Эндометриозная болезнь. Миома матки.
4.2.12	Опухоли яичников. Группы риска. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
4.2.13	Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг.
4.2.14	Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг.
4.2.15	Физиология и патология пери- и постменопаузы.
4.2.16	Климактерический синдром. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Принципы гормональной заместительной терапии (ГЗТ)

## Рабочая программа учебного модуля №5

### Болезни детей и подростков в ОВП

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
5.1	Вскармливание детей первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания
5.2	Питание детей дошкольного возраста
5.3	Рахит и рахитоподобные заболевания
5.4	Гипотрофия, паратрофия
5.5	Ведение детей с расстройствами питания. Ожирение. Нарушение полового созревания.
5.6	Железодефицитная анемия
5.7	<b><i>Болезни почек и мочевыводящих путей у детей</i></b>
5.7.1	Гломерулонефриты
5.7.2	Пиелонефрит
5.7.3	Цистит
5.8	<b><i>Болезни дыхательной системы у детей</i></b>
5.8.1	Пневмония у детей
5.8.2	ОРВИ, диагностика и лечение
5.8.3	Бронхиты у детей
5.9.	<b><i>Аллергические болезни у детей</i></b>
5.9.1	аллергический ринит
5.9.2	бронхиальная астма
5.9.3	атопический дерматит
5.10	<b><i>Болезни сердечно-сосудистой системы у детей</i></b>
5.10.1	Миокардиты у детей
5.10.2	Функциональные шумы сердца.
5.10.3	Дистонии.
5.11	<b><i>Болезни желудочно-кишечного тракта у детей</i></b>
5.11.1	Заболевания органов пищеварения: хр. гастриты, гастродуодениты. Язвенная болезнь
5.11.2	Заболевания желчевыделительной системы. Панкреатит у детей. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
5.11.3	Гельминтозы у детей
5.11.4	Заболевания пищевода. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Распространенность ГЭРБ. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз. Лечение. Пилороспазм и пилоростеноз
5.11.5	Заболевания тонкой и толстой кишки. Особенности клинической картины СРК у детей.
5.12	<b><i>Инфекционные болезни у детей. Вакцинация</i></b>

5.12.1	Детские инфекционные заболевания, особенности современного течения
5.12.2	Вакцинация детей. Прививочный календарь
5.12.3	Острые кишечные инфекции у детей. Лечение и наблюдение при ОКИ
5.13	Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей.
5.14	Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Наследственная патология: муковисцидоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика
5.15	Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
5.16	Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкомоидные реакции, геморрагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики.
5.17	Неотложная помощь в педиатрии. Внезапная смерть ребенка
5.18	Стандарты в педиатрии

## Рабочая программа учебного модуля №6

### Болезни нервной системы в ОВП

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
6.1	<b><i>Пропедевтика клинической неврологии</i></b>
6.1.1	II,III, IV,VI пары черепных нервов
6.1.2	V,VII пары черепных нервов. Невралгия III п.ч.н., невропатия VII п.ч.н.
6.1.3	IX,X,XI,XII пары черепных нервов. Бульбарный, псевдобульбарный синдромы.
6.1.4	Произвольные движения и их нарушения.
6.1.5	Общая чувствительность и ее нарушения.
6.1.6	Мозжечок, нарушения координации, экстрапирамидные расстройства.
6.1.7	Высшие мозговые функции.
6.2	<b><i>Частная клиническая неврология</i></b>
6.2.1	Острые нарушения мозгового кровообращения
6.2.2	Хронические нарушения мозгового кровообращения .Деменция. Врачебная тактика.
6.2.3	Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, спондилогенные радикулиты
6.2.4	Плекситы и невриты
6.2.5	Полиневропатии
6.2.6	Болезнь Паркинсона
6.2.7	Менингиты
6.2.8	Эпилепсия
6.2.9	Опухоли головного мозга
6.2.10	Неврологические расстройства при сахарном диабете, патологии щитовидной железы, Инфекционные болезни нервной системы. Токсическое поражение нервной системы.
6.2.11	Травматические поражения головного мозга
6.2.12	Порядок и стандарты оказания помощи пациентом неврологического профиля.
6.2.13	Дифференциальный диагноз синдромов: головная боль, головокружение, расстройства сна и бодрствования, лицевая боль, онемение лица, гиперкинезы, нарушения сознания. Врачебная тактика.



## Рабочая программа учебного модуля №7

### Болезни уха, горла и носа в ОВП

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
7.1	<b>Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)</b>
7.1.1	Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.
7.1.2	Распространенность ЛОР-заболеваний
7.1.3	Методы осмотра ЛОР-органов
7.2	<b>Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов</b>
7.2.1	Клиническая анатомия уха
7.2.2	Физиология слухового анализатора
7.2.3	Методы исследования слуха
7.2.4	Физиология вестибулярного анализатора
7.2.5	Методы исследования вестибулярного анализатора
7.3	<b>Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</b>
7.3.1	Заболевания наружного уха
7.3.2	Острый средний отит. Боль в ухе – дифференциальный диагноз.
7.3.3	Мастоидит
7.4	<b>Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача</b>
7.4.1	Хронические отиты
7.4.2	Отогенный менингит
7.4.3	Отогенные абсцессы мозга
7.4.4	Отогенный тромбоз сигмовидного синуса
7.5	<b>Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)</b>
7.5.1	Отосклероз
7.5.2	Болезнь Меньера, клиника, диагностика и лечение
7.5.3	Нейросенсорная тугоухость ,клиника, диагностика, лечение, слухопротезирование.
7.6	<b>Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.</b>
7.6.1	Клиническая анатомия и физиология носа.
7.6.2	Острый ринит; клиника, диагностика, лечение.
7.6.3	Хронические риниты Классификация, клиника, диагностика, лечение,

7.6.4	Носовые кровотечения и методы их остановки: передняя и задняя тампонады носа
7.7	<b>Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.</b>
7.7.1	Острый и хронический гайморит
7.7.2	Острый и хронический этмоидит
7.7.3	Острый и хронический фронтит
7.7.4	Острый и хронический сфеноидит
7.8	<b>Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней</b>
7.8.1	Первичные вторичные ангины. Боль в горле – дифференциальный диагноз
7.8.2	Специфические поражения глотки (сифилис, туберкулез, СПИД)
7.8.3	Хронический тонзиллит
7.8.4	Паратонзиллярный абсцесс
7.8.5	Метатонзиллярные осложнения
7.9.	<b>Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани.</b>
7.9.1	Острые и хронические ларингиты. Ложный круп.
7.9.2	Гортанная ангина
7.9.3	Острые и хронические стенозы гортани
7.9.4	Рак гортани
7.10	<b>Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей.</b>
7.10.1	Инородные воздухоносных путей. Трахеотомия, коникотомия, интубация
7.10.2	Инородные пищеводных путей. Диагностика. Эзофагоскопия.
7.10.3	Химические ожоги пищевода

## Рабочая программа учебного модуля №8

### Болезни глаз в ОВП

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
8.1	Анатомия глаза
8.2	Зрительные функции и методы их исследования.
8.3	Патология оптической системы (миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм).
8.4	Способы оптической коррекции зрения. Хирургические методы коррекции рефракции
8.5	Воспалительные заболевания глаз (век, слезных органов, конъюнктивы, орбиты, склеры). Ранняя диагностика, первичная врачебная помощь, лечение.
8.6	Травмы глаз. Ранения век, их классификация. Ранения глазного яблока. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза. Ожоги органа зрения. Поражения глаз различными видами излучения.
8.7	Роговица: заболевания и повреждения. Ранняя диагностика. Первая помощь.
8.8	Патология сосудистого тракта (врожденные аномалии, увеиты)
8.9	Заболевания сетчатки (острое нарушение кровообращения в сетчатке, дистрофия, отслойка)
8.10	Заболевания зрительного нерва (невриты, ишемические и токсические поражения; застойный диск, атрофия)
8.11	Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы.
8.12	Катаракта. Диагностика. Тактика ведения больных врачами общей практики. Оптическая коррекция
8.13	Изменение органа зрения при общих заболеваниях организма
8.14	Распознавание онкологических заболеваний глаз. Тактика врача общей практики.
8.15	Особенности патологии глаз у детей
8.16	Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики.

## Рабочая программа учебного модуля №9

### *Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП*

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

<b>Код</b>	<b>Наименования тем, элементов</b>
9.1	Общая дерматология (Общая патология кожи, высыпные элементы, методика обследования кожного больного, принципы наружной терапии)
9.2	Аллергические дерматозы (дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, зудящие дерматозы)
9.3	Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырьные дерматозы, экзема, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай)
9.4	Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пидермии, дерматозоозы, поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях, вирусные заболевания кожи)
9.5	Грибковые заболевания (поверхностные микозы)
9.6	Наследственные дерматозы
9.7	Сифилис
9.8	ЗППП
9.9	Опухоли кожи

## Рабочая программа учебного модуля №10

### *Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.*

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

<b>Код</b>	<b>Наименования тем, элементов</b>
10.1	Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии. Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача.
10.2	Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство. Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей
10.3	Современные принципы и методы лечения психических заболеваний. Экстренная помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий. Медицинские показания к госпитализации. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний.
10.4	Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления. Принципы лечения. Тактика ведения больных
10.5	Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека. Психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.
10.6	Основы семейной психологии. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики.
10.7	Алкоголизм, наркомания, токсикомания: социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.

## Рабочая программа учебного модуля №11

### *Интенсивная терапия и реанимация*

Цель модуля заключается в совершенствовании и (или) получении трудовых функций в рамках профессиональной деятельности врача общей практики

Код	Наименования тем, элементов
11.1	Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния.
11.2	Коматозные состояния.
11.3	Острые отравления.
11.4	Поражение электрическим током, молнией, солнечный удар. Утопление, удушье
11.5	Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
11.6	Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
11.7	Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.

### **Организационно-педагогические условия реализации программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»**

6.1. При организации и проведении учебных занятий кафедра поликлинической терапии, КЛД и МБХ имеет учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности, соответствующую материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов занятий.

Педагогическую деятельность по Программе осуществляют работники, удовлетворяющие требованиям ст. 46 Федерального закона от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации» и Порядка<sup>1</sup> допуска к педагогической деятельности по образовательным программам высшего медицинского образования или высшего фармацевтического образования либо среднего медицинского образования или среднего фармацевтического образования, а также дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих высшее образование и отвечающих квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или)

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.09.2013 г. №637н «Об утверждении Порядка допуска к педагогической деятельности по образовательным программам высшего медицинского образования или высшего фармацевтического образования либо среднего медицинского образования или среднего фармацевтического образования, а также дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих высшее образование либо среднее профессиональное образование (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2014 г., регистрационный №31439)

профессиональным стандартам.

К педагогической деятельности по Программе допускаются как штатные работники кафедры поликлинической терапии, КЛД и МБХ, так и работники медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

6.2. В ходе практических занятий проводится разбор/обсуждение выбранной тактики и осуществленных действий при оказании помощи пациенту в конкретной ситуации с использованием активных методов обучения (разбор клинических случаев, обсуждение, ролевые игры). Для усиления интеграции профессиональных знаний и умений поощряется контекстное обучение. Во все разделы Программы интегрированы этические и психологические вопросы.

6.3. С целью проведения оценки знаний используются различные методики: тестовые задания и клинические примеры, а также опросники для оценки профессиональных навыков.

## Формы аттестации

7.1. Текущий контроль осуществляется в форме собеседования, проверки правильности формирования практических умений.

7.2. Промежуточная аттестация по отдельным разделам Программы осуществляется в форме тестирования, собеседования, проверки практических умений и решения ситуационных задач.

7.3. Итоговая аттестация по обучающей Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-детского эндокринолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

7.4. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом.

7.5. Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – диплом о профессиональной переподготовке<sup>2</sup>.

## ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. По окончании обучения в рамках дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» проводится итоговая аттестация, осуществляемая посредством проведения зачета. Цель итоговой аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием дополнительной профессиональной программы.
2. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» проводится в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.
3. Слушатель допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», в соответствии с «Положением об организации и проведении циклов по программам дополнительного профессионального образования».
4. Критерии оценивания

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному	90-100	5 (зачет)
Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному	80-89	4 (зачет)
Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство	70-79	3 (зачет)

<sup>2</sup> Часть 10 статьи 60 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации 2012, № 53, ст. 7598).



Характеристика ответа	Баллы	Оценка
предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки		
Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий	69 и менее	2

## Оценочные материалы

### Фонд оценочных средств для проведения электронного тестирования с помощью программы MyTest

# Причина острого живота в гинекологии:

- внематочная беременность
  - перекрут ножки опухоли яичника
  - апоплексия яичника
  - перфорация матки
- + все перечисленное верно

# По локализации плодного яйца выделяют следующие варианты внематочной беременности:

- трубная беременность
  - брюшная беременность
  - шеечная беременность
  - яичниковая беременность
- + все перечисленное верно

# К ведущим звеньям патогенеза позднего гестоза относятся:

- генерализованная вазоконстрикция
  - гиповолемия
  - нарушение реологических свойств крови
  - развитие ДВС-синдрома
- + все перечисленное верно

# Показанием к оперативному родоразрешению при тяжелом гестозе является:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  - кровоизлияние в мозг
  - отслойка сетчатки
  - синдром задержки внутриутробного развития плода
- + все перечисленное верно

# К патогенетическим механизмам гестоза относятся:

- гиповолемия
  - повышение вязкости крови
  - повышение проницаемости сосудистой стенки
  - повышение периферического сопротивления сосудов
- + все перечисленное верно

# При рецидивирующем полипозе эндометрия в менопаузальном периоде показано:

- лечение андрогенами
  - лечение йодом по Гронематикате
- + оперативное лечение
- лечение синтетическими прогестинами
  - лечение эстроген-гестагенными препаратами

# Причинами пельвиоперитонита являются:

- острое воспаление матки с придатками
- разрыв пиосальпинкса
- перфорация матки
- гидротубация

+ все перечисленное верно

# Причины разрыва матки во время беременности

- клинически узкий таз
- анатомически узкий таз
- крупный плод
- + несостоятельность послеоперационного рубца на матке
- поперечное положение плода

# Что не является особенностью развивающихся вторичных половых признаков у девочек по сравнению с мальчиками:

- верхняя граница роста волос в области наружных половых органов ровная и резко очерченная над лобком
- рост волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу
- + изменение соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего
- более тонкая и нежная кожи
- развитие жировой клетчатки по женскому типу

# Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:

- хроническая
- торпидная
- рецидивирующая
- + острая
- гонококконосительство

# Наиболее часто встречающиеся формы воспаления гениталий у девочек:

- + вульвовагинит
- эндоцервицит
- эндометрит
- сальпингоофорит
- сальпингит

# Выскабливание матки у девочки (девушки) производится:

- при альгоменорее
- + при профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии
- при аменорее
- при ановуляторных менструальных циклах
- при вульвовагините

# Для ановуляторного менструального цикла характерно:

- преобладание гестагенов в первую фазу цикла
- + длительная персистенция фолликула
- преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- циклические изменения в организме
- высокий уровень тестостерона

# Пройоменорея – это:

- + короткий менструальный цикл, частые менструации
- скудные менструации
- длительные менструации (8-10 дней)

- длинный менструальный цикл
- короткие менструации (1-2 дня)

# Аменорея - это отсутствие менструации в течение:

- 12 месяцев
- 4 месяцев
- 3 месяцев
- 5 месяцев
- + 6 месяцев

# При достижении какой массы тела может появиться первая менструация у девочек среднего роста (159-162 см):

- 43-45 кг
- + 45-47 кг
- 48-50 кг
- 51-53 кг
- более 53 кг

# Физиологическая аменорея - это отсутствие менструации:

- у девочек до 15 лет
- в период лактации
- + во время беременности
- в старческом возрасте
- все перечисленное верно

# Клинические проявления предменструального синдрома (накануне менструации):

- головная боль, головокружение
- депрессия, иногда агрессивность
- болезненное нагрубание молочных желез
- прибавка массы тела на 1-2 кг
- + все перечисленное верно

# Обменно-эндокринные нарушения при климактерическом синдроме:

- ожирение
- атеросклероз
- остеопороз
- боли в суставах и конечностях
- + все перечисленное верно

# Для влагалищных выделений у больных гарднереллезом характерно:

- светло-серый цвет
- желто-зеленый цвет
- обильные
- липкие и слегка тягучие
- + все перечисленное верно

# Наиболее часто рак вульвы встречается у женщин:

- независимо от возраста
- в пременопаузе
- репродуктивного возраста
- + в постменопаузе
- во время менопаузы

# Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

- + лимфогенный
- гематогенный
- имплантационный
- контактный
- все перечисленное верно

# Факторы риска развития патологии молочных желез:

- раннее менархе
- отсутствие половой жизни
- поздняя менопауза
- ожирение, сахарный диабет
- + все перечисленное верно

# Для апоплексии яичника не характерно:

- боли внизу живота, возникающие на фоне полного благополучия
- отрицательные биологические реакции на беременность
- + резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови
- отсутствие наружного кровотечения
- нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины

# При трубном аборте возможно:

- образование заматочной гематомы
- образование перитубарной гематомы
- образование гематосальпинкса
- массивное кровотечение в брюшную полость
- + все перечисленное верно

# С чем дифференцируют разрыв беременной трубы:

- с острым аппендицитом
- с апоплексией яичника
- с перекрутом ножки опухоли яичника
- с пищевой интоксикацией
- + все перечисленное верно

# Факторы риска развития внематочной беременности:

- позднее начало менструаций
- хронический воспалительный процесс в области придатков
- отсутствие (в анамнезе) реабилитации после медаборта
- недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла
- + все перечисленное верно

# Клиническая картина апоплексии яичника характеризуется:

- острым началом, появлением иногда очень сильных болей внизу живота
- тошнотой и рвотой на фоне приступа болей
- возможное возникновение френикус-симптома при обильном кровотечении в брюшную полость
- вполне удовлетворительное самочувствие больной, отсутствие признаков значительного кровотечения в брюшную полость
- + все перечисленное верно

# Методы диагностики, уточняющие диагноз апоплексии яичника:

- диагностическая пункция заднего влагалищного свода
- УЗИ
- + лапароскопия
- исследование периферической крови (общий клинический анализ)
- все перечисленное верно

# Пельвиоперитонит – это:

- + перитонит, локализованный в области малого таза
- воспаление брюшины
- воспаление клетчатки малого таза
- воспаление серозного покрова матки
- все перечисленное верно

# Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее:

- 2,5 лет
- + 2 лет
- 5 лет
- 0,5 года
- 1 года

# Возможные причины эндокринного бесплодия:

- гипоталамо-гипофизарная недостаточность
- гипоталамо-гипофизарная дисфункция
- яичниковая недостаточность
- гиперандрогения
- + все перечисленное верно

# Активный репродуктивный возраст по данным ВОЗ:

- + 18-40 лет
- 18-45 лет
- 18-35 лет
- 18-50 лет
- все перечисленное верно

# К факторам риска развития остеопороза не относится:

- курение
- недостаток кальция в пище
- + гиперпролактинемия
- менопауза
- хрупкое телосложение

# Какие из перечисленных симптомов можно отнести к климактерическим:

- снижение либидо
- диспареуния
- учащенное мочеиспускание
- бессоница
- + все перечисленное верно

# Сколько раз в год должна проходить диспансерный осмотр у акушера-гинеколога здоровая женщина:

- 2-3 раза в год

- до 4-х раз в год
- + 1-2 раза в год
- 1 раз в год
- 2 раза в год

# При кровотечении из половых органов у девочки до пубертатного возраста можно думать:

- об инородном теле
- о преждевременном половом развитии
- о злокачественной опухоли
- о воспалительном процессе
- + все перечисленное верно

# Причинами развития альгоменореи у девочек являются:

- заболевания ЦНС
- пороки развития
- эндометриоз
- гиперпростагландинемия
- + все перечисленное верно

# С целью уменьшения приступа болей при альгоменорее используются:

- спазмолитики
- витаминотерапия по циклу
- блокаторы простагландинов
- гормональные средства
- + все перечисленное верно

# К признакам задержки полового развития не относится:

- слабое развитие вторичных половых признаков
- + уменьшение размеров грудной клетки
- уменьшение размеров таза
- гинекологические исследования соответствуют гипоплазии матки
- костный возраст отстает от календарного

# К причинам психогенной аменореи не относится:

- + повышенное содержание пролактина
- потеря массы тела
- пониженное содержание пролактина
- сокращение секреции ЛТРФ
- гипогонадотропный гипогонадизм

# Для вульвовагинита не характерны следующие жалобы:

- болезненность гениталий
- + гнойные выделения из половых путей
- жжение гениталий после мочеиспускания
- дизурия
- зуд

# Герпес половых органов провоцируют:

- случайные инфекции
- менструация
- усталость
- случайный сексуальный контакт

+ все перечисленное верно

# Преждевременные роды – это роды в период:

- + от 28 до 37 недель
- от 26 до 36 недель
- от 28 до 34 недель
- от 37 до 40 недель
- от 20 до 28 недель

# Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать:

- 100 – 150 гр
- 150 - 200 гр
- 200 – 300 гр
- + 300 – 400 гр
- 400 – 500 гр

# Причиной кровянистых выделений из половых путей во время беременности может быть:

- угроза прерывания беременности
  - предлежание плаценты
  - отслойка нормально расположенной плаценты
  - эрозии шейки матки
- + все перечисленное верно

# К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся:

- отёки беременных, гипертония беременных
- + птолизм, рвота беременных
- гипертония беременных, преэклампсия
  - дерматозы беременных
  - острая жёлтая дистрофия печени

# Самопроизвольный аборт – это прерывание беременности:

- + до 28 недель
- до 14 недель
- до 20 недель
- до 30 недель
- до 24 недель

# Основные клинические симптомы геморрагического шока:

- артериальная гипертензия
  - олигурия и анурия
  - частый нитевидный пульс
  - акроцианоз
- + все перечисленное верно

# Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике внематочной беременности:

- гемотрансфузия, операция
  - консультация терапевта, анестезиолога, операция
  - УЗИ, гемотрансфузия, операция
- + госпитализация по экстренным показаниям, операция, гемотрансфузия
- применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция



# Генитальный эндометриоз - это:

- разрастание эндометриоидноподобной ткани за пределами обычной локализации эндометрия
  - заболевание, которое возникает на фоне гормональных и иммунных нарушений
  - заболевание, которое чаще встречается у женщин репродуктивного возраста
  - заболевание, которое склонно к прогрессированию и рецидивированию
- + все перечисленное верно

# Основной метод диагностики рака тела матки:

- + гистологическое исследование соскоба эндометрия
- цитологическое исследование аспирата из полости матки
- трансвагинальная эхография
- гистероскопия
- рентгенопельвиография

# Нарушение проходимости маточных труб может быть следствием:

- генитального хламидиоза
  - наружного генитального эндометриоза
  - оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
  - гонорейного сальпингита
- + все перечисленное верно

# Ведущий симптом рака шейки матки:

- боль в нижних отделах живота
  - слизисто-гнойные выделения
- + контактные кровотечения
- ациклические маточные кровотечения
  - дизурия

# Основной клинический симптом рака тела матки:

- постоянная боль в нижних отделах живота
  - контактные кровотечения
- + ациклические кровотечения
- нарушение функции соседних органов
  - бесплодие

# Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является:

- диетотерапия
  - физиотерапия и ЛФК
- + заместительная гормонотерапия
- витаминотерапия
  - назначение препаратов – ингибиторов остеокласт-опосредованной костной резорбции

# Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:

- зуд наружных половых органов и промежности
  - диспареуния
- + обильные бели с неприятным запахом
- дизурия
  - боль в нижних отделах живота

# Укажите симптомы, характерные для преэклампсии:

- боли в подложечной области

- головная боль
- мелькание "мушек" перед глазами
- гипертензия
- + всё перечисленное верно

# Продолжительность нормального менструального цикла:

- 28 – 29 дней
- 28 – 40 дней
- + 21 – 35 дней
- 14 – 28 дней
- 35 – 45 дней

# Для пубертатного периода характерно:

- «скачок» роста
- появление первой менструации
- появление лобкового и аксиллярного оволосения
- увеличение молочных желёз
- + всё перечисленное верно

# Основным методом остановки дисфункциональных кровотечений в пременопаузальном и менопаузальном периоде является:

- применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов
- введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств
- использование андрогенов
- применение 17-ОПК (оксипрогестерона капронат) в непрерывном режиме
- + раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки и шейечного канала

# Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

- нарушении функции печени
- эпилепсии
- тромбофлебитическом синдроме
- ожирении III – IV степени
- + все перечисленное верно

# Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменореи:

- ультразвуковое исследование внутренних половых органов
- обследование по тестам функциональной диагностики
- краниография
- функциональные гормональные пробы
- + всё перечисленное верно

# Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является:

- калийсберегающие диуретики
- бромиды
- + дофамин и дофаминергические препараты
- эстрогенные препараты
- гестагены

# Для патологического лактостаза характерно:

- + равномерное и болезненное нагрубание молочных желёз

- инфильтрат в одной молочной железе
- отёчность и гиперемия отдельных участков железы
- трещины сосков
- все перечисленное верно

# Укажите симптомы не характерные для эклампсии:

- отёки
- альбуминурия, олигурия
- артериальная гипертензия
- судорожные припадки
- + гектическая лихорадка

# У больного, 57 лет, в течение 20 лет страдающего язвенной болезнью желудка, появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту принятой накануне пищей. Наиболее вероятная причина жалоб:

- пенетрация
- перфорация
- кровотечение
- + стеноз привратника
- малигнизация

# Наиболее информативным методом диагностики калькулёзного холецистита является:

- дуоденальное зондирование
- + УЗИ желчного пузыря
- холецистография
- рентгенография пищевода и желудка
- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

# Наиболее ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является:

- лейкоцитоз
- уровень аминотрансфераз в крови
- + уровень амилазы крови и диастазы мочи
- уровень щелочной фосфатазы
- скорость оседания эритроцитов

# Что является неверным в отношении синдрома раздражённого кишечника:

- заболевание известно как спастический колит, мембранозный колит
- склонность к запорам или поносам, или их чередование
- часто имеется чувство тревоги
- + чаще встречается у женщин старше 50 лет
- может быть выделение слизи с калом

# Для неспецифического язвенного колита не характерно:

- этиология неизвестна
- главные проявления – понос с примесью крови и слизи
- могут быть внекишечные проявления в виде узловой эритемы, артритов
- при эндоскопии кровоточивость, язвы, псевдополипы
- + поражение кишечника, как правило, сегментарное

# Под влиянием каких средств поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов:

- холецистокинина
- + секретина
- гастрина

- панкреозимина
- аскорбиновой кислоты

# Достоверный рентгенологический признак перфорации гастродуоденальной язвы:

- высокое стояние диафрагмы
- + свободный газ в брюшной полости
- пневматизация кишечника
- «чаши Клойбера»
- увеличенный газовый пузырь

# При подозрении на перфоративную язву желудка наиболее информативным исследованием является:

- рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
- обзорная рентгенография брюшной полости
- + экстренная фиброгастродуоденоскопия
- ангиография брюшного отдела аорты и ее ветвей
- лапароскопия

# Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет:

- рентгенологическое исследование желудка
- лапароскопия
- постановка назогастрального зонда
- + эзофагогастродуоденоскопия
- повторное определение гемоглобина и гематокрита

# Вынужденное положение больного с приведёнными к животу ногами и доскообразным напряжением мышц живота характерно для:

- острого панкреатита с развитием панкреонекроза
- острой кишечной непроходимости
- + перфорации язвы луковицы 12-типерстной кишки
- почечной колики
- мезентериального тромбоза

# К наиболее ранним симптомам рака пищевода относится:

- + дисфагия
- боль за грудиной и в спине
- срыгивание застойным содержимым
- усиленное слюноотделение
- похудение

# Активность аланиновой трансаминазы в крови не повышается при:

- хроническом активном гепатите С
- циррозе печени класс В по Чайльд-Пью
- инфаркте миокарда
- + болезни Жильбера
- остром алкогольном гепатите

# Развитие синдрома Жильбера связано:

- с нарушением образования билирубина
- с недостаточностью белков-лигандов, отвечающих за перенос билирубина к микросомам
- с недостаточностью билилипопротеиназы, отвечающей за захват билирубина крови и его транспорт в гепатоцит

+ с дефицитом фермента уридинфосфатглюкурозилтрансферазы, обеспечивающей перенос глюконовой кислоты к билирубину  
- со всеми вышеизложенными

# Причиной жировой дистрофии печени не может быть:

- вирусный гепатит
- + беременность
- сахарный диабет
- лечение кортикостероидами
- голодание

# При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется:

- взвешиванием больного
- измерением суточного диуреза
- измерением объема талии
- ограничением приема жидкости
- + всем перечисленным

# К факторам риска развития печеночной энцефалопатии не относятся:

- инфекции мочевыводящих путей
- желудочно-кишечные кровотечения
- белковая нагрузка на организм
- массивная диуретическая терапия
- + постельный режим больного

# Для максимального снижения синтеза аммиака в кишечнике необходим прием:

- + лактулозы
- L-орнитина L-аспартата
- 5% раствора глюкозы
- диеты с низким содержанием белка
- алгинатов

# Главным местом метаболизма алкоголя в организме является:

- жировая ткань
- почки
- + печень
- головной мозг
- желудочно-кишечный тракт

# К возможным механизмам развития жировой дистрофии печени относят:

- повышенную мобилизацию жирных кислот из жировой ткани
- увеличение синтеза жирных кислот в печени
- уменьшение выделения жиров печенью
- нарушение синтеза белков для формирования ЛПВП
- + все перечисленное

# Для диагностики постхолецистэктомического синдрома наиболее предпочтительно использовать:

- рентгенологический метод исследования
- + эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию
- эхографию
- фракционное дуоденальное зондирование

- радиоизотопную гепатобилисцинтиграфию

# Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено на:

- устранение дискинезии
  - усиление желчеотделения
  - подавление инфекции желчевыводящих путей
  - ликвидацию холестатического синдрома
- + все перечисленное

# Обострение неспецифического язвенного колита может быть обусловлено:

- прекращением поддерживающей терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты
  - беременностью
  - нарушением диеты
  - интеркуррентной инфекцией
- + всеми перечисленными факторами

# Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются:

- для лечения прогрессирующих форм заболевания
  - для ускорения клинической ремиссии
  - при угрожающих жизни состояниях
  - при тяжелых формах, с целью подготовки больного к операции
- + во всех перечисленных случаях

# Какие данные, обнаруженные при биопсии прямой кишки, подтверждают диагноз неспецифического язвенного колита:

- абсцессы крипт
  - воспалительные изменения, ограниченные слизистой
  - реактивная гиперплазия оставшегося эпителия
  - уменьшение числа бокаловидных клеток
- + все вышеперечисленное

# У мужчины 50 лет после приема алкоголя и калорийной пищи появились острые боли в верхней половине живота, повысилась температура тела до 38,0 С, отмечалось вздутие живота, рвота без примеси желчи. Прием пищи усиливал болевой синдром, рвота не приносила облегчения. Нарастал метеоризм, отмечалась задержка газов и стула. При аускультации отсутствовали шумы кишечной перистальтики. Наиболее вероятным предварительным диагнозом является:

- острая кишечная инфекция
  - перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- + острый панкреатит с явлениями пареза кишечника
- острая кишечная непроходимость
  - острый аппендицит

# У больного с пульсирующим образованием в эпигастрии, над которым прослушивается систолический шум, внезапно появились резкие боли в животе, развилось коллаптоидное состояние с потерей сознания. Наиболее вероятный диагноз:

- прободная язва желудка
  - острый аппендицит
- + разрыв аневризмы брюшной аорты
- острый холецистит
  - разлитой перитонит

# К внекишечным проявлениям язвенного колита не относят:

- первичный склерозирующий холангит
- поражение кожи по типу пиодермии
- узловатую эритему
- анкилозирующий спондилоартрит
- + холангиокарциному

# Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера является:

- + увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- билирубинурия
- увеличенное содержание трансаминаз в крови
- гиперретикулоцитоз
- гипоальбуминемия

# Для гемолитической желтухи не характерно:

- увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы
- нормальный уровень сывороточных трансаминаз и g-глутамилтранспептидаз
- + билирубинурия
- гиперретикулоцитоз

# Противопоказанием к проведению диагностического абдомиоцентеза не является:

- лихорадка у больного циррозом печени с синдромом лихорадки
- нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени
- + синдром гиперспленизма
- признаки спонтанного бактериального перитонита
- сопутствующая инфекция дыхательных путей

# Для спонтанного бактериального перитонита при циррозе печени характерно:

- лихорадка
- абдоминальные боли
- нарастание асцита
- углубление энцефалопатии
- + все перечисленное

# Для установления диагноза болезни Вильсона-Коновалова наиболее достоверным диагностическим методом является:

- биопсия кожи
- медь в сыворотке крови
- пункционная биопсия печени
- + обнаружение кольца Кайзер-Флейшера по краю роговицы
- 24-часовая экскреция с мочой меди

# Развитие печеночной энцефалопатии при циррозе печени может быть связано с:

- пищеводно-желудочным кровотечением
- инфекцией мочевых путей, органов грудной клетки, бактериальным перитонитом
- применением диуретиков и седативных средств
- чрезмерным употреблением пищевого белка
- + всем перечисленным

# При хронической печеночной энцефалопатии лечебные мероприятия не могут включать:

- применения ципрофлоксацина и других антибиотиков
- ограничения в пищевом рационе белка и соли

- приема внутрь лактулозы
- проведения клизм с сульфатом магния (20 г на 100 мл воды)
- + внутривенного введения изотонического раствора хлористого натрия

# Декомпенсация цирроза печени не проявляется:

- печеночно-клеточной недостаточностью
- асцитом
- портальной гипертензией
- печеночной энцефалопатией
- + гиперальбуминемией и гиперпротромбинемией

# К основным этиологическим факторам развития дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей относят:

- состояние нервной системы
- гормональные расстройства в регуляции функции желчного пузыря и желчных путей
- заболевание желудка и 12-перстной кишки
- качественные и количественные нарушения питания
- + все перечисленное

# Основными этиологическими факторами развития желчнокаменной болезни являются:

- моторно-секреторные нарушения
- нарушение процессов метаболизма в организме
- количественные и качественные отклонения в пищевом режиме
- наследственная предрасположенность
- + все перечисленное

# Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются:

- нарушение метаболизма холестерина и билирубина
- изменение pH желчи
- холестаза
- продукция печеночной клеткой литогенной желчи
- + все перечисленное

# Консервативное лечение дивертикулеза ободочной кишки включает:

- диету
- спазмолитические средства
- препараты, регулирующие стул
- антибактериальные препараты
- + все перечисленное

# При болезни Крона чаще всего поражается:

- пищевод
- желудок
- + терминальный отдел подвздошной кишки
- двенадцатиперстная кишка
- прямая кишка

# В лечении болезни Крона не следует использовать:

- антибактериальные препараты
- ферменты
- стероидные гормоны



- препараты 5-аминосалициловой кислоты
- + препараты висмута

# Наибольшие трудности при дифференциальной диагностике болезни Крона представляют следующие заболевания:

- рак толстой кишки
- + неспецифический язвенный колит
- хронический постинфекционный колит
- болезнь Уиппла
- хронический панкреатит

# При каком из перечисленных заболеваний печени уровень сывороточного церулоплазмينا играет ключевую роль в постановке диагноза:

- + болезнь Коновалова-Вильсона
- гемохроматоз
- первичный билиарный цирроз печени
- аутоиммунный гепатит
- первичный склерозирующий холангит

# К индикаторным ферментам печени относят:

- + ЛДГ, АСТ, АЛТ, альдолаза
- фруктозо-1-6-дифосфатаьдолаза
- церулоплазмин
- холинэстераза
- урокиназа

# Наиболее характерный начальный симптом первичного билиарного цирроза:

- гепатомегалия
- внепеченочные знаки
- спленомегалия
- + кожный зуд
- желтуха

# Синдром, отличающий хронический гепатит от цирроза печени:

- печеночно-клеточная недостаточность
- холестатический синдром
- мезенхиально-воспалительный синдром
- + цитолитический синдром
- синдром портальной гипертензии

# Гиперхолестеринемия не наблюдается при:

- атеросклерозе
- желчнокаменной болезни
- сахарном диабете
- гипотиреозе
- + голодании

# Показанием к проведению литотрипсии не является:

- наличие одиночного камня в желчном пузыре
- наличие мелких камней диаметром менее 1 см
- + желтуха, возникшая вследствие обтурации камнем шейки желчного пузыря
- холестериновый характер камней

- сохранение сократительной функции желчного пузыря

# При лечении желчнокаменной болезни применяют:

- холевую кислоту
- + хенодезоксихолевую кислоту
- литохолевую кислоту
- граурохолевую кислоту
- дегидрохолевую кислоту

# К основным этиологическим факторам желчнокаменной болезни не относят:

- моторно-секреторные нарушения
- нарушение процессов метаболизма в организме
- количественные и качественные отклонения в режиме питания
- наследственную предрасположенность
- + расовую принадлежность

# К основным патогенетическим звеньям образования камней в желчевыводящей системе относят:

- нарушение метаболизма холестерина и билирубина
- изменение pH желчи
- холестаза
- продукция печеночной клеткой литогенной желчи
- + все перечисленное

# Желчные камни не могут быть:

- смешанными
- холестериновыми
- + оксалатными
- черными пигментными
- коричневыми пигментными

# Какой метод исследования является «золотым стандартом» диагностики калькулезного холецистита:

- дуоденальное зондирование
- + УЗИ желчного пузыря
- холецистография
- рентгенография пищевода и желудка
- ретроградная панкреато-холангиография

# Показанием к оперативному лечению хронического калькулезного холецистита не является:

- водянка желчного пузыря
- эмпиема желчного пузыря
- + деформация желчного пузыря
- перфорация желчного пузыря
- поражение желчных протоков (стриктура холедоха, стеноз фатерова сосочка)

# Желчный пузырь сокращается под влиянием:

- гастрин
- панкреатического сока
- + холецистокинина
- секретин
- холестерина

# Основной клинический симптом при кровотечении из двенадцатиперстной кишки:

- частые позывы на дефекацию
- рвота с кровью
- + мелена
- стул с прожилками алой крови
- боли в животе

# Эндоскопическая картина при 1-ой стадии варикозного расширения вен пищевода характеризуется:

- при надавливании эндоскопом размер вен не уменьшается
- вены сливаются по всей окружности пищевода
- вены не визуализируются при проведении ФГДС
- + при надавливании эндоскопом размер вен уменьшается
- проведение эндоскопического исследования противопоказано

# При болезни Крона эндоскопически выявляется:

- отек и синюшная окраска слизистой оболочки
- отек и гиперемия слизистой оболочки
- наличие псевдополипов
- тромбированный кровеносный сосуд
- + слизистая оболочка в виде «булыжной мостовой»

# В лечении хронического панкреатита не используются:

- спазмолитики
- антациды
- ингибиторы протонной помпы
- ферменты
- + эссенциальные фосфолипиды

# Причиной кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта не может быть:

- рак сигмовидной кишки
- геморрой
- анальная трещина
- + дивертикулез
- синдром Мэллори-Вейса

# При проведении парацентеза с диагностической целью получена соломенно-желтая жидкость, с большим содержанием белка (> 25 г/л), при микроскопии обнаружены атипичные клетки. Для какого патологического процесса это может быть характерно:

- + карциноматоз брюшины
- нефротический синдром
- киста поджелудочной железы
- цирроз печени
- тромбоз селезеночной вены

# Наиболее частой причиной обнаружения транссудата в брюшной полости может быть:

- карциноматоз брюшины
- + цирроз печени
- псевдокиста поджелудочной железы
- туберкулезный перитонит
- злокачественная опухоль яичников

# Появление желтушного окрашивания склер не может быть следствием:

- + чрезмерного употребления каротина в пищу
- острого вирусного гепатита «А»
- синдрома Жильбера
- декомпенсации цирроза печени
- первичной опухоли печени

# Нетипичным местом иррадиации боли при приступе «желчной колики» является:

- надключичная область справа
- правое плечо
- + левый край грудины
- эпигастральная область
- подлопаточная область справа

# Какое из указанных патологических состояний не является причиной развития паренхиматозной желтухи:

- функциональная гипербилирубинемия
- первичный рак печени
- первичный билиарный цирроз
- доброкачественная желтуха беременных
- + рак головки поджелудочной железы

# Основным местом локализации холестериновых камней при патологии желчевыделительной системы является:

- + желчный пузырь
- холедох
- большой дуоденальный сосочек 12 перстной кишки
- правый печеночный проток
- левый печеночный проток

# У пациента при ФГДС выявлена язва передней стенки луковицы 12 п.к. в стадии рубцевания. Терапия, в которой нуждается пациент:

- «двойные дозы» ИПП
- ИПП в сочетании с H2-блокаторами
- + ИПП в стандартной дозировке или половинной дозировке
- монотерапия антацидами
- назначение спазмолитиков и анальгетиков

# Медикаментозная терапия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: рефлюкс-эзофагите «Д» исключает возможность применения:

- ИПП
- антацидов
- прокинетиков
- H2-блокаторов
- + миотропных спазмолитиков

# Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:

- рентгенологическое исследование с заполнением пищевода и желудка барием
- компьютерная томография брюшной полости
- исследование кала на скрытую кровь
- + фиброгастроуденоскопия с множественной прицельной биопсией
- рН метрия

# Осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: рефлюкс - эзофагит «Д», не может быть:

- + образование дивертикула в пищеводе
- развитие стриктуры пищевода
- образование язвы пищевода
- возникновение кровотечения
- формирование пищевода Баррета

# Ведущий симптом гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни:

- срыгивание
- слюнотечение
- + изжога
- отрыжка
- рвота

# Пищеводное кровотечение может иметь место при:

- грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- + распадающейся опухоли пищевода
- рефлюкс-эзофагите «А»
- функциональном спазме кардиального отдела пищевода
- атонии пищевода

# Каков характер болей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- тупая давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся через 20'-40' после приема пищи
- схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, правую надключичную область, усиливающиеся при приеме жирной пищи
- постоянная тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи
- + боль в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды
- острая боль в эпигастрии с иррадиацией в правое и левое подреберье, в сигму, иногда «опоясывающего» характера, усиливающаяся после приема пищи

# При раке нижнего-грудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

- срыгивание
- боль за грудиной
- кашель, одышка
- + дисфагия
- слюнотечение

# Дисфагия может наблюдаться при:

- грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- ахалазия кардии
- склеродермии
- раке пищевода
- + всех перечисленных заболеваний

# Макроскопические изменения терминального отдела подвздошной кишки по типу «бульжонной мостовой» характерна для:

- флегмонозного аппендицита
- целиакии
- + болезни Крона
- НЯК
- опухоли терминального отдела тонкой кишки

# Диагноз «хронический гастрит» устанавливается по результатам проведения:  
+ фиброгастродуоденоскопии с прицельной биопсией и последующим морфологическим исследованием биоптатов

- рентгенологического метода исследования
- уреазного экспресс-теста
- дыхательного водородного теста
- внутрижелудочной рН-метрии

# В терапии неспецифического язвенного колита не используются:

- глюкокортикоиды
- + колхицин
- препараты месалазина
- антибактериальные препараты
- ферментные препараты

# К причинам развития неалкогольной жировой болезни печени не относятся:

- ожирение
- голодание
- сахарный диабет 2 типа
- прием лекарственных препаратов
- + неспецифический язвенный колит

# Для лечения алкогольной болезни печени используются:

- нестероидные противовоспалительные препараты
- цитопротекторы
- цитостатики
- антибактериальные препараты
- + эссенциальные фосфолипиды

# К основным клиническим симптомам поражения прямой кишки не относят:

- боль в кишке во время или сразу после дефекации
- ощущение объемного образования
- анальный зуд
- выделение алой крови
- + водянистые поносы до 10-15 раз в сутки

# Не относится к методам скрининговой диагностики инфекции *Helicobacter pylori*:

- цитологический
- уреазный экспресс-тест
- дыхательный водородный тест
- + морфологический
- определение АТ к НР методом ПЦР

# Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не включает:

- рекомендации по изменению образа жизни
- диета
- прокинетики
- антисекреторные средства
- + кортикостероиды

# Пищевод Баррета – это:

- аденокарцинома пищевода
- + кишечная метаплазия эпителия
- стриктуры пищевода
- эрозивный эзофагит
- варикозно расширенные вены пищевода

# Основным методом подтверждения диагноза «хронический гастрит» является:

- эндоскопическая ретроградная панкреато-холангиография
- + эндоскопическое исследование с последующим морфологическим исследованием биоптата
- ультразвуковое исследование
- рентгенологическое исследование
- бактериологическое исследование

# К осложнениям язвенной болезни не относится:

- кровотечение
- пенетрация
- перфорация
- + пищевод Баррета
- стенозирование

# Для неспецифического язвенного колита не характерно:

- кровь в стуле
- слизь в кале
- + перианальные осложнения
- учащенное опорожнение кишечника
- лихорадка

# К базисным средствам терапии язвенного колита относят:

- антибиотики группы тетрациклина
- + стероидные гормоны
- витамины группы В
- фторхинолоны
- цефалоспорины III поколения

# К базисным препаратам при болезни Крона не относят:

- стероидные гормоны
- салицилаты
- метронидазол
- иммунодепрессанты
- + антидиарейные препараты

# Самая частая локализация дивертикулов в кишечнике:

- + сигмовидная кишка
- прямая кишка
- слепая кишка
- тощая кишка
- подвздошная кишка

# Не является осложнением дивертикулеза:

- острый дивертикулит
- перфорация
- кровотечение

- + острый парапроктит
- кишечные свищи

# Для синдрома портальной гипертензии при циррозе печени не характерно:

- асцит
- спленомегалия
- + опоясывающая боль
- гинекомастия
- варикозное расширение вен пищевода

# Этиологическим фактором развития цирроза печени не является:

- + вирусный гепатит А
- вирусный гепатит В
- вирусный гепатит С
- алкоголь
- муковисцидоз

# Не относится к «симптомам тревоги», исключающим диагноз синдрома раздраженной кишки:

- потеря массы тела
- + появление симптоматики в возрасте старше 50 лет
- появление симптоматики в возрасте 20 лет
- лихорадка
- наличие в кале скрытой крови

# Для синдрома раздраженной кишки характерно:

- боль в животе
- нарушение стула
- метеоризм
- отсутствие органической патологии
- + все вышеперечисленное

# В лечении синдрома раздраженной кишки не используют:

- психотерапию
- диету
- полноценный режим труда и отдыха
- спазмолитики
- + антибиотики

# Схемы эрадикационной терапии не включают:

- + антациды
- ингибитор протонной помпы
- кларитромицин
- амоксициллин
- висмута субцитрат

# Для купирования болевого синдрома при обострении хронического панкреатита не используют:

- ингибиторы протонной помпы
- спазмолитики
- ферментные препараты
- + морфин
- трамадол



# После купирования обострения хронического панкреатита назначают диету:

- без ограничений
- + с низким содержанием жиров
- с низким содержанием белков
- аглиадиновую диету
- гипоаллергенную диету

# Классическим признаком болезни Уиппла является:

- + синдром мальабсорбции
- синдром запоров
- синдром абдоминальной боли
- синдром дисфагии
- диспепсический синдром

# Не является противопоказанием для применения пероральной литолитической терапии:

- отключенный желчный пузырь
- камни диаметром более 15 мм
- + чистые холестериновые камни
- пигментные камни
- беременность

# Этиологический фактор хронического гастрита В:

- + хеликобактер пилори
- нерегулярное питание
- аутоиммунные процессы
- эмоциональные стрессы
- влияние ионизирующей радиации

# К основным критериям диагностики железодефицитной анемии относят:

- низкий цветовой показатель
- гипохромию эритроцитов, микроцитоз
- снижение уровня сывороточного железа
- повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови
- + все вышеперечисленное

# К причинам развития железодефицитной анемии не относят:

- нарушение всасывания железа
- неполноценную диету
- хроническую потерю крови из различных органов и тканей
- + снижение абсорбции кобаламина
- все вышеперечисленное

# При легкой степени железодефицитной анемии содержание гемоглобина варьирует:

- 100 – 125 г/л
- + 90 – 120 г/л
- 80 – 110 г/л
- 70 – 90 г/л
- нет правильного ответа

# При средней степени тяжести железодефицитной анемии содержание гемоглобина варьирует:

- 80 - 110 г/л
- 90 – 120 г/л

- + 70 - 90 г/л
- ниже 70 г/л
- нет правильного ответа

# При тяжелой степени железодефицитной анемии содержание гемоглобина варьирует:

- 80-110 г/л
- 90-120 г/л
- + ниже 70 г/л
- более 120 г/л
- нет правильного ответа

# К группам риска по железодефицитной анемии относятся:

- жители высокогорья
- контактирующие с пестицидами и дефолиантами
- животноводы, испытывающие аммиачную и метановую интоксикацию
- дети и женщины в условиях жаркого климата
- + все вышеперечисленное

# Причиной анемии при хронической почечной недостаточности является:

- угнетение эритропоэза
- + недостаточность эритропоэтина
- снижение уровня сывороточного железа
- гемолиз эритроцитов
- ничего из перечисленного

# Для В12 – дефицитной анемии характерно наличие:

- шизоцитов
- анизоцитоза
- гиперхромии эритроцитов
- пойкилоцитоза
- + всего вышеперечисленного

# К причинам фолиеводефицитной анемии не относят:

- алкоголизм
- инвазию широким лентецом
- хронические поносы
- + хронические запоры
- строгую диету

# Для железодефицитной анемии не характерно:

- выпадение волос
- извращение вкуса
- бледность кожи
- общая слабость
- + повышенное артериальное давление

# Всасывание витамина В12 происходит в:

- 12-перстной кишке
- + подвздошной кишке
- тощей кишке
- желудке
- поперечноободочной кишке

# Причиной В12-дефицитной анемии не является:

- атрофический гастрит
- неспецифический язвенный колит
- гельминтоз
- дивертикулез сигмовидной кишки
- + рак прямой кишки

# К клиническим признакам В12-дефицитной анемии не относится:

- «малиновый» язык
- нарушение чувствительности нижних конечностей
- + язвенное поражение ЖКТ
- парезы
- нарушение вкуса

# Для лейкоза не характерно:

- геморрагический синдром
- + бронхообструктивный синдром
- повышенная склонность к инфекциям
- симптомы интоксикации
- анемический синдром

# При лимфогранулематозе обнаруживаются:

- + клетки Березовского-Штернберга
- *Treponema pallidum*
- моноклеары
- LE-клетки
- ретикулоциты

# Для миеломной болезни не характерно:

- анемия
- остеопороз
- патологические переломы
- почечная недостаточность
- + гипербилирубинемия

# Не является клиническим признаком гемолитической анемии:

- желтуха
- спленомегалия
- гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
- + гипербилирубинемия за счет прямой фракции
- снижение гемоглобина

# Патогномичным признаком лейкоза является:

- анемия
- + обнаружение в костном мозге бластных клеток
- тромбоцитопения
- гипербилирубинемия
- гипергликемия

# Характерным признаком миеломной болезни является:

- гематурия

- гиперхолестеринемия
- + обнаружение в моче белка Бенс-Джонса
- ацетонемия
- пролактинемия

# Для гемофилии В не характерно:

- болезнь с наследственной предрасположенностью
- чаще болеют мальчики
- гемартрозы
- увеличение длительности кровотечения
- + укорочение времени свертываемости

# Для геморрагического васкулита не характерно наличие:

- сыпи геморрагического характера
- + кардиалгии
- абдоминального синдрома
- гематурии
- суставного синдрома

# Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют:

- нейтрофилы
- эозинофилы
- базофилы
- моноциты
- + все перечисленное

# Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

- эритроциты
- гранулоциты
- Т-лимфоциты
- + В-лимфоциты
- тромбоциты

# Первичный иммунный ответ осуществляют антитела следующего класса иммуноглобулинов:

- иммуноглобулины G
- иммуноглобулины A
- + иммуноглобулины M
- иммуноглобулины D
- иммуноглобулины E

# При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

- биохимический анализ крови
- биопсию лимфоузла
- + стерильную пункцию
- пункцию селезенки
- подсчет ретикулоцитов

# Решающим для диагностики лимфогранулематоза являются:

- исследование крови (гемограмма, биохимическое исследование)
- + микроскопическое исследование лимфоидной ткани
- лимфография

- сцинтиграфия
- ядерно-магнитно-резонансная томография

# Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно:

- для железодефицитной анемии
- для множественной миеломы
- + для гемолитической анемии
- для В12-дефицитной анемии
- для болезни тяжелых цепей

# К главным признакам аллергических дерматитов относятся:

- границы поражения правильной формы
- границы поражения нечеткие
- интактные кожные покровы
- зуд незначительный, преобладает боль и жжение
- + эритема, отеки, пузырьки в месте контакта с раздражителем

# Нетипичный клинический признак сквамозно-гиперкератической формы микоза стоп:

- гиперкератоз диффузный
- усиление кожного рисунка
- отрубевидное шелушение
- трещины
- + пузырьки (саговые зерна)

# В местной терапии микозов используется:

- + настойка йода
- мазь Вишневского
- вазелин
- салициловая кислота
- борная кислота

# Противопоказание для системного назначения противогрибковых средств:

- микоз волосистой части головы
- микоз паразитарный
- распространенный микоз гладкой кожи
- + микоз стоп
- микоз крупных складок

# В терапии нейродермита не могут использоваться:

- + цитостатики
- седативные препараты
- кортикостероиды внутрь и в виде мазей
- пасты и мази с дегтем и серой
- противозудные средства

# У пациента на слизистой щеки по линии смыкания зубов выявляются мелкие, с булавочную головку, плоские, многоугольные узелки серовато-белого цвета, формирующие мелкопетлистую сеточку. Перечисленные признаки поражения соответствуют:

- + красному плоскому лишая
- псориазу
- вторичному периоду сифилиса
- афтозному стоматиту

- кандидозу слизистой полости рта

# Характерный клинический признак у больных с витилиго:

- гипоэстезия
- эритема
- шелушение
- + гипо- или депигментация
- инфильтрация

# При витилиго не поражаются:

- грудь
- верхние конечности
- лицо
- + ягодицы
- нижние конечности

# Витилиго обычно не встречается в следующем возрасте:

- + у новорожденных
- 6-10 лет
- 15-20 лет
- 40-60 лет
- 60-90 лет

# При витилиго не используют:

- псорален внутрь
- псорален местно
- ПУФО-терапию
- фотозащитные кремы
- + гормональные мази

# Не характерно для себорейного дерматита:

- выраженный зуд
- эритематозно-сквамозные очаги поражения
- + четкие границы очагов
- нечеткие границы очагов
- локализация высыпания в «себорейных местах»

# Для себорейного дерматита типичны следующие локализации высыпаний:

- лоб и область бровей
- межлопаточная область
- носогубные складки
- верхняя часть груди
- + все вышеперечисленное

# Для экземы в острой стадии не характерно:

- эритема
- + лихенизация
- микровезикулы
- микроэрозии
- мокнутие в виде капель росы

# К основным признакам хронической экземы не относят:

- венозную гиперемию
- + яркую гиперемию, отек
- инфильтрацию, лихенизацию
- шелушение
- микроэрозии, корочки

# Для атопического дерматита является ошибочным:

- сезонность течения с летними ремиссиями
- интенсивный зуд и характерная локализация поражений кожи – сгибательная поверхность конечностей, задняя поверхность шеи
- + поражение кожи лица во всех фазах заболевания
- увеличение в период обострения содержания Ig E в крови
- наличие заболеваний «атопического круга» у родственников больных

# Для предупреждения рецидивов и тяжелого осложненного течения атопического дерматита не является эффективным:

- профессиональная ориентация
- элиминационная диета
- санация очагов инфекции
- + длительные профилактические курсы антигистаминных препаратов
- курсы ультрафиолетового облучения

# Для предупреждения возникновения атопического дерматита у угрожаемого контингента нецелесообразно:

- целенаправленное наблюдение за беременными, имеющими в личном или семейном анамнезе атопические заболевания
- элиминационная диета во время беременности
- строгая диета во время лактации
- + тщательное соблюдение гигиены кожи ребенка
- максимально раннее введение прикормов ребенку

# При лечении себорейного дерматита нельзя использовать:

- нанесение специальной косметики
- + массаж с использованием жиросодержащих веществ
- местное применение серосодержащих веществ
- местное применение спиртовых растворов
- местное применение антибактериальных средств

# Изменение функции сальных желез лежит в основе следующих заболеваний:

- + вульгарные угри
- розовые угри
- пеллагра
- себорейный дерматит
- витилиго

# Наиболее частый возраст появления вульгарных угрей:

- дошкольный
- школьный
- + постпубертатный
- старческий
- пожилой

# К дерматозам, сопровождающимся кожным зудом не относятся:

- + ксантомагоз
- нейродермит
- педикулез
- крапивница
- чесотка

# К клиническим признакам кандидоза не относят:

- поражение кожных складок
- поражение уголков рта в виде эрозий
- вульвовагинит
- поражение слизистой оболочки полости рта
- + мономорфная папулезная сыпь

# Основные симптомы чесотки:

- парные папуло-везикулярные элементы
- интенсивный зуд в теплой постели
- наличие чесоточных ходов
- линейные расчесы характерной локализации
- + все вышеперечисленное

# В лечении аллергического дерматита используется:

- устранение причинного фактора
- антигистаминные препараты
- наружные глюкокортикоидные средства
- водные взбалтываемые взвеси
- + все вышеперечисленное

# К типичным проявлениям крапивницы относят:

- + волдыри
- сочетание папул и чешуек
- пустулы
- телеангиоэктазии
- бляшки

# К болезням, проявляющимся папулезно-сквамозной сыпью не относится:

- псориаз
- розовый лишай
- красный плоский лишай
- + крапивница
- все вышеперечисленные

# На пигментобразование влияют:

- ультрафиолетовое излучение
- ионизирующее излучение
- деятельность эндокринных желез
- метаболизм Cu
- + все вышеперечисленное

# К первичным элементам сыпи не относят:

- папулу
- волдырь



- пустулу
- + трещину и эрозию
- везикулу

# Поражение кожи по типу узловатой эритемы характерно для:

- + неспецифического язвенного колита
- хронического тонзиллита
- синдрома раздраженного кишечника
- вирусного миокардита
- внебольничной пневмонии

# Кожный зуд не может быть обусловлен:

- аллергическим контактным дерматитом
- глистной инвазией
- холестазом
- + длительным спазмом артерий мелкого и среднего калибра
- чесоткой

# Стенозирующий ларинготрахеит у детей развивается на фоне:

- + парагриппа
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- псевдотуберкулеза
- лямблиоза

# Для пищевой токсикоинфекции не является характерным:

- многократная рвота
- диарея
- лихорадка
- + гепатолиенальный синдром
- боль в эпигастральной области

# Сыпь при менингококцемии носит характер:

- пятнистой
- везикулезной
- + геморрагической с центральным некрозом
- пустулезной
- папулезной

# Для локализованной дифтерии глотки характерно:

- острое начало, фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация, точечные желтоватые налеты на резко гиперемированных миндалинах
- + субфебрильная или фебрильная лихорадка, умеренная интоксикация, незначительная боль в горле, плотный сероватый налет на миндалинах
- фебрильная лихорадка, увеличение подчелюстных лимфатических узлов, паутинный белесоватый налет на миндалинах
- длительная лихорадка, гепатомегалия, некротические изменения слабо отечных миндалин
- интенсивная боль в горле при плотности, гнойные налеты на сильно отечных, гиперемированных миндалинах, выраженная интоксикация

# Для малярии не является характерным:

- интермиттирующая лихорадка с чередованием периодов озноба, чувства жара и потливости

- увеличение печени
- увеличение селезенки
- + лимфаденопатия
- анемия

# Антибактериальный препарат, который целесообразно использовать для лечения брюшного тифа:

- пенициллиновый ряд
- защищенные пенициллины
- + хлорамфеникол (левомицетин)
- макролиды
- цефалоспорины I поколения

# Наиболее информативный метод лабораторной диагностики брюшного тифа на первой неделе заболевания:

- + посев крови на желчный бульон
- посев испражнений
- посев мочи
- посев желчи
- РНГА с сальмонеллезным антигеном S.Typhi

# Для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не характерно:

- высокая лихорадка
- боли в эпигастральной и пупочной областях
- многократная рвота
- многократный жидкий обильный стул цвета болотной тины
- + многократный небольшого объема стул с примесью слизи и крови

# Для кишечного иерсиниоза не характерно:

- острое начало заболевания
- + постепенное начало заболевания
- выраженный синдром интоксикации
- гастроинтестинальный синдром
- мелкопятнистая и точечная сыпь с последующим шелушением

# К ранним клиническим признакам ботулизма не относится:

- нарушение остроты зрения
- сухость во рту
- мышечная слабость
- дисфония
- + диарея

# Для подтверждения диагноза ботулизма решающее значение имеют обнаружение и идентификация ботулинического токсина:

- в сыворотке крови больного
- в рвотных массах
- в промывных водах желудка
- в употребляемых больным пищевых продуктах
- + все вышеперечисленное верно

# Укажите характерную эндоскопическую картину кишечного амебиоза:

- + глубокие язвы с подрытыми краями на фоне малоизмененной оболочки толстой кишки
- диффузная гиперемия слизистой оболочки ободочной кишки

- очаговая гиперемия слизистой оболочки сигмовидной кишки
- геморрагии на гиперемизированном фоне слизистой оболочки сигмовидной кишки
- эрозии на гиперемизированном фоне слизистой оболочки сигмовидной кишки

# К внекишечным осложнениям амебиаза не относят:

- амебный гепатит
- + амебный нефрит
- абсцесс печени
- абсцесс легких
- абсцесс мозга

# При употреблении в пищу недостаточно термически обработанной рыбы возможно заражение гельминтозом:

- тениозом (свиной цепень)
- тениаринхозом (бычий цепень)
- гименолепидозом (карликовый цепень)
- + дифиллоботриозом (лентец широкий)
- аскаридозом

# При контакте с инвазированным человеком возможно заражение гельминтозом:

- + энтеробиозом
- аскаридозом
- дифиллоботриозом
- эхинококкозом
- всем вышеперечисленным

# При употреблении в пищу недостаточно термически обработанного мяса возможно заражение гельминтозом:

- аскаридозом
- + тениозом
- дифиллоботриозом
- фасциолезом (печеночная двуустка)
- описторхозом (кошачья двуустка)

# Укажите наиболее часто развивающееся осложнение гриппа:

- острый средний отит
- острый гнойный риносинусит
- + острая вирусно-бактериальная пневмония
- острый пиелонефрит
- острый гнойный рецидивирующий холангит

# Для лечения неосложненных форм гриппа не применяется:

- + антибиотики
- поливитамины
- противовирусные препараты
- жаропонижающие средства
- обильное теплое питье

# Метод быстрой диагностики гриппа:

- РСК
- РНГА
- + обнаружение вируса гриппа с помощью флюоресцирующих антител

- вирусологическое исследование
- все вышеперечисленное

# Что из перечисленного не характерно для гриппа:

- выраженный интоксикационный синдром
- геморрагический синдром
- поражение верхних отделов респираторного тракта
- острое начало
- + генерализованная лимфаденопатия

# Для аденовирусной инфекции характерно:

- лихорадка
- фарингит
- конъюнктивит
- увеличение периферических лимфоузлов
- + все вышеперечисленное

# Самой частой причиной острого бронхолита у детей является:

- + респираторно-синцитиальная инфекция
- парагрипп
- грипп
- аденовирусная инфекция
- коронавирусная инфекция

# К осложнениям эпидемического паротита не относят:

- серозный менингит
- менингоэнцефалит
- + гнойный менингит
- острый панкреатит
- орхит

# Укажите ошибочное противоэпидемическое мероприятие, проводимое в очаге эпидемического паротита:

- + дезинфекция в очаге
- госпитализация больного с тяжелыми и осложненными формами заболевания, а также по эпидемическим показаниям
- изоляция больного в течение 9 дней
- в детских учреждениях, где выявлен случай заболевания, установление карантина на 21 день
- проводится вакцинация неиммунных контактных детей

# Для купирования дегидратационного синдрома у больных холерой целесообразно использовать:

- гипертонические солевые растворы
- растворы декстранов
- + глюкозо-солевые растворы
- плазму
- все перечисленные

# Типичным осложнением тяжелых форм холеры является:

- перфорация кишечника
- + гиповолемический шок
- отек легких
- кишечное кровотечение

- все перечисленное

# Укажите переносчика возбудителя чумы:

- комары
- мухи
- слепни
- + блохи
- вши

# Для клинической картины бубонной формы чумы не характерно:

- острое лихорадочное начало заболевания
- + безболезненность увеличенных лимфатических узлов
- выраженные признаки периаденита в области бубона
- гиперемия кожи над пораженными лимфатическими узлами
- быстрое появление флюктуации в области бубона

# Что из перечисленного относительно эпидемиологической характеристики сибирской язвы не является верным:

- основным резервуаром возбудителей сибирской язвы являются сельскохозяйственные животные
- факторами передачи сибиреязвенного возбудителя могут быть изделия животного происхождения (кожа, мех, шерсть)
- + инфицированные люди являются основным источником сибиреязвенной инфекции
- заражение сибирской язвой возможно при контакте с инфицированной почвой
- у реконвалесцентов формируется стойкий иммунитет к реинфекции

# Укажите признаки, не характерные для пятен Бельского-Филатова-Коплика при кори:

- представляют собой белесоватые «крупинки», окруженные узкой красноватой каемкой
- локализуются на слизистой оболочке щек
- не снимаются шпателем
- с появлением экзантемы исчезают
- + появляются после исчезновения сыпи

# Для экзантемы при кори не характерно:

- сыпь появляется на 3-4-й дни болезни
- + появление сыпи сопровождается нормализацией температуры
- элементы сыпи распространяются поэтапно на лицо, затем на туловище и на конечности
- на месте элементов сыпи остается пигментация
- в дальнейшем на месте сыпи отмечается отрубевидное шелушение

# Не является характерным осложнением кори:

- + панкреатит
- ложный круп
- менингоэнцефалит
- пневмония
- кератоконъюнктивит

# Укажите тип экзантемы, характерный для краснухи:

- везикулезная сыпь
- крупно-пятнистая сыпь
- + мелкопятнистая сыпь
- геморрагическая сыпь
- папулезная сыпь

# Укажите осложнение, не характерное для краснухи:

- артралгии
- артриты
- тромбоцитопеническая пурпура
- энцефалит
- + гнойный менингит

# Для скарлатины не характерно:

- высокая температура
- ангина
- точечная сыпь на гиперемизованном фоне
- + распространенная крупно-пятнистая сыпь
- белый дермографизм

# При скарлатине в общем анализе крови не наблюдается:

- лейкоцитоз
- нейтрофилез
- + лимфоцитоз
- эозинофилия
- повышение СОЭ

# Не является осложнением скарлатины:

- + менингоэнцефалит
- отит
- синусит
- миокардит
- нефрит

# В качестве этиотропной терапии при скарлатине используют препараты:

- тетрациклинового ряда
- сульфаниламиды
- аминогликозиды
- + пенициллины
- фторхинолоны

# К заболеваниям стрептококковой этиологии не относят:

- фолликулярную ангину
- лакунарную ангину
- + болезнь кошачьей царапины
- скарлатину
- рожа

# Для ветряной оспы не характерно:

- возникновение полиморфной сыпи на 1-2-й день болезни
- воздушно-капельный путь передачи
- формирование стойкого пожизненного иммунитета после перенесенного заболевания
- высокая контагиозность
- + рубцовая деформация кожи после угасания сыпи

# Не является характерным признаком раневого столбняка:

- + гиперсаливация

- опистотонус
- тризм жевательных мышц
- тонические сокращения дыхательных мышц
- фибриляция мышц в области входных ворот инфекции

# К клиническим признакам бешенства не относится:

- боли по ходу нервных путей, ближайших к месту укуса
- гидрофобия
- + отсутствие нарушения сознания
- аэрофобия
- слюнотечение

# Путь передачи, не характерный для ВИЧ-инфекции:

- гемоконтактный
- вертикальный
- половой
- + трансмиссивный
- парентеральный

# В стадию первичных проявлений ВИЧ-инфекции не наблюдается:

- + диссеминированная саркома Капоши
- выраженная слабость
- лихорадка
- тонзиллит
- полиаденит

# Для геморрагической лихорадки с почечным синдромом не характерно:

- лихорадка
- поражение почек
- + гепатит
- выраженная интоксикация
- тромбогеморрагический синдром

# Основной резервуар возбудителя геморрагической лихорадки с почечным синдромом:

- кошки
- собаки
- птицы
- + мышевидные грызуны
- все перечисленное

# Для клинической картины менингококкового менингита не характерно:

- острое начало
- головная боль
- симптомы раздражения мозговых оболочек
- рвота
- + очаговая церебральная симптоматика

# Диагноз острого вирусного гепатита А подтверждает:

- повышение активности трансаминаз
- повышение содержания билирубина в крови
- + наличие в крови специфических антител класса Ig M
- наличие в крови специфических антител класса Ig G

- положительная тимоловая проба

# Вирусный гепатит В не передается:

- + при употреблении некипяченой воды
- при выполнении хирургических манипуляций
- половым путем
- вертикальным путем
- гемотранфузионным путем

# Вирусный гепатит С характеризуется:

- парентеральным путем передачи
- часто – легким, безжелтушным течением
- часто хронизацией процесса
- появлением anti- HCV Ig M
- + всем вышеперечисленным

# Большая разница между величиной систолического и диастолического артериального давления (высокое пульсовое давление) встречается при:

- митральном стенозе
- + дефекте межжелудочковой перегородки
- аортальной недостаточности
- врожденной аномалии легочной артерии
- стенозе трикуспидального клапана

# Тахикардиями наиболее часто осложняется:

- дефект межпредсердной перегородки
- митральный стеноз
- + аортальная недостаточность
- трикуспидальная недостаточность
- аортальный стеноз

# Для аортальной недостаточности не характерно:

- наличие визуально определяемого симптома «пляска каротид»
- наличие пальпаторно определяемого высокого пульса
- разлитой, усиленный, резистентный верхушечный толчок
- + низкое пульсовое давление
- наличие диастолического шума с максимумом в точке Боткина-Эрба

# Для выраженного стеноза устья аорты характерно:

- головная боль, головокружения
- появление одышки при незначительной физической нагрузке
- боли в области сердца по типу «стенокардии», загрудинный дискомфорт
- обморочные состояния
- + все вышеперечисленное

# К аускультативным признакам митрального стеноза не относится:

- + грубый систолический шум во 2 точке, проводящийся во все точки аускультации
- диастолический шум в 1 точке аускультации
- «щелчок открытия» митрального клапана, выслушиваемый на верхушке сердца
- усиленный, хлопающий 1 тон на верхушке
- систолический шум над легочной артерией



# К аускультативным признакам митральной недостаточности в стадии декомпенсации не относится:

- ослабление 1 тона на верхушке сердца
- систолический шум в 1 точке аускультации
- + диастолический шум в 5 точке, проводящийся на верхушку сердца
- нормальный неизменный 2 тон на верхушке сердца
- патологический 3 тон

# К числу обязательных инструментальных исследований, выполняемых при выявлении у больного артериальной гипертензии, относят:

- электрокардиографию
- суточное ЭКГ мониторингирование
- осмотр сосудов глазного дна
- радиоизотопную ренографию
- + все из вышеперечисленного

# Развитию атеросклероза не способствуют:

- малоподвижный образ жизни
- злоупотребление жирной пищей
- курение
- + тяжелый физический труд
- артериальная гипертензия

# При атриовентрикулярной блокаде 1 степени на ЭКГ отмечается:

- выраженная синусовая брадикардия
- + увеличение интервала PQ
- ширина зубца P более 0,1 сек
- появление патологического зубца Q
- укорочение интервала QT

# Мужчина 50 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, боли за грудиной. В течение года дважды отмечалась кратковременная потеря сознания. 5 лет назад при случайном обследовании выявлен «шум в сердце». Указаний на ревматизм нет. При осмотре: пастозность голеней, гепатомегалия, в нижних отделах легких влажные хрипы, пульс – 90 в минуту, ритмичный, артериальное давление – 130/90 мм рт.ст., сердце не увеличено (перкуторно), усилен верхушечный толчок. Слева в III-IV межреберьях у края грудины – интенсивный скребущий систолический шум, сопровождаемый дрожанием. Ослаблен аортальный компонент II тона. Наиболее вероятно, что у больного:

- митральная недостаточность
- + аортальный стеноз
- стеноз клапана легочной артерии
- дефект межжелудочковой перегородки
- трикуспидальная недостаточность

# Мужчина 60 лет проснулся от сильной боли за грудиной с иррадиацией в область шеи и в обе руки, которая сопровождалась холодным потом. После повторного приема 6 таблеток нитроглицерина с 5-минутными интервалами боль уменьшилась, но не исчезла полностью. При осмотре: пульс – 100 в минуту, ритмичный, артериальное давление – 100/80 мм рт.ст., в нижних отделах легких – жесткое дыхание и влажные хрипы, тоны сердца глухие, шумов и патологического III тона нет. Наиболее вероятный диагноз:

- расслаивающаяся аневризма аорты
- тромбоэмболия легочной артерии
- + острый инфаркт миокарда

- острый перикардит
- остеохондроз грудного отдела позвоночника

# Для левожелудочковой недостаточности не характерно:

- приступ удушья
- сердцебиение
- улучшение состояния в положении ортопноэ
- аускультативно – влажные хрипы с обеих сторон
- + отёки на нижних конечностях

# Выберите признак, характеризующий отеки сердечного происхождения:

- + появляются во второй половине дня («симптом тесной обуви») на лодыжках, стопах, распространяются вверх, симметричны; к утру проходят
- появляются чаще утром, на лице
- появляются только в жаркое время года при нарушении питьевого режима, не исчезают в утренние часы
- как правило, односторонние, сопровождающиеся резким покраснением отечной конечности
- нет правильного ответа

# Наиболее информативным лабораторным тестом, подтверждающим диагноз инфекционного эндокардита является:

- резкое ускорение СОЭ
- анемия
- нейтрофильный лейкоцитоз
- лейкопения
- + высеив возбудителя в культуре крови

# Для экссудативного перикардита не характерно:

- + шум трения перикарда
- одышка
- тахикардия
- набухание шейных вен
- увеличение размеров сердца

# Приводить к перегрузке сердца давлением и быть причиной сердечной недостаточности не может:

- аортальный стеноз
- + митральная недостаточность
- гипертоническая болезнь
- стеноз устья легочной артерии
- гипертрофическая кардиомиопатия

# У женщины 32 лет жалобы на одышку при физической нагрузке, отеки голеней, кашель с выделением слизистой мокроты в течение полугода. В детстве имел место эпизод длительной лихорадки с болями и припуханием суставов. При обследовании: пульс - 120 в минуту, аритмичный, небольшой сердечный толчок, громкий I тон, диастолический шум на верхушке, во всех точках аускультации выслушивается трехчленный ритм, в легких с обеих сторон жесткое дыхание, в нижних отделах многочисленные мелкие влажные хрипы, пальпируется болезненный край печени на 1 см ниже реберной дуги. Наиболее вероятно, что у больной:

- митральная недостаточность
- + митральный стеноз
- аортальная недостаточность

- аортальная регургитация
- дефект межжелудочковой перегородки

# Типичными ЭКГ-признаками желудочковой экстрасистолии являются:

- отсутствие зубца Р перед экстрасистолой
  - расширение желудочкового комплекса
  - изменение формы желудочкового комплекса
  - наличие полной компенсаторной паузы
- + все ответы верны

# Наиболее атерогенным фактором гиперлипидемии является:

- I тип
- + II-б тип
- III тип
- IV тип
- V тип

# У больного 18 лет с хорошо развитой верхней половиной туловища при прохождении призывной комиссии в военкомате обнаружена высокая артериальная гипертензия. При осмотре обнаружено непропорциональное развитие верхних и нижних конечностей, усиленная пульсация сосудов шеи, ослабление пульсации на нижних конечностях, аускультативно определяется систолический шум в межлопаточной области, на ЭКГ – признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка. Из перечисленных причин наиболее вероятно привела к развитию артериальной гипертензии:

- синдром Такаясу
  - болезнь Иценко-Кушинга
- + коарктация аорты
- открытый артериальный проток
  - врожденная аномалия легочной артерии

# У больной 26 лет после двух родов наблюдается появление лабильной артериальной гипертензии. Ухудшение самочувствия провоцируется длительной ходьбой и пребыванием в вертикальном положении. После непродолжительного отдыха в горизонтальном положении отмечается нормализация артериального давления. При планировании диагностических мероприятий в первую очередь следует думать, что у больной:

- хронический пиелонефрит
- + нефроптоз
- феохромоцитомы
  - гипертоническая болезнь
  - синдром вегетативной дистонии

# Причинами острого перикардита не могут быть:

- + стенокардия
- вирусная инфекция
  - ревматизм
  - туберкулез
  - злокачественные опухоли

# Кризовое течение артериальной гипертензии часто наблюдается:

- при врожденном адреногенитальном синдроме
- при синдроме Иценко-Кушинга
- при первичном гиперальдостеронизме
- при гипертиреозе

+ при феохромоцитоме

# При наличии патологического зубца Q во II, III и aVF отведениях очаговые изменения локализируются:

- в задне-базальной области левого желудочка
- в верхне-боковой области левого желудочка
- в правом желудочке
- в передне-перегородочной области
- + в области верхушки

# К развитию хронического легочного сердца могут приводить:

- + хронические неспецифические заболевания лёгких
- интерстициальные заболевания лёгких
- сосудистые заболевания лёгких
- деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата
- всё перечисленное

# Повышение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- через 1-2 часа
- через 4-6 часов
- через 8-12 часов
- + не ранее, чем через 24 часа
- не повышается

# Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- хиломикроны
- липопротеиды очень низкой плотности
- липопротеиды низкой плотности
- «ремнантные» частицы
- + липопротеиды высокой плотности

# Основной транспортной формой эндогенных триглицеридов являются:

- хиломикроны
- липопротеиды очень низкой плотности
- липопротеиды низкой плотности
- «ремнантные» частицы
- + липопротеиды высокой плотности

# Сочетание клинических признаков коронарного атеросклероза и атеросклероза периферических артерий характерно для гиперлиппротеидемии:

- I типа
- II а типа
- II б типа
- + IV типа
- III типа

# Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

- липопротеиды очень низкой плотности
- липопротеиды низкой плотности
- + липопротеиды высокой плотности
- хиломикроны

- b-липопротеиды

# Значение избыточной массы тела, как фактора риска ишемической болезни сердца, ассоциируют с:

- нарушением липидного обмена
- нарушением углеводного обмена
- + повышением уровня артериального давления
- снижением физической активности
- всем перечисленным

# К проводящей системе сердца не относят:

- синусовый узел
- + клетки сократительного миокарда
- атриовентрикулярный узел
- пучок Гиса и его разветвления
- волокна Пуркинье

# Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте:

- является фактором риска развития мозгового инсульта
- характеризует доброкачественное течение гипертонии
- часто приводит к развитию недостаточности кровообращения
- является вариантом нормы
- + все ответы правильные

# Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

- митральным стенозом
- недостаточностью аортального клапана
- недостаточностью митрального клапана
- стенозом устья аорты
- + дефектом межжелудочковой перегородки

# Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

- сужении правого атриовентрикулярного отверстия
- + недостаточности аортального клапана
- гипертрофической кардиомиопатии
- недостаточности трехстворчатого клапана
- правильного ответа нет

# Жалобы на сердцебиение могут предъявлять больные с:

- синусовой тахикардией
- анемией
- пароксизмальной тахикардией
- тиреотоксикозом
- + при всех перечисленных состояниях

# Внезапная одышка может наблюдаться при:

- тромбоэмболии легочной артерии
- отёке лёгких
- пневмотораксе
- тампонаде сердца
- + всех перечисленных состояниях

# Термином «ортопноэ» называют:

- увеличение частоты дыхания
- + неспособность находиться в положении лёжа из-за одышки
- возникновение одышки в положении сидя и облегчение её в положении лёжа
- приступы сердечной астмы
- правильного ответа нет

# Постоянная одышка наблюдается при:

- хронической левожелудочковой недостаточности
- первичной легочной гипертензии
- врожденных пороках со сбросом крови справа-налево
- эмфиземе лёгких
- + всех перечисленных состояниях

# Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

- боль в грудной клетке
- кровохарканье
- + внезапная одышка
- потеря сознания
- сердцебиение

# Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- митрального стеноза
- митральной недостаточности
- стеноза легочной артерии
- + трикуспидальной недостаточности
- правильного ответа нет

# К осложнениям гипертонического криза не относят:

- острую левожелудочковую недостаточность
- острое расслоение аорты
- + острую почечную недостаточность
- острое нарушение мозгового кровообращения
- острый коронарный синдром

# Выберите ЭКГ признак, характеризующий атриовентрикулярную блокаду 2 степени:

- + выпадение комплексов QRS
- удлинение интервала PR
- появление патологического зубца Q
- удлинение интервала PQ
- все перечисленное

# В норме полость перикарда содержит:

- около 5 мл жидкости
- + до 50 мл жидкости
- 100-200 мл жидкости
- 300-500 мл жидкости
- в полости перикарда жидкости нет

# Основными функциями перикарда являются:

- предохранение сердца от чрезмерного растяжения
- фиксация сердца
- обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме

- защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения
- + все перечисленное

# Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- аускультации
- рентгенографии
- электрокардиографии
- + эхокардиографии
- пальпации области сердца

# При экссудативном перикардите может наблюдаться:

- одышка
- глухость тонов сердца
- расширение границ сердечной тупости
- тахикардия и парадоксальный пульс
- + все перечисленное

# При тампонаде сердца наблюдается:

- резкая одышка
- цианоз
- тахикардия
- нитевидный пульс
- + все перечисленное

# Наиболее частой жалобой у больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом является:

- + одышка при физической нагрузке
- перебои в работе сердца
- тяжесть в правом подреберье
- болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки
- приступ синкопе

# Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается:

- в положении лежа на спине
- + при наклоне вперед
- при движениях туловищем в разные стороны
- во время вдоха
- в положении ортопное

# Боль в грудной клетке при остром перикардите усиливается:

- при перемене положения тела
- во время вдоха
- при глотании
- в положении лежа на спине
- + при всех перечисленных действиях

# Что из перечисленного является основным показанием для пункции перикарда:

- нарастание признаков тампонады
- подозрение на гнойный процесс
- + отсутствие тенденции к уменьшению выпота
- необходимость уточнения этиологии
- все перечисленное

# Причиной выпота в перикард могут быть:

- микседема
- заболевания соединительной ткани
- опухоли
- заболевания крови
- + все перечисленное

# Характеристика болевого синдрома при остром перикардите:

- боль загрудинная, сжимающая, пекущая, усиливающаяся при ходьбе, подъеме по лестнице
- боль в области верхушки сердца, колющая, острая, с длительностью от нескольких часов до нескольких дней
- + боль, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, движении головы
- резкая, разрывающая боль, локализующаяся за верхней третью грудины, с иррадиацией по ходу позвоночника
- нет правильного ответа

# К нефармакологическим способам снижения АД относят:

- снижение или нормализация массы тела
- ограничение употребления соли
- физические тренировки
- методы релаксации, аутогенная тренировка
- + все вышеперечисленное

# Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

- гиперпродукцией кортикостероидов
- увеличением образования альдостерона
- + увеличением образования катехоламинов
- гиперпродукцией ренина
- всеми перечисленными факторами

# Для острого инфекционного эндокардита характерно:

- наличие лихорадки с ознобом
- наличие лейкоцитоза в ОАК
- быстрое формирование порока сердца
- развитие признаков сердечной недостаточности
- + все перечисленное

# При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:

- поражение центральной нервной системы
- поражение клапанного аппарата сердца
- эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов
- почечная недостаточность
- + все перечисленное

# Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии не имеет значения:

- лечение сердечной недостаточности
- длительный прием антикоагулянтов при тромбофлебите
- длительный постельный режим после полостных операций
- + бинтование нижних конечностей после холецистэктомии
- правильного ответа нет



# У больных с патологией сердечно-сосудистой системы механизм одышки связан со следующими причинами:

- нарушением бронхиальной проходимости
- застоем крови по большому кругу, снижением сократительной способности миокарда правых отделов
- + снижением сократительной способности миокарда левого желудочка, накоплением в крови молочной кислоты, раздражением дыхательного центра
- изменением вязкости крови
- длительным спазмом венечных сосудов

# К механизмам формирования типичного болевого синдрома при нарушении коронарного кровотока

- приступ стенокардии - *angina pectoris* – не относят:
- нарушение коронарного и коллатерального кровотока в миокарде
- преобладание анаэробного гликолиза
- накопление в кардиомиоцитах молочной кислоты
- раздражение болевых рецепторов в миокарде
- + накопление медиаторов воспаления и продуктов неполного обмена в перикардиальной полости и раздражение болевых рецепторов

# Появление пароксизма - «перебоев» в деятельности сердца, связанного с поднятием руки или наклоном туловища, характерно для:

- сердечной недостаточности
- межреберной невралгии
- нарушения кровообращения, например, при обмороке или коллапсе
- + воспалительного процесса, сопровождающегося формированием плевроперикардиальных спаек
- нарушения вегетативной иннервации, например, при вегето-сосудистой дистонии

# Для вариантной стенокардии, типа Принцметала, характерным признаком является:

- интенсивная, кратковременная боль в загрудинной области
- длительная, многочасовая боль в прекардиальной зоне с умеренным положительным эффектом от приема валидола, седативных средств
- + возникновение болевого синдрома в ночное время (во время сна)
- возникновение болевых ощущений в утренние часы, как правило, в зимний период, при выходе из теплого помещения на открытое холодное пространство
- интенсивная, продолжительная боль (более 30 минут) в загрудинной области и всей прекардиальной зоне, с иррадиацией в позвоночник и левый верхнеплечевой пояс с отсутствием эффекта от сублингвального приема нитроглицерина.

# Исключите признак, не характерный для гипертрофии левого желудочка

- отклонение электрической оси влево
- высокая амплитуда зубцов R в отведениях I, aVL, V5 – V6
- комплексы QRS больше 0,1 сек в отведениях I, aVL, V5 – V6
- + зубцы R в отведении V5, зубцы S в отведении V1 меньше 35 мм
- смещение сегмента ST от изолинии с отрицательным зубцом T в отведениях I, aVL, V5 – V6

# Ослабление 1 тона на верхушке сердца (в 1 точке аускультации) является следствием:

- снижения сократительной способности миокарда правого желудочка (при недостаточности трикуспидального клапана)
- повышения давления в большом круге кровообращения (при артериальной гипертензии)
- повышения давления в малом круге кровообращения (при митральном стенозе)

+ гипертрофии левого желудочка и снижения его сократительной способности (при недостаточности митрального клапана)  
- увеличения числа сердечных сокращений

# Патологическое раздвоение 1 тона на верхушке сердца встречается при:

- нарушениях ритма сердца (например, при тахикардии)  
- нарушениях сократительной способности миокарда предсердий  
+ нарушениях внутрижелудочковой проводимости (например, при блокаде левой ножки пучка Гиса)  
- появлении эктопических очагов в миокарде правого предсердия (например, при экстрасистолии)  
- длительном застое крови в малом круге кровообращения

# Ослабление 1 и 2 тонов на верхушке сердца не может быть следствием:

- заболевания органов дыхания (например, при эмфиземе лёгких)  
- скопления жидкости в полости перикарда (при выпотном перикардите)  
- диффузных воспалительных изменений в миокарде (при миокардите)  
- гипертрофии и дилатации левого желудочка, со снижением его сократительной функции (при недостаточности аортального клапана)  
+ попадания в левый желудочек в диастолу малого объёма крови (при митральном стенозе)

# Общее усиление 1 и 2 тонов не может быть обусловлено:

- тахикардией, связанной с психическим или физическим возбуждением  
- наличием вблизи сердца абсцесса или каверны лёгкого  
- положением пациента на левом боку, во время глубокого выдоха  
+ эмфиземой лёгких  
- снижением вязкости крови (например, при анемии)

# Шум Грехема-Стилла может выслушиваться при:

- перикардите  
- миокардите  
- артериальной гипертензии  
- тиреотоксикозе  
+ митральном стенозе

# Двойной шум Виноградова-Дюрозье может выслушиваться над:

- аортой  
- легочной артерией во 2 межреберье у левого края грудины  
- верхушкой сердца (1 точка аускультации)  
+ крупными артериями (бедренная, сонная)  
- рукояткой грудины

# Систолический шум во 2 межреберье у правого края грудины, передающийся на сонные артерии и в межлопаточную область является признаком:

- недостаточности митрального клапана  
+ стеноза устья аорты  
- недостаточности трехстворчатого клапана  
- стеноза митрального клапана  
- пролапса митрального клапана

# При проведении пальпации области сердца, у пациентки на верхушке выявлен симптом диастолического «кошачьего мурлыканья», при перкуссии – увеличение области абсолютной тупости сердца, смещение верхней границы сердца вверх до 2 ребра. О каком заболевании идёт речь:

+ порок митрального клапана (например, митральный стеноз)

- порок аортального клапана (аортальный стеноз)
- аневризма левого желудочка на фоне острого крупноочагового инфаркта миокарда
- стенокардия
- порок трёхстворчатого клапана (например, недостаточность трикуспидального клапана)

# Не относится к причинам развития хронической сердечной недостаточности:

- артериальная гипертензия
- митральные пороки сердца
- алкогольная кардиомиопатия
- ишемическая болезнь сердца
- + вегетативная дисфункция

# Выраженная пульсация в эпигастрии, сочетающаяся с пульсацией в правом подреберье встречается при:

- пороке аортального клапана - выраженной аортальной недостаточности, приводящей к регургитации крови в аорту во время диастолы
- аневризме брюшного отдела аорты
- пороке митрального клапана, приводящих к правожелудочковой недостаточности и гипертензии в большом круге кровообращения
- + недостаточности трикуспидального клапана, сопровождающейся регургитацией крови с развитием гипертензии в большом круге кровообращения
- экссудативном или слипчивом перикардите или сдавлении верхней полой вены опухолью средостения

# К ключевым факторам развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности относится:

- + снижение сердечного выброса, задержка воды и натрия в организме
- нарушение нейро-гуморальной регуляции сердечной деятельности
- воспалительные изменения в клетках миокарда
- врожденные дефекты клапанного аппарата сердца
- токсическое влияние приема алкоголя на проводящую систему сердца

# Появление положительного симптома Савельева-Попова при определении свойств пульса на лучевых артериях характерно для:

- сдавления просвета артерий с одной стороны опухолью
- аномалии развития лучевой артерии с одной стороны
- + стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
- недостаточности устья аорты
- рубцового сужения просвета лучевой артерии с одной стороны

# Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- пневмония
- астматическое состояние
- тромбоэмболия легочной артерии
- + спонтанный пневмоторакс
- легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

# К факторам, способствующим развитию гипертонических кризов относят:

- физическую нагрузку
- психоэмоциональный стресс
- злоупотребление алкоголем
- избыточное потребление соли и жидкости

+ все перечисленное

# Диуретики при артериальной гипертензии не назначаются при:

- объемзависимом гипорениновом варианте гипертонической болезни
  - артериальной гипертензии на фоне сахарного диабета
  - сочетании артериальной гипертензии с застойной сердечной недостаточностью
  - сочетании артериальной гипертензии с почечной недостаточностью
- + артериальной гипертензии, обусловленной феохромоцитомой

# Внезапное резкое повышение АД характерно для:

- + феохромоцитомы
- преэклампсии беременных
- черепно-мозговых травм
- соматостиномы
- острого гломерулонефрита

# Уширенный, двугорбый зубец Р в отведениях I и aVL встречается:

- при митральном пороке сердца
  - при пролапсе митрального клапана с регургитацией
  - при дилатационной кардиомиопатии
  - при ИБС с сердечной недостаточностью
- + во всех вышеперечисленных случаях

# К признакам гипертрофии правого предсердия на ЭКГ относится:

- + увеличение высоты зубцов Р в отведениях II и V1
- исчезновение положительной фазы зубцов Р в отведении V1
- увеличение отрицательной фазы зубцов Р в отведении V1
- всё перечисленное
- ничего из перечисленного

# Болевые ощущения, трудно отличимые от стенокардии, могут быть при:

- расслоении аорты
  - тромбозболии легочной артерии
  - остром панкреатите
  - остром инфаркте миокарда
- + при всех перечисленных состояниях

# Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений до максимума наиболее характерно для:

- стенокардии
  - инфаркта миокарда
- + расслоения аорты
- острого перикардита
  - правильного ответа нет

# Не является показанием к госпитализации больного с хронической сердечной недостаточностью:

- развитие симптомов острой сердечной недостаточности
  - развитие артериальной гипотензии, обморочных состояний
- + появление одышки при привычной физической активности
- выраженная одышка в покое, невозможность выполнения никакой физической активности
  - присоединение нарушений ритма

# При каком приобретенном пороке сердца раньше всего появится отечно-асцитический синдром:

- недостаточность митрального клапана
- + недостаточность трикуспидального клапана
- стеноз устья аорты
- недостаточность аортального клапана
- стеноз митрального клапана

# Для аортальной недостаточности не характерно:

- наличие визуально определяемого симптома «пляска каротид»
- наличие пальпаторно определяемого высокого пульса
- наличие разлитого, усиленного, резистентного верхушечного толчка
- + низкое пульсовое давление
- наличие диастолического шума с максимумом в точке Боткина-Эрба

# К основным группам лекарственных препаратов для лечения хронической сердечной недостаточности не относятся:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)
- + блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК)
- диуретики
- бета-адреноблокаторы
- антагонисты рецепторов к альдостерону

# Антиатеросклеротическая диета не включает в себя:

- уменьшение употребления насыщенных жирных кислот
- увеличение потребления продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными кислотами
- + увеличение потребления насыщенных жирных кислот
- ограничение потребления поваренной соли
- увеличение потребления клетчатки

# ЭКГ-признаком синусовой тахикардии не является:

- сохранение правильного синусового ритма
- увеличение ЧСС более 90 в минуту
- положительный зубец Р
- наличие комплекса QRS
- + отсутствие комплекса QRS

# Рекомендации по применению диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности не включают:

- лечение начинается только при наличии клинических признаков застоя
- предпочтение при лечении отдается тазидным диуретикам
- при развитии рефрактерного отека предпочтение отдается параллельному введению высоких доз фуросемида в/в и 1-2 диуретиков внутрь
- + предпочтение отдается только назначению антагонистов альдостероновых рецепторов
- при развитии гипотонии возможно сочетание диуретиков со стероидами

# Показанием к экстренной госпитализации при гипертоническом кризе не является:

- тяжелое течение криза и малый эффект фармакологических средств
- повторное повышение АД через короткое время после купирования криза
- острая левожелудочковая недостаточность
- дестабилизация стенокардии, возникновение аритмий и блокад сердца
- + нейровегетативная форма гипертонического криза

# Гипокалиемия приводит к нарушению ритма сердца по типу:

- синусовой брадикардии
- асистолии
- атриовентрикулярной блокады
- экстрасистолии
- + тахикардии

# Показанием к постоянной электрокардиостимуляции не является:

- редкий желудочковый ритм (менее 40 в мин.), не поддающийся медикаментозной коррекции
- приступы Морганьи-Адамса-Стокса
- хроническая недостаточность кровообращения
- полная атриовентрикулярная блокада
- + неполная атриовентрикулярная блокада II степени

# Для поражения седалищного нерва характерно:

- + отсутствие ахиллова рефлекса
- отсутствие коленного рефлекса
- гипестезия по передней поверхности бедра
- положительный симптом Вассермана
- все вышеперечисленное

# Признаки, характерные для поражения лицевого нерва:

- сглаженность лобных и носогубных складок
- снижение надбровного рефлекса
- симптом "паруса"
- невозможность свиста
- + все вышеперечисленное

# Диагноз сотрясения головного мозга может быть поставлен при наличии:

- + кратковременной потери сознания, тошноты, рвоты, амнезии
- менингеальных симптомов
- очаговых симптомов
- стойкой сенситивной атаксии
- гемиплегии

# Для острого периода сотрясения головного мозга не характерны:

- тошнота, рвота
- головная боль
- головокружение
- вегетативно-вазомоторные нарушения
- + стойкая утрата сознания

# Для острого периода сотрясения головного мозга не характерно:

- расширение или сужение зрачков
- + длительный сон
- анизокория
- преходящие глазодвигательные нарушения
- нистагм

# При тромбозе кавернозного синуса не наблюдается:

- экзофтальм
- + западение глазного яблока

- отек и венозная гиперемия век, глазниц, корня носа
- гиперестезия в области иннервации верхней ветви тройничного нерва
- офтальмоплегия

# Свидетельствовать о гемиплегии у больного в коматозном состоянии может:

- симптом «паруса»
- + поднятая рука на стороне паралича падает как «плеть»
- ротация парализованной стопы кнаружи
- опущение угла рта
- все вышеперечисленное

# При нарушении кровообращения в сосудах вертебро-базилярного бассейна может наблюдаться:

- системное головокружение
- нарушение слуха
- нарушение зрения
- мозжечковые расстройства
- + все перечисленное

# При невропатии (неврите) срединного нерва наблюдается:

- кисть по форме напоминает «обезьянью лапу»
- нарушаются движения I, II, III пальцев
- нарушаются пронация и ладонное сгибание кисти
- боли часто носят каузалгический характер
- + все перечисленное

# Рассеянный склероз наиболее часто поражает:

- мужчин старше 70 лет
- женщин после 55 лет
- + женщин в возрасте от 16 до 35 лет
- детей дошкольного возраста
- подростков

# Поражение зрительного нерва при рассеянном склерозе не проявляется:

- ощущением нечеткости изображения
- преходящей слепотой
- снижением остроты зрения
- + анизокорией
- скотомами

# К признакам периферического паралича не относятся:

- + спастический тонус
- гипотония мышц
- снижение сухожильных рефлексов
- гипотрофия мышц
- «биоэлектрическое молчание» на ЭЭГ

# К признакам центрального паралича не относятся:

- спастический тонус
- + гипотония мышц
- защитные рефлексы
- синкинезии
- клонусы

# Для бульбарного паралича не характерны:

- отсутствие глоточного рефлекса
- + симптомы орального автоматизма
- дисфагия
- дизартрия
- афония

# Какие из перечисленных симптомов являются признаками поражения гипоталамуса:

- + гемипарез
- нарушение жирового обмена
- нарушение сна и бодрствования
- нейродермиты
- нарушение терморегуляции

# Какой признак не характерен для субарахноидального кровоизлияния:

- головная боль и головокружение
- нарушение сознания
- менингеальный синдром
- кровь в ликворе
- + белково-клеточная диссоциация

# Наиболее частыми причинами возникновения симптоматической локально обусловленной эпилепсии не являются:

- опухоли головного мозга
- черепно-мозговая травма
- энцефалиты
- + нарушение мозгового кровообращения
- рассеянный склероз

# К вертеброгенным причинам боли в спине не относятся:

- остеопороз
- опухоли позвонков
- болезнь Бехтерева
- анкилозирующий спондилит
- + сирингомиелия

# Симптом Ласега применяется для оценки:

- мышечного напряжения
- эмоционального состояния
- объема движения конечности
- подвижности позвоночника
- + признаков компрессии корешков спинного мозга

# К наиболее тяжелым заболеваниям, сопровождающимся болями в спине и требующими экстренной госпитализации не относятся:

- злокачественные опухоли
- расслаивающаяся аневризма аорты
- синдром конского хвоста
- компрессионный перелом
- + отраженные боли при заболеваниях внутренних органов



# К подошвенным рефлексам не относят:

- симптом Бабинского
- симптом Бехтерева-Менделя
- симптом Россолимо
- + симптом Маринеску-Радовичи
- симптом Оппенгейма

# Расстройства чувствительности по типу «перчаток» и «носок» при жалобах пациента на чувство покалывания в руках и ногах обычно развивается при заболеваниях:

- + периферических нервов
- плечевого сплетения
- спинного мозга
- ствола мозга
- зрительного бугра

# Непроизвольные подергивания мышц языка под слизистой и атрофия одной его половины позволяет предположить поражение:

- V пары черепно-мозговых нервов
- VII пары черепно-мозговых нервов
- IX пары черепно-мозговых нервов
- X пары черепно-мозговых нервов
- + XII пары черепно-мозговых нервов

# Непроизвольное подергивание левого угла рта при попытке прищурить левый глаз у больного с невротической лицевой парезом позволяет предположить:

- мышечный спазм
- мозжечковые нарушения с потерей координации
- + патологическую регенерацию лицевого нерва
- невралгию тройничного нерва
- фокальные припадки

# Наиболее достоверный метод распознавания внутричерепных аневризм:

- МРТ-сканирование
- КТ-сканирование
- КТ-методом одиночной фотонной эмиссии
- позитронно-эмиссионная томография
- + ангиография

# Наиболее частая причина развития инфаркта мозга:

- + атеросклероз
- фиброзно-мышечная дисплазия
- эмболия мозга
- гипертензионная гиперплазия интимы
- воспаление сосудов мозговых оболочек

# Тип припадков, наиболее часто встречающиеся у взрослых:

- + сложный парциальный
- генерализованный тоникоклонический
- абсанс
- простой парциальный
- джексоновский

# Для мигрени не характерно:

- носит семейный характер
- протекает по типу гемикрании
- характер боли пульсирующий
- возникает периодически
- + с возрастом состояние ухудшается

# Характерные для невралгии тройничного нерва болевые приступы продолжаются:

- + секунды
- минуты
- часы
- дни
- недели

# При дефиците витамина В12 не наблюдаются:

- миелопатии
- + миопатии
- энцефалопатии
- периферические невропатии
- атрофии зрительных нервов

# Наиболее частая причина слабоумия:

- эпилепсия
- сосудистые заболевания
- + болезнь Альцгеймера
- болезнь Паркинсона
- травмы головы

# Причиной периферической невропатии может стать гипервитаминоз:

- тиамина
- витамина А
- никотинамида
- + пиридоксина
- витамина В12

# Лечение «розовой» гипертермии у детей не включает:

- обильное питье
- раскрытие ребенка
- + согревание ребенка
- прием парацетамола
- физические методы охлаждения

# Характерный признак желудочного кровотечения:

- + рвота кофейной гущей
- срыгивание
- отрыжка
- изжога
- стул с примесью алой крови

# Характерный клинический симптом желчной колики:

- резкая боль в правом подреберье
- чувство горечи во рту

- метеоризм
- рвота, не приносящая облегчение
- + все перечисленное верно

# "Ложный круп" не встречается:

- при гриппе
- при кори
- + при дифтерии
- при ветряной оспе
- при парагриппе

# Характерный признак прободной язвы желудка:

- + острая «кинжальная» боль в эпигастральной области
- флатуленция
- неукротимая рвота
- аэрофагия
- тошнота

# Для купирования приступа удушья бронхиальной астмы используют:

- +  $\beta_2$  – агонисты короткого действия
- $\beta$ -блокаторы
- антигистаминные средства
- противокашлевые препараты
- муколитики

# Характерный симптом кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта:

- рвота «кофейной гущей»
- мелена
- желтуха
- + выделение алой крови из прямой кишки
- выделение слизи из прямой кишки

# Неотложная помощь при крапивнице не включает:

- очистительную клизму
- + смазывание элементов сыпи 1% бриллиантовой зеленью
- введение антигистаминных средств
- введение преднизолона
- пероральный прием энтеросорбентов

# Лечение острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода включает:

- строгий постельный режим с поднятым головным концом
- холод на эпигастральную область
- установку назогастрального зонда
- гемостатическую терапию
- + все перечисленное

# Для купирования желчной колики не назначают:

- миотропные спазмолитики
- спазмоанальгетики
- ненаркотические анальгетики
- + желчегонные препараты
- блокаторы кальциевых каналов

# Клиническим признаком инвагинации является:

- мелена
- + стул в виде малинового желе
- стул с прожилками крови
- стул в виде рисового отвара
- жидкий зеленоватый стул

# При инфаркте миокарда не используют:

- + глюкокортикоиды
- нитраты
- антикоагулянты
- бета-блокаторы
- анальгетики

# Основной метод лечения обструкции дыхательных путей при остром стенозе гортани 3-4 стадии:

- ингаляция ?2 – агонистами короткого действия
- + интубация
- в/в введение эуфиллина
- ингаляция муколитиками
- трахеостомия

# При выявлении паратонзиллярного абсцесса показано:

- немедленная антибактериальная терапия
- промывание миндалин
- + срочная госпитализация в ЛОР-отделение
- полоскание зева раствором антисептика
- интубация

# Неотложная помощь при остром приступе глаукомы не включает:

- срочную госпитализацию в специализированное отделение
- закапывание 1% раствора пилокарпина
- прием диакарба
- закапывание 0,25% р-ра тимолола
- + закапывание 0,1% р-ра атропина

# При переломе бедра ведение пациента на догоспитальном этапе не включает:

- обезболивание
- иммобилизацию
- консультацию травматолога
- + сопоставление отломков
- рентгенологическое исследование

# К механическим причинам острой задержки мочи относят:

- инородное тело уретры
- разрыв уретры
- острый простатит
- новообразования мочевого пузыря
- + все перечисленное

# К причинам острой задержки мочи относят:

- неврогенную дисфункцию мочевого пузыря

- острый инфаркт миокарда
- оперативные вмешательства
- опухоли и травмы головного и спинного мозга
- + все перечисленное

# Экстренное опорожнение мочевого пузыря выполняют путем:

- введения спазмолитиков
- введения мочегонных препаратов
- введения металлического катетера
- + введения эластичного катетера
- прикладыванием грелки на область мочевого пузыря

# Противопоказанием для катетеризации мочевого пузыря не является:

- уретрит
- острый простатит
- + фебрильная температура тела больного
- травма мочеиспускательного канала
- воспалительные процессы в области устья мочеиспускательного канала

# Для острой задержки мочи характерно:

- запах мочи в выдыхаемом воздухе
- + мучительные резкие и безуспешные позывы на мочеиспускание
- отсутствие позывов на мочеиспускание
- водно-электролитные нарушения
- отсутствие мочи в мочевом пузыре

# Фактором риска тромбоэмболии ветвей легочной артерии не является:

- варикозное расширение вен нижних конечностей
- длительный постельный режим
- + атеросклероз сосудов нижних конечностей
- пожилой возраст
- беременность и роды

# К причинам синкопе не относят:

- гипервентиляцию
- резкий переход из горизонтального в вертикальное положение
- длительное нахождение в душном помещении
- + ожирение
- длительное голодание

# К неотложным мероприятиям при гипогликемии не относят:

- сладкое питье или сахар под язык (если больной в сознании)
- профилактика западения языка (если больной без сознания)
- + внутривенное введение инсулина короткого действия
- подкожное введение глюкагона
- внутривенное болюсное введение 40% раствора глюкозы

# К причинам, приводящим к гипогликемии не относят:

- несвоевременный прием пищи после введения инсулина
- инсулиному
- + регулярное переедание
- прием большого количества алкоголя

- чрезмерную физическую нагрузку

# Внезапное развитие обморочного состояния у молодого мужчины, сопровождающееся гиперемией лица, нарушением дыхания, судорожным синдромом, позволяет в первую очередь предположить наличие у больного:

+ эпилепсии

- гипогликемии на фоне сахарного диабета

- тромбоэмболии легочной артерии

- синдрома слабости синусового узла

- субарахноидального кровоизлияния

# Печеночная кома у больного циррозом печени может быть спровоцирована:

- интеркуррентной инфекцией

- приемом больших доз диуретиков

- кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода

- наложением трансъюгулярного анастомоза

+ всеми перечисленными факторами

# Наиболее информативным методом диагностики при подозрении на спонтанный пневмоторакс является:

- исследование газового состава крови

- ультразвуковое исследование грудной клетки

- ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца

+ рентгенограмма грудной клетки

- диагностическая плевральная пункция

# Характерными клиническими признаками тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии являются:

- цианоз

- одышка

- набухание шейных вен

- синусовая тахикардия

+ все перечисленное

# Характерным признаком легочного кровотечения является:

- сопровождается рвотой

+ выделение алой, «пенистой» мокроты

- выделение мокроты «ржавого» цвета

- наличие примесей пищи

- выделение темно-красной крови со сгустками

# В диагностике острого панкреатита из лабораторных показателей наиболее информативен:

- ОАК

- сахар мочи

- щелочная фосфатаза

- трансаминазы

+ амилаза крови и диастаза мочи

# Для тиреотоксического криза не характерно:

- потливость

- тахикардия

- дрожь в теле

- раздражительность
- + анурия

# Для синдрома почечной колики не характерно:

- фебрильная лихорадка
- боль в поясничной области
- + опухолевидное образование в правом подреберье
- интоксикационный синдром
- олигурия

# При гипертонических кризах с повышением в основном систолического артериального давления используют:

- кардиоселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
- тиазидные диуретики
- блокаторы рецепторов ангиотензина II
- + антагонисты кальция
- $\beta$ -адреноблокаторы

# Какой клинический симптом указывает на переход интерстициального отека легкого в альвеолярный:

- коробочный звук, притупление в нижних отделах легких
- выраженный акроцианоз
- увеличение межреберных промежутков при осмотре
- положение ортопное
- + влажные хрипы над всей поверхностью легких, клокочущее дыхание

# Клиническая смерть характеризуется:

- отсутствием сознания
- отсутствием дыхания
- отсутствием пульса
- отсутствием рефлексов
- + всем вышеперечисленным

# Прекратить сердечно-легочную реанимацию можно:

- через 6 минут после остановки сердечной деятельности
- при появлении трупных пятен
- + через 30 минут при неэффективности проводимых мероприятий
- после осмотра реаниматологами
- через 40 минут при неэффективности

# Правильное расположение рук при непрямом массаже сердца:

- в области яремной ямки
- в области мечевидного отростка
- на границе верхней и средней трети грудины
- + на границе средней и нижней трети грудины
- по средне-ключичной линии слева

# К признакам электротравмы не относят:

- термические (ожоги)
- механические (переломы)
- фибрилляцию сердца
- остановку дыхания

+ желудочно-кишечные кровотечения

# Правильное соотношение вдохов воздуха и надавливаний на грудную стенку при проведении сердечно-легочной реанимации:

- 1:1
- 2:2
- + 2:15
- 5:5
- 1:10

# Для клинической картины массивной тромбоэмболии легочной артерии не характерно:

- резкая одышка
- диффузный цианоз
- боль в грудной клетке
- коллапс
- + повышение артериального давления

# У больного с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии на догоспитальном этапе нельзя выполнить:

- введение обезболивающих препаратов
- введение сосудорасширяющих препаратов
- + введение сосудосуживающих препаратов
- проведение кислородотерапии
- введение прямых антикоагулянтов

# Препараты первого ряда для лечения бессимптомной бактериурии у пожилых:

- + фторхинолоны
- карбапенемы
- цефалоспорины 3 поколения
- защищенные пенициллины
- макролиды

# К предрасполагающим факторам развития цистита у женщин не относят:

- широкая короткая уретра
- сопутствующие гинекологические заболевания
- интенсивная половая жизнь
- недостаток эстрогенов в постменопаузальном периоде
- + мочекаменная болезнь

# Клиническим симптомом острого осложненного цистита не является:

- + анурия
- частое мочеиспускание
- императивные позывы
- рези при мочеиспускании
- субфебрилитет

# Длительность антибактериальной терапии острого неосложненного цистита составляет:

- 1-3 дня
- + 3-5 дней
- 7-14 дней
- 3-4 недели
- 6 месяцев



# Терапия почечной колики не включает:

- горячие ванны
- + ограничение овощей и фруктов
- назначение спазмолитиков
- применение анальгетиков
- применение грелки

# Диагностика мочекаменной болезни не включает:

- УЗИ почек
- экскреторную урографию
- компьютерную томографию
- ретроградную уретеропиелографию
- + УЗ доплерографию почечной артерии

# Для пиелонефрита не характерно:

- интоксикационный синдром
- дизурические расстройства
- лихорадка
- боли в поясничной области
- + наличие бактерий на все поле зрения без изменения осадка

# Лечение пиелонефрита не включает:

- + глюкокортикоидную терапию
- антиагрегантную терапию
- дезинтоксикационную терапию
- спазмолитическую терапию
- антибактериальную терапию

# Для лечения пиелонефрита не используют:

- ингибиторзащищенные пенициллины
- цефалоспорины 3 поколения
- + макролиды
- нитрофураны
- фторхинолоны

# Антибактериальная терапия пиелонефрита беременных не включает:

- защищенные пенициллины
- цефалоспорины 2 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- + фторхинолоны
- аминогликозиды

# Лечение гломерулонефрита включает:

- гипотензивную терапию
- мочегонную терапию
- глюкокортикостероидную терапию
- антибактериальную терапию
- + все вышеперечисленное

# Для гломерулонефрита не характерно:

- гематурия

- + глюкозурия
- протеинурия
- лейкоцитурия
- цилиндрурия

# Анурия характеризуется:

- + уменьшением количества мочи менее 100 мл в сутки
- уменьшением количества мочи менее 500 мл в сутки
- суточное количество мочи составляет 500-1000 мл в сутки
- суточный объем мочи 1-2 л мочи в сутки
- объем мочи 2 и более литров

# К развитию хронической почечной недостаточности могут приводить:

- + хронический гломерулонефрит
- хронический пиелонефрит
- амилоидоз
- системная красная волчанка
- все вышеперечисленное

# Хроническая почечная недостаточность не характеризуется:

- анемией
- полиурией
- гидронефрозом по данным УЗИ
- повышением концентрации мочевины в крови
- + увеличением уровня креатинина крови

# Для острой почечной недостаточности не характерно:

- + анурия
- полиурия
- отечный синдром
- повышение концентрации креатинина крови
- нормальные размеры почек

# Причиной острой почечной недостаточности не может быть:

- + окклюзия крупных почечных сосудов
- кровотечение
- лептоспироз
- отек Квинке
- мочекаменная болезнь

# Для гломерулонефрита не характерно:

- гипертензия
- боли в поясничной области
- изменение мочи
- отеки
- + дизурические расстройства

# Самым достоверным признаком ХПН является:

- + артериальная гипертензия
- гиперкалиемия
- повышение уровня креатинина крови
- олигурия

- анемия

# Самый частый возбудитель хронического пиелонефрита:

- протей

+ Klebsiella

- энтерококк

- E.coli

- гонококк

# Лабораторными проявлениями пиелонефрита являются:

- бактериурия

+ лейкоцитурия

- гематурия

- протеинурия

- все перечисленное

# Для лечения осложненной инфекции мочевыводящих путей не используются:

- фторхинолоны

- хинолоны

- цефалоспорины

- пенициллины

+ нитрофураны

# Лечение хронического гломерулонефрита включает:

- глюкокортикостероиды

- цитостатики

- антигипертензивные препараты

- мочегонные

+ все перечисленные

# Для острого гломерулонефрита характерно:

+ перенесенная в анамнезе стрептококковая инфекция

- моча цвета «мясных помоев»

- отеки на лице

- протеинурия

- все перечисленное

# Какой признак не характерен для хронического пиелонефрита:

- отеки и массивный трансудат

- артериальная гипертензия

+ лейкоцитурия

- монотонное снижение удельного веса мочи в пробе по Зимницкому

- ассиметричное нарушение функции почек по данным рентгенографии

# У мужчины 32 лет при обследовании обнаружено АД-170/120 мм. рт. ст., отеков нет. В ОАМ: 2,5 г/сут. белка, эр. – 6-10 в п/зр, много зернистых цилиндров, креатинин - 88 мкм/л. Вероятный диагноз:

- хронический рецидивирующий цистит

- хронический пиелонефрит

- хронический гломерулонефрит, отечная форма

+ хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма

- хроническая почечная недостаточность

# Для нефротического синдрома не характерны:

- гипоальбуминемия
- суточная потеря белка более 3 г/л
- изостенурия
- гиперлипидемия
- + отеки

# Определение какого из показателей наиболее информативно для выявления нефротического синдрома:

- величина протеинурии
- + клубочковая фильтрация
- креатинин сыворотки
- холестерин сыворотки
- канальцевая реабсорбция воды

# Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита не используются:

- + глюкокортикоиды
- нестероидные противовоспалительные препараты
- цитостатики
- антикоагулянты
- гипотензивные средства

# Какое суждение относительно хронического пиелонефрита является неправильным:

- + одним из частых проявлений хронического пиелонефрита является нефротический синдром
- хронический пиелонефрит приводит к хронической почечной недостаточности
- определяющее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет устранение нарушений пассажа мочи
- при урографии характерно асимметричное поражение чашечно-лоханочной системы
- частой причиной обострения служит переохлаждение

# Преобладание ночного диуреза над дневным характерно:

- для сердечной недостаточности
- для хронического пиелонефрита
- для неспецифического язвенного колита
- амилоидоза почек
- + раздражённого мочевого пузыря

# Наиболее частая причина острой почечной недостаточности:

- + вазодилатация
- воспаление
- ишемия
- уменьшение объёма внеклеточной жидкости
- уменьшение сердечного выброса

# Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

- + стафилококк
- клебсиелла
- стрептококк
- синегнойная палочка
- кишечная палочка

# Факторы, которым придаётся ведущее значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите:

- задержка жидкости
- деформация ЧЛС
- сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)
- гиперкатехоламинемия
- + увеличение уровня кортизола в крови

# Цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при остром гломерулонефрите:

- + профилактика коронарного тромбоза
- профилактика тромбоэмболического синдрома
- воздействие на процессы локальной внутриклубочковой коагуляции
- профилактика тромбоза почечной артерии
- уменьшение перфузии ишемизированных клубочков

# Системное заболевание соединительной ткани, не осложняющееся нефротическим синдромом:

- системная красная волчанка
- + ревматоидный артрит
- дерматомиозит
- узелковый периартериит
- склеродермия

# Заболевания, при которых наблюдается поражение почек по типу гломерулонефрита:

- системная красная волчанка
- + миеломная болезнь
- периодическая болезнь
- пеллагра
- фиброаденома молочной железы

# К проявлениям уремии при ХПН не относят:

- перикардит
- гастроэнтероколит
- анемия
- остеодистрофия
- + остеомаляция

# Причиной развития анемии при ХПН не является:

- гемолиз
- дефицит фолиевой кислоты
- дефицит железа
- недостаток эритропоэтина
- + повышенная выработка эритропоэтина ишемизированной почкой

# Причина развития геморрагического синдрома при ХПН:

- + тромбоцитопения, тромбоцитопатия
- снижение протромбина
- снижение IV фактора, тромбоцитов
- гиперкалиемия
- дефицит проакцелерина

# Группы лекарственных препаратов, применяемых при ХПН:

- НПВС

- гипотензивные средства, антибиотики
- + калийсберегающие мочегонные, стероидные гормоны
- анаболические гормоны
- препараты железа

# Наиболее частая причина ОПН:

- воспаление
- ишемия
- уменьшение объема внеклеточной жидкости
- + уменьшение сердечного выброса
- вазодилатация

# Группа антибиотиков, чаще других вызывающая ОПН:

- пенициллины
- цефалоспорины
- аминогликозиды
- макролиды
- + тетрациклины

# Заболевание, которое может приводить к амилоидозу почек:

- ревматическая болезнь сердца
- + деформирующий остеоартроз
- ревматоидный артрит
- подагра
- сахарный диабет

# Самый достоверный признак ХПН:

- + артериальная гипертензия
- гиперкалиемия
- повышение уровня креатинина крови
- олигурия
- анемия

# Основное показание для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- + нефротический синдром
- артериальная гипертензия
- почечная недостаточность
- гематурия
- профилактика обострений

# Показатель, определение которого наиболее информативно для выявления нефротического синдрома:

- величина протеинурии
- клубочковая фильтрация
- креатинин сыворотки
- холестерин сыворотки
- + канальцевая реабсорбция воды

# Признак, не характерный для хронического пиелонефрита:

- + отеки и массивный трансудат
- артериальная гипертензия
- лейкоцитурия

- монотонное снижение удельного веса мочи при пробе Зимницкого
- асимметричное нарушение функции почек при ренографии

# Ведущий симптом рака тела матки:

- + кровянистые выделения из половых путей
- тянущие боли внизу живота
- гнойные выделения из половых путей
- контактные кровотечения
- увеличение живота в размере

# Диагностика новообразований женских половых органов включает:

- осмотр шейки матки в зеркалах
- проведение гистероскопии
- УЗИ органов малого таза
- диагностическое выскабливание полости матки
- + все перечисленное

# Противопоказание к диагностическому выскабливанию полости матки:

- дисфункциональное маточное кровотечение
- + острые воспалительные заболевания органов малого таза
- рак тела матки
- кровотечение в менопаузе
- полипы эндометрия

# Ведущий симптом периферического рака легкого:

- + сухой кашель
- выделение мокроты
- кровохарканье
- субфебрилитет
- боль в груди

# К методам диагностики опухолей нижних отделов ободочной кишки не относят:

- + дуоденоскопию
- ректороманоскопию
- фиброколоноскопию
- ирригоскопию
- аноскопию

# Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

- головной мозг
- легкие
- + печень
- кости
- яичники

# Основные симптомы рака молочной железы:

- узловое образование в молочной железе
- выделения из соска
- кожные изменения
- боль в молочной железе
- + все перечисленные симптомы

# Фактором риска рака молочной железы не является:

- отсутствие родов
- длительное использование эстрогенов
- мастопатия
- + первые роды в молодом возрасте
- наследственный анамнез рака молочной железы

# Ведущие факторы риска рака желудка:

- атрофический гастрит
- наследственный анамнез
- инфекция *H. pylori*
- полипоз желудка
- + все перечисленные

# Основной диагностический метод рака желудка:

- сбор жалоб
- клинический осмотр
- УЗИ органов брюшной полости
- + гастроскопия с биопсией
- рентгенография пищевода и желудка

# Метастаз Вирхова характерен для:

- + рака желудка
- рака тела матки
- рака яичника
- рака легких
- рака почки

# Под термином «метастаз Крукенберга» подразумевается метастаз из опухоли, локализуемой:

- в легких
- в яичнике
- в матке
- в печени
- + в желудке

# Чаще всего рак желудка метастазирует в:

- легкие
- селезенку
- кости
- + печень
- надпочечники

# Чаще всего рак молочной железы метастазирует в:

- кости
- печень
- + легкие
- головной мозг
- яичники

# Лечение рака молочной железы не включает:

- + цитостатики
- лучевую терапию



- химиотерапию
- гормональную терапию
- хирургический метод

# К диагностическим методам выявления рака молочной железы не относят:

- УЗИ молочной железы
- маммографию
- дуктографию
- + рентгенографию органов грудной клетки
- компьютерную томографию

# Клиническими признаками рака молочной железы являются:

- наличие опухолевидного образования
- выделения из соска
- втяжение соска
- изменения кожи по типу «лимонной корки»
- + все перечисленное

# Основной метод лечения рака прямой кишки:

- + хирургический
- химиотерапия
- лучевая терапия
- гормональное
- применение цитостатиков

# Характерный симптом рака почки:

- односторонняя боль в поясничной области
- гематурия
- пальпируемая опухоль
- потеря массы тела
- + все вышеперечисленное

# Для второй стадии рака желудка с отсутствием метастазов в регионарные лимфоузлы и отдаленных метастазов характерно:

- + T2N0M0
- T4N2M0
- T1N0M0
- T3N1M0
- T4N2M1

# По клинической классификации рака молочной железы T2 означает:

- первичная опухоль не определяется
- недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- + опухоль до 5 см
- опухоль более 5 см
- опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу

# Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является:

- маммография
- + пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
- УЗИ молочной железы
- рентгенограмма органов грудной клетки

- все вышеперечисленное

# Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее информативна:

- + маммография
- флюорография
- пункционная биопсия
- секторальная резекция
- пальпация молочной железы

# У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи, положительный симптом «флюктуации», температура 39°C. Наиболее вероятен диагноз:

- рак соска
- галактоцеле
- + острый гнойный мастит
- кистозно-фиброзная мастопатия
- фиброаденома

# Чаще малигнизируются язвы:

- выходного отдела желудка
- малой кривизны желудка
- + большой кривизны желудка
- тела желудка
- кардиального отдела желудка

# К признакам, позволяющим заподозрить малигнизацию язвы желудка, относят:

- резкое снижение аппетита
- прогрессирующее снижение массы тела
- нарастающую немотивированную слабость
- прогрессирующую анемию
- + все вышеперечисленное

# Общественное здоровье не характеризуют:

- + трудовая активность населения
- заболеваемость
- инвалидность
- демографические показатели
- физическое развитие населения

# Влияние на сохранение и укрепление здоровья населения не оказывают:

- + половой состав населения
- экологические факторы среды
- качество и доступность медицинской помощи
- безопасные условия труда
- сбалансированность питания

# Субъектами обязательного медицинского страхования не являются:

- фонд медицинского страхования
- страховая организация
- + орган управления здравоохранением
- медицинское учреждение
- гражданин

# В базовую программу обязательного медицинского страхования не входят:

- перечень, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- стоимость различных видов медицинской помощи
- + организация добровольного медицинского страхования
- виды платных медицинских услуг
- дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости пола и возраста

# Основными задачами поликлиники не являются:

- медицинская помощь больным на дому
- + социальная помощь на дому
- организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- профилактическая работа
- экспертиза временной нетрудоспособности

# Первичная медицинская статистическая документация необходима:

- для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
- для оперативного управления ЛПУ
- для выработки конкретного, обоснованного решения
- для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения
- + для всего вышеперечисленного

# К показателям, определяющим эффективность диспансеризации не относят:

- + среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении
- показатель систематичности наблюдения
- показатель частоты рецидивов
- полноту охвата диспансерным наблюдением
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на диспансерном учете

# Для оценки качества деятельности врача – терапевта – участкового (цехового) экспертно оцениваются:

- каждый случай смерти на дому
- каждый случай первичного выхода на инвалидность
- каждый случай расхождения диагнозов
- каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза
- + все вышеперечисленные положения

# Показателем, рекомендованным к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения, является:

- обеспеченность населения врачами
- обеспеченность средним медицинским персоналом
- показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинской персоналом)
- коэффициент совместительства
- + все вышеперечисленные показатели

# Данные о заболеваемости не применяются для:

- комплексной оценки общественного здоровья
- оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения
- + оценки физического развития
- определения потребности населения в различных видах лечебно – профилактической помощи

- совершенствования мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения

# В структуре причин младенческой смертности в России ведущая роль принадлежит:

- врождённым аномалиям
- отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период
- инфекционным и паразитарным заболеваниям
- травмам и отравлениям
- + болезням органов дыхания

# В настоящее время в России существует следующая система здравоохранения:

- государственная
- + бюджетно - страховая
- страховая
- частно - предпринимательская
- частная

# Документом, дающим право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ, является:

- диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения
- + сертификат специалиста
- лицензия
- свидетельство об окончании интернатуры
- свидетельство об окончании курсов повышения квалификации

# В соответствии с Законом о медицинском страховании страхователь имеет следующие обязанности:

- предоставлять медицинскую помощь застрахованным в соответствии с договорами по ОМС и ДМС
- осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе
- осуществлять деятельность по ОМС на коммерческой основе
- + вносить страховые взносы в установленном порядке
- осуществлять деятельность по ДМС на некоммерческой основе

# Первичная профилактика включает:

- проведение вакцинации
- мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания
- назначение пролонгированной антибактериальной терапии
- + прием иммунодепрессантов
- прием цитостатиков

# Вторичная профилактика включает:

- проведение вакцинации
- диспансерное наблюдение здорового населения
- раннее выявление заболеваний
- + мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания
- повышение материального благосостояния

# По каким показателям не оценивается эффективность диспансерного наблюдения:

- полнота взятия на диспансерное наблюдение
- своевременность взятия на диспансерное наблюдение
- + количество лиц взятых под диспансерное наблюдение
- кратность обострений и заболеваний
- процент перевода по группам диспансерного учета

# Максимальный срок единовременной выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах составляет:

- 3 дня нетрудоспособности
- 5 дней нетрудоспособности
- 6 дней нетрудоспособности
- + 10 дней нетрудоспособности
- 30 дней нетрудоспособности

# Максимальный срок единоличной выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах составляет:

- 3 дня нетрудоспособности
- 5 дней нетрудоспособности
- 6 дней нетрудоспособности
- 10 дней нетрудоспособности
- + 30 дней нетрудоспособности

# Продление листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах свыше 30 дней осуществляет:

- лечащий врач
- заведующий отделением
- + клинико – экспертная комиссия лечебно – профилактического учреждения
- главный специалист по экспертизе нетрудоспособности Минздрава РФ
- медико – социальная экспертная комиссия

# Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи при амбулаторном лечении выдается лечащим врачом на срок:

- + до 3 дней
- до 7 дней
- до 10 дней
- до 30 дней
- на весь период заболевания

# Установление группы инвалидности осуществляет:

- лечащий врач
- заведующий отделением
- клинико – экспертная комиссия лечебно – профилактического учреждения
- главный специалист по экспертизе нетрудоспособности Минздрава РФ
- + медико – социальная экспертная комиссия

# Для острого ринита характерны следующие симптомы:

- + слизистые выделения из носа, нарушение обоняния
- боль в горле
- гнойные выделения из носа
- кашель
- повышение температуры до 39-40<sup>o</sup>C

# Синонимом поллиноза является:

- хронический вазомоторный ринит
- хронический катаральный ринит
- озена
- + сезонный аллергический ринит
- хронический гипертрофический ринит

# К причинам возникновения поллиноза относят:

- вирусы
- + пыльцу цветущих растений (трав, цветов, деревьев)
- глистную инвазию
- бактерии
- грибки

# К симптомам поллиноза относят:

- образование корок в носу
- кровотечение из зоны Киссельбаха
- + затрудненное носовое дыхание, обильные водянистые выделения из носовых ходов, частое многократное чихание
- влажный кашель
- громкий «лающий» кашель

# Для лечения поллиноза используют:

- + антигистаминные препараты
- биостимуляторы
- сосудосуживающие средства
- антибактериальные препараты
- сульфаниламидные препараты

# Эозинофилия крови характерна для:

- хронического фарингита
- озы
- вазомоторного ринита
- острого гнойного гайморита
- + аллергического ринита

# Предрасполагающими факторами возникновения острых синуситов являются:

- наличие корок в носовых ходах
- носовые кровотечения
- + снижение общей резистентности организма
- воспалительные заболевания среднего уха
- воспалительные заболевания глотки

# При наличии рентгенологически подтвержденного уровня жидкости в верхнечелюстной пазухе необходимо:

- + в обязательном порядке произвести пункцию верхнечелюстной пазухи, назначить антибактериальную терапию
- назначить физиотерапевтическое лечение острого гайморита, не производя пункцию
- произвести вскрытие верхнечелюстной пазухи
- назначить сосудосуживающие капли
- назначить иммуностимулирующие препараты

# При возникновении одонтогенного гайморита необходимо:

- закончить лечение гайморита, а затем удалить причинный кариозный зуб
- удалить кариозный зуб без лечения гайморита
- назначить физиотерапевтическое лечение
- консервативное лечение кариозного зуба
- + удалить причинный кариозный зуб, а затем начать лечение гайморита

# К симптомам острого гайморита относят:

- першение в носу
- + гнойные выделения из носа, болезненность при пальпации в точках проекции верхнечелюстных пазух
- головные боли в лобной области, усиливающиеся при наклоне головы книзу
- слизистые выделения из носа
- все перечисленное верно

# Лечение острого гнойного гайморита включает:

- пункцию верхнечелюстной пазухи, ее промывание раствором фурацилина, введение в пазуху антибиотика
- назначение сосудосуживающих капель в нос
- антибактериальную терапию
- физиотерапию (после эвакуации гноя из пазухи)
- + все перечисленное верно

# Женщина 35 лет обратилась с жалобами на головные боли в лобной области справа, усиливающиеся при наклоне головы книзу, ощущение тяжести и болей в области правой гайморовой пазухи, гнойные выделения из правой половины носа, повышение температуры до 38-39°C, ухудшение общего самочувствия. Жалобы появились два дня назад, до этого в течение недели больную беспокоили явления острого насморка: слизистые выделения из носовых ходов, заложенность носа. Укажите диагноз:

- + острый гнойный правосторонний гемисинусит
- вазомоторный ринит
- хронический полипозный синусит
- острый сфеноидит
- правосторонний острый фронтит

# К симптомам острого фарингита относят:

- выделения из носа
- + гиперемия задней стенки глотки, повышение температуры до 39-40°C
- заложенность носа
- головную боль
- гипертрофию небной миндалины

# К симптомам острого ларингита относят:

- кашель с мокротой
- + охриплость голоса, афония
- головные боли
- приступы удушья
- заложенность ушей

# Характер кашля при остром ларингите:

- + сухой, болезненный, практически без мокроты
- влажный, с большим количеством мокроты
- влажный, с примесью крови
- сухой, в виде отдельных кашлевых толчков
- кашель не является симптомом острого ларингита

# При лечении острых ларингитов наиболее целесообразно применение:

- + ингаляций
- акупрессуры

- полосканий
- курортотерапии
- иглорефлексотерапии

# Среди разнообразных возможных микробных возбудителей ангины в большинстве случаев основная этиологическая роль принадлежит:

- аденовирусам
- пневмококкам
- стафилококкам
- +  $\beta$ -гемолитическому стрептококку группы А
- грибам

# При лакунарной ангине:

- + налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки
- налеты не снимаются с поверхности миндалин
- налетов на поверхности миндалин, как правило, нет
- пленки с трудом отделяются от поверхности миндалин, оставляя эрозивные поверхности
- налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек

# Больной с тяжелой формой лакунарной ангины в случае необходимости должен быть госпитализирован:

- в терапевтическое отделение
- в хирургическое отделение
- + в инфекционное отделение
- в оториноларингологическое отделение
- в пульмонологическое отделение

# К симптомам перитонзиллярного абсцесса относят:

- повышение температуры до 38-40<sup>o</sup>C
- затруднение открывания рта
- увеличение подчелюстных лимфоузлов преимущественно на стороне поражения
- значительная инфильтрация перитонзиллярной клетчатки и гиперемия слизистой на стороне поражения
- + все перечисленное верно

# При наличии симптома флюктуации вскрывать перитонзиллярный абсцесс:

- не обязательно
- через 5-7 дней после появления флюктуации
- через 2-3 дня после появления флюктуации
- + сразу при обращении больного
- вскрывать противопоказано

# Больной 35 лет обратился с жалобами на частые (2-3 раза в год) ангины. В анамнезе: 4 правосторонних перитонзиллярных абсцесса. В последние 2 года беспокоят боли в области сердца, в суставах. В осенне-зимний период – слабость разбитость, быстрая утомляемость, длительные (по 3-4 недели) периоды субфебрильной температуры. Объективно- подчелюстные узлы справа и слева плотные, увеличенные, умеренно болезненные, миндалины рыхлые, увеличенные, в лакунах – казеозные пробки. Наиболее вероятный диагноз:

- острый фарингит
- хронический фарингит
- дифтерия
- + хронический тонзиллит, декомпенсированная стадия



- рак гортани

# Полипоз носа нередко сочетается:

- + с бронхиальной астмой
- с искривлением носовой перегородки
- с хроническим тонзиллитом
- с полипозом желудка
- с раком прямой кишки

# К ранним симптомам рака гортани относят:

- + охриплость голоса
- кашель, с примесью крови в мокроте
- першение в горле
- неприятные ощущения при глотании
- все вышеперечисленное

# Больной 53 лет обратился с жалобами на охриплость голоса, кашель, першение, неприятные ощущения при глотании. Данные жалобы беспокоят больного в течение полугода, последние полтора месяца отмечает затруднение дыхания, появление одышки. Объективно: в области правой голосовой связки – разрастание типа «цветной капусты», переходящее на надгортанник, подчелюстные и шейные лимфоузлы не изменены. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- хронический ларингит
- + рак гортани
- острый ларинготрахеит
- туберкулезный бронхоаденит
- хронический гиперпластический ларингит

# Укажите наиболее частый путь попадания инфекции в барабанную полость:

- + тубарный
- лимфогенный
- из полости черепа
- алиментарный
- из верхнечелюстной пазухи

# Круглые инородные тела из полости носа (бусинки, вишневые косточки) следует удалять:

- + промыванием
- пинцетом
- корнцангом
- крючком
- оперативным путем

# Какие манипуляции целесообразно выполнить перед удалением инородного тела из носовых ходов ребенка:

- плотно фиксировать ребенка
- закапать в носовые ходы сосудосуживающие капли
- закапать в носовые ходы 1% раствор дикаина
- кратковременный наркоз
- + все вышеперечисленное верно

# Среди злокачественных образований ЛОР-органов наиболее часто встречается:

- + рак гортани
- опухоли носа

- злокачественные опухоли глотки
- злокачественные опухоли околоносовых пазух
- рак уха

# К лекарственным средствам первого ряда для лечения острого тонзиллита/фарингита, вызванного ?-гемолитическим стрептококком группы А, относят:

- макролиды
- нитрофурантоины
- фторхинолоны
- + пенициллины
- аминогликозиды

# Характерный признак бактериального конъюнктивита:

- + слизисто-гнойное отделяемое, а также наличие фолликулов и отека переходной складки
- серозное отделяемое, а также наличие фолликулов и отека переходной складки
- наличие фолликулов
- отек переходной складки
- наличие фолликулов и отека переходной складки, геморрагическое отделяемое

# Причиной ангулярного конъюнктивита является:

- + бактерия Моракса-Аксенфельда
- вирусная инфекция
- бактерия Коха
- палочка Пфейфера
- вирус Эпштейна-Барр

# Для глазных капель используется концентрация раствора левомицетина:

- 0,01%
- + 0,25%
- 1%
- 10%
- 0,5%

# Необходимым условием успешного лечения блефарита является:

- + коррегирование аномалий рефракции и аккомодации
- назначение глазных капель левомицетина
- сухое тепло, УВЧ
- назначение глазных капель атропина
- назначение тетрациклиновой мази

# К изъязвлению роговицы чаще приводит недостаток:

- витамина Д
- тиамин гидрохлорида (В1)
- рибофлавина (В2)
- витамина С
- + витамина А

# Для глазных капель применяется концентрация атропина:

- 10%
- + 1%
- 0,1%
- 0,01%

- 0,02%

# Для лечения ячменя на стадии инфильтрации целесообразно использовать:

- хирургическое лечение
- глазные капли атропина
- + сухое тепло, УВЧ, лампу Минина
- антибиотики внутрь
- дезинтоксикационную терапию

# Выпишите очки для чтения пациенту 46 лет, с возрастной гиперметропией:

- не требуются
- требуются, сфера +1,0 D
- + требуются, сфера +1,5 D
- требуются, сфера +2,0 D
- требуются, сфера +2,5 D

# Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

- + абсцесса в области слезного мешка
- плотной опухоли слезного мешка
- гиперемии и припухлости в этой области
- отека под глазом
- свища в указанной области

# Больная 64 лет обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в левом глазу и левой половине головы, появившиеся ночью: резкое ухудшение зрения, тошноту, рвоту. Раньше никогда глаза не болели. Несколько дней назад перенесла сильный эмоциональный стресс. Объективно: Vis OD = 0,5, sph + 2, OD = 1,0, T=19 мм рт. ст., OS = 0,04 н/к, T = 47 мм рт. ст. Слева - глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, передняя камера очень мелкая, зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый, диск зрительного нерва виден в тумане, бледноват, с четкими границами, периферия сетчатки без патологии. Правый глаз в пределах возрастной нормы. Выберите диагноз:

- гипертонический криз
- набухающая катаракта
- + острый приступ глаукомы
- острый иридоциклит
- острый конъюнктивит

# При прогрессирующей миопии выполняется:

- кератомилез
- + склеропластика
- кератокоагуляция
- удаление хрусталика
- кератотомия

# Радикальное излечение дакриоцистита достигается:

- а) назначением мочегонных средств
- б) приемом анальгетиков
- в) путем зондирования
- + дакриоцисториностомией
- д) приемом антибактериальных препаратов

# Основным радикальным методом лечения катаракты является:

- применение витаминных капель (тауфон, катахром, квинакс)
- применение капель содержащих антибактериальные препараты
- лазерная терапия
- применение биогенных стимуляторов
- + хирургическое удаление хрусталика

# Наиболее характерные признаки злокачественной опухоли орбиты:

- ограничение подвижности глазного яблока
- отек век и окружающих тканей
- относительно быстрое снижение зрительной функции
- экзофтальм
- + все вышеперечисленное

# Нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления:

- 11-14 мм рт. ст.
- + 16-26 мм рт. ст.
- 28-32 мм рт. ст.
- 33-38 мм рт. ст.
- 39-41 мм рт. ст.

# При проникающих ранениях склеры могут наблюдаться:

- снижение внутриглазного давления
- обширные субконъюнктивальные кровоизлияния
- глубокая передняя камера
- выпадение сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела
- + все перечисленное

# Ребенка, страдающего врожденной глаукомой, следует оперировать:

- + в течение первого месяца после установления диагноза
- при безуспешности консервативной терапии
- в возрасте старше 14 лет
- при наступлении совершеннолетия
- перед поступлением в школу

# Пациентка 44 лет жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2 лет. Объективно: положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка – отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная, слезоносная проба отрицательная, при промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Оптические среды прозрачные, глазное дно без патологии. Левый глаз здоров. Цветная, слезоносная проба положительная, при промывании жидкость свободно проходит в нос. Выберите диагноз:

- выворот нижнего века
- трихиоз
- флегмона слезного мешка
- + хронический дакриоцистит
- хронический конъюнктивит

# Больной 67 лет жалуется на постоянное снижение зрения в обоих глазах, больше в правом, в течение последнего года. Объективно: Vis OD = 0,02 н/к, T = 19 мм рт. ст., OS = 0,1, sph +2,0 = 0,7, T=19 мм рт. ст. Справа – роговица прозрачная, сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, хрусталик с сероватым оттенком. После расширения зрачка просматривается диффузное помутнение центрального и нижнего отделов

хрусталика, на остальной периферии рефлекс хорошо виден. Видимая часть глазного дна без патологии. Слева глаз – без патологических изменений. Выберите диагноз:

- + незрелая катаракта
- отслойка сетчатки
- старческая макулодистрофия
- помутнение стекловидного тела
- первичная открытоугольная глаукома

# Операция кератотомии показана при:

- прогрессирующей миопии
- афакии
- неправильном астигматизме
- + анизометропии
- гиперметропии

# На прием к окулисту обратился шофер 29 лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины и в глаз попал осколок. Объективно: Vis OD = 1,0 Os = 0,7 н/к. Справа – глаз без патологии, слева – умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная смешанная инъекция глазного яблока. В роговице на 3 часах, ближе к лимбу видна небольшая линейная рана длиной 3 – 4 мм, не достигающая до глубоких слоев. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно – без патологии. Внутриглазное давление в норме. Выберите диагноз:

- проникающее ранение роговицы
- язва роговицы
- инородное тело роговицы
- + непроникающее ранение роговицы
- иридоциклит

# Сидеро – это:

- + пропитывание тканей глаза соединениями железа
- воспаление роговой оболочки
- поражение зрительного нерва
- деструкция стекловидного тела
- воспаление радужной оболочки

# Напряжение аккомодации не только вдаль, но и вблизи требуется:

- при эметропии
- + при гиперметропии
- при протозе
- при миопии
- при анизометропии

# Тяжесть ожога глаза и его придатков определяется:

- глубиной поражения
- концентрацией обжигающего вещества
- химическим свойством вещества
- площадью ожога
- + всем перечисленным

# Пациенту, 56 лет, с возрастной гиперметропией требуются очки для близости:

- сфера + 2,0 D

- сфера + 2,5 D
- + сфера + 4,5 D
- сфера + 3,5 D
- сфера + 3,0 D

# Для больных с контузией глаза характерно:

- + кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока, энофтальм
- кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока, экзофтальм
- экзофтальм
- энофтальм
- кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока

# К окулисту обратилась пациентка 63 года с жалобами на боли и снижение зрения в правом глазу. Из анамнеза – 3 дня назад случайно получила удар веткой по глазу, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Vis OD = 0,1 н/к, OS = 0,5, sph + 1,0 = 1,0. Справа: глазная щель резко сужена, выраженная смешанная инъеция глазного яблока, в центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере – беловатая полоска гноя, высотой 2 мм, рисунок радужки ступешан, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно.

Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров. Выберите диагноз:

- проникающее ранение глазного яблока
- + язва роговицы
- вирусный кератит
- гнойный конъюнктивит
- иридоциклит

# Адренергические средства снижают внутриглазное давление путем:

- + сужения сосудов
- расширения зрачков
- повышения фильтрации внутриглазной жидкости
- повышения фильтрации внутриглазной жидкости, расширения зрачков
- повышения фильтрации внутриглазной жидкости, сужения сосудов

# К симптомокомплексу глаукомы относится:

- снижение зрительных функций
- повышение уровня офтальмотонуса и неустойчивость внутриглазного давления
- атрофия зрительного нерва
- + снижение зрительных функций, атрофия зрительного нерва, повышение уровня офтальмотонуса и неустойчивость внутриглазного давления
- снижение зрительных функций, атрофия зрительного нерва

# Учитель 47 лет обратился на прием к окулисту с жалобами на снижение зрения в левом глазу.

Данные жалобы появились около 2 месяцев назад, появление жалоб ни с чем не связывает.

Объективно: Vis = 1,0, T = 24 мм рт. ст., OS = 0,1 н/к, T = 24 мм рт.ст. Левый глаз спокоен, передний отрезок без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком в нижне-внутреннем квадранте глаза обнаруживается наличие темного образования. После расширения зрачка в той же зоне обнаружено большое, бурое проминирующее образование с четкими границами и очагами кровоизлияния на его поверхности, отек сетчатки в области желтого тела. Правый глаз здоров. Выберите диагноз:

- частичный гемофтальм
- организовавшееся субретинальное кровоизлияние
- цистицерк стекловидного тела
- + меланобластома хориоидеи
- первичная отслойка сетчатки

# ДО КАКОГО ВОЗРАСТА ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ) РЕКОМЕНДУЕТ ПРОДОЛЖАТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ С АДЕКВАТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПРИКОРМА:

- ДО 6-ТИ МЕСЯЦЕВ
- ДО 1 ГОДА
- ДО 1,5 ЛЕТ
- + ДО 2-Х ЛЕТ
- ДО 3-Х ЛЕТ

# ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАННЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

- ГИПОГАЛАКТИЯ У МАТЕРИ
- ОТКАЗ РЕБЁНКА ОТ ГРУДИ
- БОЛЕЗНИ МАТЕРИ И РЕБЁНКА
- + НЕДОСТАТОЧНЫЕ ЗНАНИЯ И УМЕНИЯ МАТЕРИ ПО КОРМЛЕНИЮ ГРУДЬЮ
- НЕДОНОШЕННОСТЬ

# КАКОВА РОЛЬ НОЧНЫХ КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ МАТЕРИ:

- + СПОСОБСТВУЮТ УВЕЛИЧЕНИЮ ЛАКТАЦИИ У МАТЕРИ
- НАРУШАЮТ СОН МАТЕРИ РЕБЕНКА
- УЛУЧШАЕТСЯ УСВОЕНИЕ МОЛОКА РЕБЁНКОМ
- ФОРМИРУЮТ ИЗВРАЩЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ СТЕРЕОТИПЫ РЕБЕНКА
- ФОРМИРУЮТ НОРМАЛЬНОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

# ЧТО НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ЛАКТАЦИИ У МАТЕРИ:

- ЧАСТЫЕ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ
- + ПОЛНОЕ ОПОРОЖНЕНИЕ ГРУДИ
- НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ
- КОРМЛЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА

# ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЁНКА К ГРУДИ:

- ЕГО РОТ ШИРОКО ОТКРЫТ, НИЖНЯЯ ГУБА ВЫВЕРНУТА, ВСЯ АРЕОЛА ЗАХВАЧЕНА, БОЛЬШЕ СНИЗУ
- ЩЕКИ ОКРУГЛЫЕ
- ПОДБОРОДОК РЕБЕНКА ДОЛЖЕН УПИРАТЬСЯ В ГРУДЬ МАТЕРИ
- ГРУДЬ МАТЕРИ ПРИНИМАЕТ ОКРУГЛУЮ ФОРМУ
- + ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ

# ПОСЛЕДСТВИЯ НЕПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ РЕБЕНКА К ГРУДИ:

- ОЧЕНЬ ЧАСТОЕ СОСАНИЕ
- ТРЕЩИНЫ СОСКА МАТЕРИ
- ГИПОГАЛАКТИЯ У МАТЕРИ
- ОТКАЗ РЕБЁНКА ОТ ГРУДИ
- + ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ

# ВОЗРАСТ, ОПТИМАЛЬНЫЙ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ЗДОРОВОМУ ДОНОШЕННОМУ РЕБЁНКУ:

- 2 МЕСЯЦА
- 4 МЕСЯЦА
- + 6 МЕСЯЦЕВ

- 8 МЕСЯЦЕВ
- 10 МЕСЯЦЕВ

# ДЛЯ ПЕРВОГО ОВОЩНОГО ПРИКОРМА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ:

- + КАБАЧКУ
- КАПУСТЕ
- РЕПЕ
- МОРКОВИ
- КАРТОФЕЛЮ

# В КАКОМ СЛУЧАЕ КОРМЯЩАЯ МАМА ДОЛЖНА СЦЕЖИВАТЬ МОЛОКО ИЗ ГРУДИ:

- ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГАЛАКТИИ
- + ПРИ ЗАКУПОРКЕ МЛЕЧНОГО ПРОТОКА
- ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ЛАКТАЦИИ, КОГДА ОНА СНИЖЕНА
- ЖЕЛАНИЕ МАМЫ
- ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ

# КАКУЮ ЧАСТОТУ СОСАНИЯ ГРУДИ РЕБЁНКОМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПТИМАЛЬНОЙ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ РОДДОМА:

- 7-8 РАЗ
- + 10-15 РАЗ
- 15-18 РАЗ
- 19-20 РАЗ
- КАЖДЫЙ ЧАС

# КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКОВ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО РЕБЁНОК ПОЛУЧАЕТ МОЛОКА НЕДОСТАТОЧНО:

- МОЛОКО ИЗ ГРУДИ ПЛОХО ТЕЧЁТ
- МОЛОКО ПЛОХО СЦЕЖИВАЕТСЯ
- + НЕДОСТАТОЧНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА
- ЗА КОРМЛЕНИЕ РЕБЁНОК ВЫСОСАЛ МЕНЬШЕ, ЧЕМ РАССЧИТАНО ПО ФОРМУЛАМ
- ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ

# КАКУЮ РЕКОМЕНДАЦИЮ НАДО ДАТЬ ЖЕНЩИНЕ, КОТОРАЯ ПЛАНИРУЕТ БЕРЕМЕННОСТЬ, ХОЧЕТ КОРМИТЬ РЕБЁНКА ГРУДЬЮ, НО ИМЕЕТ ВТЯНУТЫЙ СОСОК НА ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ:

- ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НАДО НОСИТЬ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ВЫТЯГИВАНИЯ СОСКА
- ПОСЛЕ РОДОВ КОРМЛЕНИЕ БУДЕТ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ НАКЛАДКИ НА СОСОК
- ДЕЛАТЬ СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ
- + ПРИ ГЛУБОКОМ ЗАХВАТЕ ГРУДИ РЕБЁНОК БУДЕТ УСПЕШНО НАКОРМЛЕН
- ВСЕ ОТВЕТЫ ПРАВИЛЬНЫЕ

# ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АДАПТИРОВАННЫХ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ЖЕНСКОГО МОЛОКА:

- + ТЯЖЕЛАЯ БОЛЕЗНЬ ИЛИ СМЕРТЬ МАТЕРИ
- ВТОРИЧНАЯ ГИПОГАЛАКТИЯ
- ИЗМЕНЕНИЯ НА КОЖЕ У РЕБЕНКА ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ МАТЕРИ
- ИЗМЕНЕНИЯ СТУЛА У РЕБЕНКА ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ МАТЕРИ
- ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА

# К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ:



- ЗДОРОВЫЕ, ИМЕЮЩИЕ ОТЯГОЩЕННУЮ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
- ЗДОРОВЫЕ, ИМЕЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА В СОЦИАЛЬНОМ АНАМНЕЗЕ
- ИМЕЮЩИЕ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ
- ЗДОРОВЫЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ
- + ЗДОРОВЫЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В АНАМНЕЗЕ И РАЗВИТИИ

# ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ ДЛЯ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ:

- УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
- УРОВЕНЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
- УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ
- + НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ
- УРОВЕНЬ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПОВЕДЕНИЕ

# ПОКАЗАТЕЛЕМ КОМПЕНСАЦИИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ
- ОТСУТСТВИЕ ОБОСТРЕНИЙ
- ПОВЕДЕНИЕ
- ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ
- + ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# ДЕТИ И ПОДРОСТКИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ, СО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, ОТНОСЯТСЯ К:

- ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
- ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
- ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
- + ЧЕТВЕРТОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
- ПЯТОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

# КРИТЕРИЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 3-Х ЛЕТ В ГРУППУ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ (ЧБД) ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 4 И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ОРЗ В ГОД
- 5 И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ОРЗ В ГОД
- + 6 И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ОРЗ В ГОД
- 7 И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ОРЗ В ГОД
- 8 И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ОРЗ В ГОД

# ЗАКАЛИВАНИЕ РЕБЕНКА НАЧИНАЮТ:

- + НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ
- В ВОЗРАСТЕ 1,5 ЛЕТ
- В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ
- В ВОЗРАСТЕ 2,5 ГОДА
- ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ШКОЛУ

# СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПИЩИ РЕБЕНКУ В 5 НЕДЕЛЬ ПРИ РАСЧЕТЕ ОБЪЕМНЫМ СПОСОБОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- + 1/5 МАССЫ ТЕЛА
- 1/4 МАССЫ ТЕЛА
- 1/7 МАССЫ ТЕЛА
- 1/6 МАССЫ ТЕЛА
- 1/8 МАССЫ ТЕЛА

# СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПИЩИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ ОТ 4-Х ДО 6-ТИ МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1/5 МАССЫ ТЕЛА
- 1/4 МАССЫ ТЕЛА
- + 1/7 МАССЫ ТЕЛА
- 1/6 МАССЫ ТЕЛА
- 1/8 МАССЫ ТЕЛА

# КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ:

- БЕЗЛАКТОЗНЫЕ СМЕСИ
- КИСЛОМОЛОЧНЫЕ СМЕСИ
- + СМЕСИ, ЛИШЕННЫЕ ФЕНИЛАЛАНИНА
- ГИПОАЛЛЕРГЕННЫЕ СМЕСИ
- МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ С ПРЕБИОТИКАМИ

# КАКИЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ:

- МАННАЯ, ОВСЯНАЯ КАША
- ЯБЛОКИ, ГРУШИ
- КАРТОФЕЛЬ, КАПУСТА
- + КУРИНЫЙ БУЛЬОН, ПЕЧЕНЬ
- СУХАРИ, ГАЛЕТНОЕ ПЕЧЕНЬЕ

# УТОЛЩЕНИЕ КОЖНОЙ СКЛАДКИ НАД ПОРАЖЕННЫМ УЧАСТКОМ ТИПИЧНО ДЛЯ:

- ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ
- КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
- АТЕЛЕКТАЗА
- ПНЕВМОТОРАКСА
- + ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА

# КАКОЙ МИКРОБНЫЙ ФАКТОР ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ:

- СТАФИЛОКОКК
- КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА
- СИНЕГНОЙНАЯ ПАЛОЧКА
- + ПНЕВМОКОКК
- ПРОТЕЙ

# АНТИБИОТИКИ, КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ ХЛАМИДИЯМИ:

- ЦЕФАЛОСПОРИНЫ I ПОКОЛЕНИЯ
- + МАКРОЛИДЫ
- АМИНОГЛИКОЗИДЫ
- ЗАЩИЩЕННЫЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ
- ЦЕФАЛОСПОРИНЫ II ПОКОЛЕНИЯ

# КАКОЙ АНТИБИОТИК НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

- АМИНОГЛИКОЗИД
- ЦЕФАЛОСПОРИН I ПОКОЛЕНИЯ

- ЦЕФАЛОСПОРИН II ПОКОЛЕНИЯ
- + МАКРОЛИД
- КО-ТРИМОКСАЗОЛ

# СТАРТОВЫЙ АНТИБИОТИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ:

- + АМИНОПЕНИЦИЛЛИН
- МАКРОЛИД
- КО-ТРИМОКСАЗОЛ
- АМИНОГЛИКОЗИД
- ТЕТРАЦИКЛИН

# ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИЗНАКАМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА:

- КОРОТКИЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ КАШЕЛЬ
- АСИММЕТРИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, УТОЛЩЕНИЕ КОЖНОЙ СКЛАДКИ
- ОТСТАВАНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПОЛОВИНЫ В АКТЕ ДЫХАНИЯ
- + БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ
- ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

# ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОТМЕЧАЮТСЯ ПОВТОРНЫЕ ПНЕВМОНИИ, ПОСТОЯННЫЙ КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ ВЯЗКОЙ МОКРОТЫ, ПОЛИФЕКАЛИЯ, ЖИРНЫЙ СТУЛ:

- ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ
- КОКЛЮШ
- ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
- + МУКОВИСЦИДОЗ
- ЦЕЛИАКИЯ

# КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА МУКОВИСЦИДОЗА:

- ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
- ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ
- + ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАТРИЯ И ХЛОРА В ПОТЕ
- АНАЛИЗ МОКРОТЫ
- БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (СРБ, СИАЛОВАЯ КИСЛОТА И Т.П.)

# ПРИ КАКОЙ ДИНАМИКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА МОЖНО ДУМАТЬ О ВИРАЖЕ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ПРОБЫ:

- БЫЛА 3 ММ, СТАЛА 6 ММ
- + БЫЛА ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, СТАЛА 12 ММ
- БЫЛА 7 ММ, СТАЛА 10 ММ
- БЫЛА СОМНИТЕЛЬНОЙ, СТАЛА 8 ММ
- БЫЛА 5 ММ, СТАЛА 6 ММ

# ЗАБОЛЕВАНИЕ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:

- + АНГИНА
- СЕПСИС
- ГРИПП
- КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ
- ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

# КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КЛАПАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА:

- КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
- АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН
- + ДВУХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН
- ТРЕХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН
- ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА НЕСКОЛЬКИХ КЛАПАНАХ ОДНОВРЕМЕННО

# КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ ВХОДИТ В ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ:

- БОЛИ В ЖИВОТЕ
- + КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА
- ГИПЕРГАММАГЛОБУЛИНЕМΙΑ
- ЛИХОРАДКА
- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК

# ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:

- + ЛЕТУЧИЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ
- НОЧНЫЕ ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ БОЛИ
- СТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ
- УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ
- УСИЛЕНИЕ СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ ПО УТРАМ

# ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

- ЛЕТУЧИЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ
- СОЧЕТАНИЕ ЕГО С ЭНДОКАРДИТОМ
- + НАЛИЧИЕ СТОЙКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СУСТАВОВ
- ЦИКЛИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ С ПОЛНЫМ И БЫСТРЫМ ОБРАТНЫМ РАЗВИТИЕМ
- ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: ЭРИТЕМА НА СПИНКЕ НОСА И ЩЕКАХ, АРТРИТ, ДИСТРОФИЯ ВОЛОС И НОГТЕЙ, ПАТОЛОГИЯ СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ:

- + СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА
- СКЛЕРОДЕРМИЯ
- ДЕРМАТОМИОЗИТ
- УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ
- РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

# КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ:

- ГИПЕРТОНУС МЫШЦ
- ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЯ
- + ПЕРИОРБИТАЛЬНАЯ ЭРИТЕМА
- СИНДРОМ РЕЙНО
- ЛИХОРАДКА

# ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО ПОРОКА СЕРДЦА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- + ВЫЯВЛЕНИЕ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ОДЫШКИ ИНСПИРАТОРНОГО ХАРАКТЕРА
- НОРМАЛЬНАЯ МАССА РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ
- МАЛАЯ ПРИБАВКА МАССЫ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

- СТОЙКИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В СЕРДЦЕ
- СКЛОННОСТЬ К РЕСПИРАТОРНЫМ ИНФЕКЦИЯМ

# ДЛЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ЧАСТЫЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- + УСИЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА
- УСИЛЕНИЕ И РАСЩЕПЛЕНИЕ II ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ
- СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ
- РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА

# ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ, ПОВТОРНЫЕ ПНЕВМОНИИ
- + ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА
- АКЦЕНТ II ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ
- СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ В 3-4-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ
- ПАНСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В 4-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ

# УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ:

- АСТЕНИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ
- СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ
- АКЦЕНТ II ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ
- + ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ
- ЛАБИЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

# ТЕТРАДА ФАЛЛО НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- + СТЕНОЗ АОРТЫ
- ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ
- ДЕКСТРАПОЗИЦИЮ АОРТЫ
- СТЕНОЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
- ГИПЕРТРОФИЮ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

# ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- АКРОЦИАНОЗ
- ОДЫШКА
- + ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА СЕРДЦА
- ХЛОПАЮЩИЙ I ТОН
- ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИМ УСИЛЕНИЕМ

# В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ РВОТА ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ:

- НА 1 СУТКИ
- НА 2 СУТКИ
- + НА 2-3 НЕДЕЛЕ
- ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА
- ЧЕРЕЗ 1,5 МЕСЯЦА

# ПОСТНАТАЛЬНУЮ СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА ДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

- СО 2 НЕДЕЛИ
- + С 3-4 НЕДЕЛИ
- С 1 МЕСЯЦА
- С 1,5 МЕСЯЦЕВ
- С РОЖДЕНИЯ

# ОБ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ РАХИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- + ОСТЕОМАЛЯЦИЯ
- ОСТЕОИДНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ
- МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ
- ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ
- ГИПОФОСФАТЕМИЯ И ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ

# У РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕБНУЮ ДОЗУ ВИТАМИНА D, КОНТРОЛЬНАЯ ПРОБА СУЛКОВИЧА+++ . ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:

- СНИЗИТЬ ДОЗУ ВИТАМИНА D
- СНИЗИТЬ ДОЗУ ВИТАМИНА D И ОТМЕНИТЬ ЦИТРАТНУЮ СМЕСЬ
- + ОТМЕНИТЬ ВИТАМИН D
- ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИНОМ D И ПОВТОРИТЬ ПРОБУ СУЛКОВИЧА
- ПЕРЕВЕСТИ РЕБЕНКА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДОЗУ ВИТАМИНА D

# В РАЗВИТИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР:

- ЖЕЛУДОЧНАЯ ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ
- ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ОСТРОЙ ПИЩЕЙ
- ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
- ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС
- + ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС

# ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ:

- РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ
- + КОЛОНОСКОПИЯ
- КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ИССЛЕДОВАНИЕ НА ДИСБИОЗ
- ИРРИГОГРАФИЯ

# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РЕЖИМА РЕБЕНКА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

- ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТЕЙ
- УПРАЖНЕНИЙ С НАКЛОНОМ ТУЛОВИЩА
- НОШЕНИЯ ТУГИХ ПОЯСОВ
- ПРИЕМА ПИЩИ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД СНОМ
- + УТРЕННЕЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ

# УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ БОЛЕЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ:

- + ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ
- ПРАВОЕ ПОДРЕБЕРЬЕ
- ЛЕВОЕ ПОДРЕБЕРЬЕ
- ОКОЛОПУПОЧНАЯ ОБЛАСТЬ
- ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЗОНА

# ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛУДКЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- УРЕАЗНЫЙ ТЕСТ НА Н.Р.
- ВНУТРИЖЕЛУДОЧНАЯ PH-МЕТРИЯ

+ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ БИОПТАТА

- РЕНТГЕНОСКОПИЯ С КОНТРАСТНОЙ МАССОЙ
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

# ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС
- ПОВЫШЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ КИСЛОТНО-ПЕПТИЧЕСКОГО ФАКТОРА
- СНИЖЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
- + НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ БЕЛКОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА
- ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ

# ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- + СНИЖЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
- НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА ПИТАНИЯ
- ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ
- АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ НАСТРОЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА
- ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА

# ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- НА БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА
- НА МАЛОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА
- В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА
- + В ЛУКОВИЦЕ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
- В ПОСТБУЛЬБАРНОМ ОТДЕЛЕ

# ДЛЯ СИНДРОМА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- УВЕЛИЧЕНИЕ В КАЛЕ НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА
- ПЛОСКАЯ САХАРНАЯ КРИВАЯ ПОСЛЕ НАГРУЗКИ КРАХМАЛОМ
- УВЕЛИЧЕНИЕ В КАЛЕ СОДЕРЖАНИЯ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН
- УВЕЛИЧЕНИЕ В КАЛЕ КРАХМАЛЬНЫХ ЗЕРЕН
- + ДВУГОРБАЯ ИЛИ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ ПОСЛЕ ДВОЙНОЙ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ

# ПО КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ:

- БОЛИ В ЖИВОТЕ ДИФFUЗНОГО ХАРАКТЕРА
- ТОШНОТА, РВОТА
- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ
- + ПРИМЕСЬ КРОВИ К КАЛОВЫМ МАССАМ
- ПРИМЕСЬ СЛИЗИ К КАЛОВЫМ МАССАМ

# КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ РЕБЕНКУ С ДИСФУНКЦИЕЙ СФИНКТЕРА ОДДИ:

- ЖЕЛЧЕГОННЫЙ ПРЕПАРАТ
- + СЕЛЕКТИВНЫЙ СПАЗМОЛИТИК
- АНТИБИОТИК
- АНТАЦИД
- ПОЛИВИТАМИНЫ С МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ

# К ПРИЗНАКАМ ХОЛЕСТАЗА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- + СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА
- СУБЪЕКТИВНОСТЬ СКЛЕР И КОЖИ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ
- ЗУД КОЖИ

# В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

- ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛТ
- ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АСТ
- ПОВЫШЕНИЕ ТИМОЛОВОЙ ПРОБЫ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ГАММАГЛОБУЛИНОВ
- + СНИЖЕНИЕ САХАРА В КРОВИ

# ИЗ ДИЕТЫ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ИСКЛЮЧАЮТ:

- РЫБУ
- МЯСО
- + ГРИБЫ
- ТВОРОГ
- ВИНЕГРЕТ

# ПРИ АУТОИММУННОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- С ЛИПОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ
- С ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ
- + С ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ
- С ЖЕЛЧЕГОННОЙ ТЕРАПИИ
- С ВВЕДЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ

# ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- ПОВЫШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ
- ЩЕЛОЧНАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ
- МИКРОГЕМАТУРИЯ
- + БАКТЕРИУРИЯ
- ОКСАЛУРИЯ

# КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

- ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ
- СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ
- + МАССИВНЫЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ И ПОЛОСТНЫЕ ОТЕКИ
- НИЗКАЯ УДЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ
- ЛЕЙКОЦИТУРИЯ

# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ
- ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ (ЦИТОСТАТИКИ)
- + АНТИБИОТИКИ
- ДЕЗАГРЕГАНТЫ
- АНТИКОАГУЛЯНТЫ



# РАЗВИТИЮ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

- АНОМАЛИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕВОГО СЕГМЕНТА
- НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
- МОЧЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ
- ИНТРАВЕЗИКАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ
- + БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИССА

# К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ОТНОСЯТ:

- ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ
- ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ, ЯВЛЕНИЯ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША)
- НИКОТИНОВАЯ И АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ
- ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ
- + ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- СИНДРОМ ОБЩЕГО УГНЕТЕНИЯ
- ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТИ
- + МАЛАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ
- ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ
- СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

# КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

- ОРГАНИЗАЦИЮ ПРАВИЛЬНОГО РЕЖИМА ДНЯ
- РАЦИОНАЛЬНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И УХОД
- МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- ЛЕЧЕБНУЮ ФИЗКУЛЬТУРУ И МАССАЖ
- + ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# ТРИАДА ГРЕГГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- + КРАСНУХИ
- КОРИ
- ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ
- ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ
- АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

# ДЛЯ КЛИНИКИ ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- + ПНЕВМОНИЯ
- ГИДРОЦЕФАЛИЯ
- МИКРОЦЕФАЛИЯ
- КОЛОБОМА
- МИКРОФТАЛЬМИЯ

# ДЛЯ КРАСНУХИ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ:

- ПЕРЕДНЕШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ
- + ЗАДНЕШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ
- УГЛОЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ
- ПОДЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ
- ПОДПОДБОРОДОЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ

# ДЛЯ ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ СТОЙКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
- ГИПО-, ДИСФУНКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ
- ГИПО-, ДИСФУНКЦИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ
- + ХОРОШАЯ АДАПТАЦИЯ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
- ДИСПЛАЗИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

# ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ЛИМФОРЕТИКУЛЕЗЕ:

- + КОШКИ
- СОБАКИ
- ПОПУГАИ
- ГОЛУБИ
- КРЫСЫ

# ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- УВЕЛИЧЕНИЕ ГРУПП ЛИМФОУЗЛОВ
- АНГИНА
- + ДИАРЕЯ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ
- СЫПЬ

# ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УВЕЛИЧИВАЮТСЯ:

- + ВСЕ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ
- ПЕРЕДНЕСЕЙНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ
- ЗАДНЕСЕЙНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ
- ЗАТЫЛОЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ
- ПАХОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ

# ДЛЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ОСТРОЕ НАЧАЛО (ЛИХОРАДКА, НЕДОМОГАНИЕ)
- НАЛИЧИЕ БОЛЕЗНЕННОЙ ПРИПУХЛОСТИ ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ В ОКОЛОУШНОЙ ОБЛАСТИ
- ОТЕЧНЫЙ ГИПЕРЕМИРОВАННЫЙ ВЕНЧИК ВОКРУГ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ ОКОЛОУШНОГО ПРОТОКА НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ
- СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ ОРХИТА, ПАНКРЕАТИТА, СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА
- + РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

# ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ОТЕЧНОСТЬ ЛИЦА, МАКРОГЛОССИЯ
- ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЖЕЛТУХА
- + ДИАРЕЯ
- ВЯЛОСТЬ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ
- ЗАПОРЫ

# ВОЗРАСТ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ:

- 4-5 ЛЕТ
- + 6-7 ЛЕТ
- 8-9 ЛЕТ
- 9-10 ЛЕТ
- 10-11 ЛЕТ

# ПЕРИОД ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ РАХИТА ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- 6 – 7 МЕСЯЦЕВ
- 8 – 10 МЕСЯЦЕВ
- + 2 – 3 ГОДА
- 6 – 7 ЛЕТ
- 8 – 10 ЛЕТ

# ГЛЮТЕНОВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КАША:

- ГРЕЧНЕВАЯ
- + ПШЕНИЧНАЯ
- РИСОВАЯ
- КУКУРУЗНАЯ
- ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ

# ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПАТОГНОМОНИЧНО:

- УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ
- + ПЛЕНЧАТЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ
- КАТАРАЛЬНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ
- ФАРИНГИТ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ

# ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ПОЛИМОРФНОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ
- ПОЛИХРОМНОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ
- НЕСИММЕТРИЧНОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ
- + ГЕМАРТРОЗЫ
- ОТСУТСТВИЕ ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

# АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ШУМ ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ:

- СИСТОЛИЧЕСКИЙ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ
- СИСТОЛИЧЕСКИЙ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ
- ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ
- СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ
- + СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ

# ДЛЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ОСТЕОПОРОЗ
- + ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ПОХУДАНИЕ
- АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
- МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ И АТРОФИЯ МЫШЦ
- ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

# ВЕДУЩИЙ ФАКТОР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:

- + ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ
- ПЫЛЬЦЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ
- БЫТОВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ
- ЛЕКАРСТВЕННЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ
- ДОМАШНЯЯ ПЫЛЬ

# ВЕДУЩИМ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ
- ФИТОТЕРАПИЯ

- + ДИЕТОТЕРАПИЯ
- ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ
- ФИЗИОТЕРАПИЯ

# У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОСНОВНЫМ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМ АЛЛЕРГЕНОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- ЯЙЦО
- ЦИТРУСОВЫЕ
- КЛУБНИКА
- + КОРОВЬЕ МОЛОКО
- МОРКОВЬ

# ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, НАЗНАЧАЮТ СМЕСИ:

- МОЛОЧНЫЕ АДАПТИРОВАННЫЕ
- КИСЛОМОЛОЧНЫЕ
- СОЕВЫЕ
- + ГИДРОЛИЗАТЫ СЫВОРОТОЧНОГО БЕЛКА
- СМЕСИ С ПРЕБИОТИКАМИ

# ДЛЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- ОСТРОЕ НАЧАЛО, ЛИХОРАДКА
- ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА
- + ПРИТУПЛЕННЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НИЖЕ УГЛА ЛОПАТКИ
- КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ
- ДИФFUЗНЫЕ ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ

# ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ:

- ЛИХОРАДКА
- ОДЫШКА
- КАШЕЛЬ
- ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ ХРИПЫ
- + ЛОКАЛЬНАЯ КРЕПИТАЦИЯ

# ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ:

- + НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ
- СЕДАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
- МОЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
- ПРЕПАРАТЫ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ
- В-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

# ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ СЕМЬИ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- ВРОЖДЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
- НАЛИЧИЕ У ЖЕНЩИНЫ ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ РАННЕГО СРОКА (ДО 12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ)
- КРОВНОРОДСТВЕННЫЕ БРАКИ
- НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ В СЕМЬЕ
- + ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА) У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ:

- КОЖНЫЙ СИНДРОМ
- СУСТАВНОЙ СИНДРОМ
- АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ
- ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ
- + ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОМФАЛИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОГУТ БЫТЬ:

- ТРОМБОЗ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ
- СЕПСИС
- ФЛЕГМОНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
- ПЕРИТОНИТ
- + ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

# НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА:

- 5 %
- 10 %
- 20 %
- + БОЛЕЕ 30 %
- БОЛЕЕ 40 %

# НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ:

- СИЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ПРЕДЫДУЩЕЕ ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ
- + УКАЗАНИЕ В АНАМНЕЗЕ НА НЕДОНОШЕННОСТЬ
- ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ПРИ ПРЕДЫДУЩЕМ ВВЕДЕНИИ ВАКЦИНЫ
- АФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ В АНАМНЕЗЕ
- ПЕРВИЧНОЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ

# ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- УПОРНЫЕ ЗАПОРЫ
- ВЗДУТИЕ ЖИВОТА
- + УЧАЩЕННОЕ И БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ
- РВОТА ЗАСТОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ
- РАСПИРАЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ

# Острый бронхит с затяжным течением продолжается:

- не более 2 недель
- + более 1 месяца
- более 2 месяцев
- до 6 месяцев
- более 6 месяцев

# Ведущей жалобой больных с острым бронхитом является:

- кашель с мокротой
- + сухой кашель
- боль в грудной клетке с обеих сторон
- лихорадка
- одышка

# Основным аускультативным признаком острого бронхита является:

- шум трения плевры

- ослабленное везикулярное дыхание
- + сухие хрипы
- крепитация
- бронхиальное дыхание

# Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля:

- не менее 6 месяцев в году в течение 2 лет подряд
- более 4 месяцев
- + не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд
- не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд
- более 6 месяцев в данном году

# К симптомам, наиболее характерным для хронического бронхита не относят:

- кашель
- выделение мокроты
- одышку
- температуру
- + боли в грудной клетке

# В норме за сутки выделяется слизистого секрета бронхов:

- + до 2 мл
- 10 мл
- 50 мл
- 100 мл
- 500 мл

# Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является:

- спирография
- рентгенография грудной клетки
- + фибробронхоскопия
- бронхография
- пикфлоуметрия

# К основным клиническим признакам бронхиальной обструкции не относится:

- плохое отхождение мокроты
- экспираторный характер одышки
- наличие эмфиземы легких
- + крепитация
- свистящие сухие хрипы

# Бронхоскопия при хроническом бронхите не позволяет:

- оценить интенсивность воспаления слизистой бронхов
- выявить трахеобронхиальную дискинезию
- получить материал для цитологического исследования
- + выявить обструкцию периферических бронхов
- получить материал для микробиологического исследования

# Для пневмоторакса нетипично:

- внезапно возникшая боль в грудной клетке
- удушье смешанного характера
- вынужденное положение сидя с опущенными ногами

- + активная экскурсия грудной клетки на стороне поражения
- диффузный цианоз кожи

# Для гидроторакса не характерно:

- одышка смешанного характера, медленно нарастающая
- вынужденное положение пациента лежа на больном боку
- диффузный цианоз
- + тимпанический звук над зоной гидроторакса
- чувство тяжести в грудной клетке

# Для спонтанного пневмоторакса не характерно:

- ослабление везикулярного дыхания на стороне поражения
- ослабление голосового дрожания на стороне поражения
- тимпанический звук над зоной пневмоторакса
- ослабление бронхофонии на стороне поражения
- + крепитация

# К заболеваниям с наследственным предрасположением не относят:

- муковисцидоз
- + пневмонию
- бронхиальную астму
- рак легких
- синдром Гудпасчера

# Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- + спирометрии, пикфлоуметрии
- бронхоскопии
- исследования газов крови
- рентгенографии органов грудной клетки
- компьютерной томографии

# Для большого количества жидкости в плевральной полости не характерно:

- отсутствие голосового дрожания на стороне поражения
- + выраженный болевой синдром в грудной клетке
- смещение органов средостения в здоровую сторону
- нарастающая одышка
- тупой перкуторный звук над жидкостью

# Бронхиальная обструкция может быть обусловлена:

- бронхоспазмом
- воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов
- закрытием просвета бронхов вязким секретом
- ремоделированием стенок бронхов
- + всем перечисленным

# Диагноз пневмонии устанавливается на основании:

- клинических симптомов заболевания
- данных объективного исследования
- результатов рентгенологического исследования легких
- показателей лабораторных анализов
- + всего перечисленного

# Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

- + пневмококк
- гемофильная палочка
- стафилококк
- кишечная палочка
- клебсиелла

# При пневмонии не назначают:

- антибактериальные препараты
- отхаркивающие
- бронхолитики
- иммуномодулирующие
- + десенсибилизирующие

# При пневмококковой пневмонии следует назначить:

- сульфаниламиды
- карбапенемы
- + пенициллины
- макролиды
- фторхинолоны

# Признаком 2 стадии абсцесса лёгкого не является:

- + гектическая лихорадка
- отхождение мокроты по утрам полным ртом
- появление при аускультации среднекалиберных влажных хрипов над зоной абсцесса
- нормальная температура
- полость с уровнем жидкости на рентгенограмме

# К основным жалобам при бронхоэктатической болезни относят:

- лихорадку, боли в груди
- кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам
- кровохарканье
- одышку
- + все перечисленное

# Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет думать о:

- + раке бронха
- пневмонии
- бронхоэктатической болезни
- бронхиальной астме
- хроническом бронхите

# Сухой плеврит не сопровождается:

- болями в груди
- сухим кашлем
- потливостью
- субфебрилитетом
- + акроцианозом

# Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее:

- 50 мл
- 100 мл



- 200 мл
- + 500 мл
- 1000 мл

# Срок развития госпитальной пневмонии:

- через 6 часов
- 12 часов
- 24 часа
- 1 час
- + 48 часов и более

# Для микоплазменной и хламидийной пневмонии не характерно:

- чаще болеют лица молодого возраста
- продромальный период протекает в виде недомогания и респираторного синдрома
- кашель носит непродуктивный характер
- характерно нетяжелое течение
- + часто бывают внутрибольничными

# Самый частый возбудитель внутрибольничной пневмонии:

- гонококк
- пневмококк
- + золотистый стафилококк
- стрептококк
- энтеробактерии

# Наиболее значимый возбудитель внебольничной пневмонии у больных хронической обструктивной болезнью легких:

- *S. aureus*
- микоплазма
- + *H. influenzae*
- пневмококк
- клебсиелла

# Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для:

- пневмококковой пневмонии
- микоплазменной пневмонии
- + стафилококковой пневмонии
- хламидийной пневмонии
- энтерококковой пневмонии

# Для бронхиальной астмы не характерно:

- наследственная предрасположенность
- + начало заболевания после 40 лет
- сопутствующая аллергия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха  $>15\%$
- эозинофильный тип воспаления дыхательных путей

# Причиной скопления экссудата в плевральной полости не является:

- мезотелиома плевры
- + сердечная недостаточность
- пневмония
- рак молочной железы

- туберкулез

# Причиной образования трансудата в плевральной полости не является:

- застойная сердечная недостаточность
- цирроз печени
- нефротический синдром
- тромбоэмболия легочной артерии
- + пневмония

# Основным методом диагностики бронхиальной астмы:

- рентгенография органов грудной клетки
- + спирография
- компьютерная томография
- бронхоскопия
- пикфлоуметрия

# Показанием к назначению пероральных глюкокортикостероидов является:

- интермиттирующая бронхиальная астма
- персистирующая бронхиальная астма легкого течения
- персистирующая бронхиальная астма среднетяжелого течения
- + персистирующая бронхиальная астма тяжелого течения
- пероральные глюкокортикостероиды противопоказаны

# Гидроторакс – это:

- скопление крови в плевральной полости
- скопление лимфы в плевральной полости
- скопление гноя в плевральной полости
- + скопление жидкости неясного генеза
- скопление экссудата в плевральной полости

# «Золотым стандартом» диагностики хронической обструктивной болезни легких является:

- общий анализ мокроты
- рентгенограмма органов грудной клетки
- + спирография
- фибробронхоскопия
- пункция плевральной полости

# Базисными препаратами для лечения хронической обструктивной болезни легких являются:

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- муколитики
- + бронхолитики
- противокашлевые препараты
- антибиотики

# К факторам риска развития хронической обструктивной болезни легких не относят:

- активное курение
- пассивное курение
- наследственную предрасположенность
- + злоупотребление алкоголем
- воздействие профессиональных вредностей

# Показанием к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов в лечении хронической обструктивной болезни легких является:

- глюкокортикостероиды показаны всем пациентам с хронической обструктивной болезнью легких
- ОФВ1 < 80% от должного
- ОФВ1 ? 80% от должного
- + ОФВ1 < 50% от должного и частые обострения заболевания
- ОФВ1 < 70% от должного

# Для острой дыхательной недостаточности не характерно:

- развитие в течение нескольких минут-дней
- наличие гипоксемии
- непосредственно жизнеугрожающее состояние
- + развитие в течение несколько месяцев-лет
- все перечисленное верно

# Основным методом диагностики дыхательной недостаточности является:

- спирометрия
- рентгенография
- компьютерная томография
- + исследование газового состава крови
- бронхоскопия

# Для экссудативного плеврита не характерно:

- вынужденное положение на больном боку
- + положение на здоровом боку
- ослабление голосового дрожания над областью выпота
- притупление перкуторного звука над зоной выпота
- резкое ослабление дыхания

# Показанием к проведению торакоцентеза является:

- + на рентгенограмме - толщина слоя жидкости более 10 мм в положении лежа на боку
- интенсивное затемнение на рентгенограмме
- округлое образование на рентгенограмме
- участок просветления легочной ткани
- округлая тень на уровне 8 ребра

# Продолжительность антибактериальной терапии при микоплазменной пневмонии составляет:

- 5 дней
- 21 день
- 10 дней
- + 14 дней
- 4 недели и более

# Наиболее ранним клиническим симптомом хронической обструктивной болезни легких является:

- + кашель
- одышка
- насморк
- приступы удушья
- лихорадка

# Показанием к назначению антибактериальных препаратов при хронической обструктивной болезни легких является:

- слизистый характер мокроты
- + гнойный характер мокроты
- серозный характер мокроты
- антибиотики назначают всегда в качестве базисных препаратов при лечении хронической обструктивной болезни легких
- назначение антибиотиков противопоказано больным с хронической обструктивной болезнью легких

# ОФВ1 < 50% от должного характерно для:

- + хронической обструктивной болезни легких тяжелого течения
- хронической обструктивной болезни легких среднетяжелого течения
- хронической обструктивной болезни легких легкого течения
- хронической обструктивной болезни легких крайнетяжелого течения
- пневмонии

# Для хронической обструктивной болезни легких не характерно:

- нейтрофильное воспаление слизистой дыхательных путей
- ОФВ1 < 70%
- развитие заболевания в возрасте старше 40 лет
- + суточные колебания пиковой скорости выдоха > 15%
- неполная обратимость бронхиальной обструкции

# Длительность назначения системных глюкокортикостероидов при хронической обструктивной болезни легких:

- 3 дня
- 3 месяца
- постоянно
- + 10-14 дней в период обострения
- глюкокортикостероиды не показаны больным хронической обструктивной болезнью легких

# При проведении бронходилатационного теста прирост ОФВ1 менее 12% свидетельствует в пользу:

- бронхиальной астмы
- + ХОБЛ
- пневмонии
- острого бронхита
- ОРВИ

# Суточная вариабельность пиковой скорости выдоха при хронической обструктивной болезни легких не может быть:

- 5%
- 3%
- 10%
- 7%
- + 20% и более

# К рентгенологическим признакам хронического бронхита не относят:

- мелкосетчатый пневмосклероз преимущественно в нижних отделах
- эмфизему легких
- утолщение стенок бронхов
- + мелкосетчатый пневмосклероз преимущественно в верхних отделах
- смещение границ сердца вправо

# Муковисцидоз с поражением легких характеризуется:

- сухим кашлем
- кашлем со свободно отделяющейся мокротой
- + кашлем с вязкой мокротой
- отсутствием кашля
- утренним кашлем

# Достоверным диагностическим признаком муковисцидоза является:

- воспалительные изменения в гемограмме
- + повышенное содержание ионов натрия и хлора в потовой жидкости
- повышенное содержание сахара в крови
- иммунодефицит
- лейкоцитурия и гематурия

# К клиничко – лабораторным проявлениям муковисцидоза не относят:

- изменения реологических свойств крови
- кистозный фиброз поджелудочной железы
- + нарушения клеточного звена иммунитета
- несостоятельность мукоцилиарного аппарата
- врожденные бронхоэктазы

# Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

- бронхоспазмом
- воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов
- закрытием просвета бронхов вязким секретом
- спадением мелких бронхов на выдохе
- + всем перечисленным

# Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы:

- лихорадка, боли в груди
- кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам
- кровохарканье, легочное кровотечение
- одышка
- + все перечисленное

# Для сухого плеврита не характерно:

- боли в груди
- сухой кашель
- потливость
- субфебрилитет
- + акроцианоз

# Для постановки диагноза пневмония не является обязательным:

- наличие фокуса затемнения на рентгенограмме
- лихорадка
- кашель
- лейкоцитоз
- + исследование крови на гемокультуру

# Для аспирационной пневмонии не характерно:

- тяжелое течение
- быстрое абсцедирование
- + факт употребления алкоголя

- поражение нижних долей легких
- наличие ознобов

# Не является показанием для госпитализации больных с пневмонией:

- возраст пациента старше 60 лет
- + частые ОРВИ в анамнезе
- неэффективность проводимой терапии
- наличие ИБС, сахарного диабета
- двусторонняя инфильтрация

# К основным методам обследования больных с пневмонией, находящихся на стационарном лечении не относят:

- ОАК
- общий анализ мокроты
- рентгенографию органов грудной клетки
- + фибробронхоскопию
- посев мокроты

# Воспаления бронхолегочной системы не вызывает:

- + *Streptococcus viridans*
- *Staphylococcus aureus*
- легионелла
- микоплазма
- хламидия

# К рентгенологическим признакам формирующейся полости в легком относится:

- кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стенками
- просветление неправильной формы с неопределяющимся наружным контуром
- + кольцевидное затемнение с четким наружным и внутренним контурами
- просветление с четким горизонтальным уровнем жидкости
- кольцевидное затемнение с толстыми стенками и горизонтальным уровнем жидкости

# К поражениям кожи при системной красной волчанке не относят:

- эритематозный дерматит («зона декольте», «бабочка»)
- выпадение волос
- + мраморность кожи
- фотосенсибилизация кожи
- гиперпигментация

# Наиболее часто при узелковом периартериите поражаются:

- кожа
- суставы
- кишечник
- почки
- + все перечисленное верно

# «Базисными» препаратами для лечения ревматоидного артрита являются:

- анальгетики
- + цитостатики
- хондропротекторы
- глюкокортикоиды

- спазмолитики

# Фактором риска развития деформирующего остеоартрита не является:

- пожилой возраст
- травмы суставов
- избыточный вес
- + малоподвижный образ жизни
- женский пол

# Болевой синдром при деформирующем остеоартрите не обусловлен:

- хондритом
- оститом
- синовитом
- растяжением капсулы сустава
- + повреждением связок

# Лечение деформирующего остеоартрита не включает назначение:

- НПВП
- хондропротекторов
- хирургическое лечение
- глюкокортикостероидов
- + цитостатиков

# Мужчина 23 лет предъявляет жалобы на выраженные боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 37,5 0С, болезненное мочеиспускание, гнойные выделения из уретры. Наиболее вероятно, что у больного:

- + синдром Рейтера
- гонококковый полиартрит
- ревматическая атака
- болезнь Бехтерева
- первичный остеоартроз

# Наиболее частым побочным действием применения нестероидных противовоспалительных препаратов является:

- + развитие эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- тошнота
- агранулоцитоз
- бронхоспазм
- головная боль

# При деформирующем остеоартрите чаще всего поражаются:

- межфаланговые суставы
- лучезапястные суставы
- + коленные суставы
- локтевые суставы
- голеностопные суставы

# Для ревматоидного артрита характерно:

- вовлечение в процесс 3 и более суставов
- «положительный тест поперечного сжатия»
- утренняя скованность более 30 минут
- поражение плюснефаланговых суставов

+ все вышеперечисленное

# Внесуставные проявления ревматоидного артрита:

- перикардит
  - плеврит
  - нефрит
  - кератоконъюнктивит
- + все перечисленное

# Характер боли при болезни Бехтерева:

- болевой синдром не характерен
- + усиливаются в покое, в ночное время, уменьшаются при нагрузке
- уменьшаются в покое, увеличиваются при нагрузке
  - усиливаются при кашле
  - носят постоянный характер

# Основными препаратами для лечения псориатического артрита являются:

- селективные НПВП
  - глюкокортикоиды
  - анальгетики
- + цитостатики
- спазмолитики

# Провоцирующие факторы острого подагрического артрита:

- травма сустава
  - прием пива
  - лечение тиазидными диуретиками
  - избыточное потребление пищи, богатое пуринами
- + все перечисленное

# Лечение системной красной волчанки включает:

- исключение психоэмоциональной нагрузки
  - уменьшение пребывания на солнце
  - назначение цитостатиков
  - назначение глюкокортикоидов
- + все вышеперечисленное

# К характерным проявлениям ревматоидного артрита не относят:

- боли и припухлости пораженных суставов
- + уретрит
- ревматоидные узелки
  - ульнарную девиацию пястно-фаланговых суставов
  - синовиальную кисту на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера)

# К большим критериям острой ревматической лихорадки не относят:

- кардит
  - полиартрит
- + лихорадка
- хорея
  - кольцевидная эритема

# К малым критериям острой ревматической лихорадки не относят:



- повышение концентрации СРБ
- лихорадка
- увеличение СОЭ
- артралгия
- + подкожные ревматические узелки

# К характерным поражениям глаз при ревматоидном артрите не относят:

- + бактериальный конъюнктивит
- сухой кератоконъюнктивит
- склерит
- склеромаляцию
- периферическую язвенную кератопатию

# К клиническим признакам анкилозирующего спондилита не относят:

- боли в нижней части спины
- + патологическую усиленную подвижность в поясничном отделе позвоночника
- ограничение движений в поясничном отделе позвоночника во фронтальной плоскости
- ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной плоскости
- уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями

# К характеристике болей в спине при анкилозирующем спондилите не относится:

- локализация – нижняя часть спины
- длительность – более 3-х месяцев
- боль уменьшается после физических упражнений
- + боль стихает в покое
- боль не стихает в покое

# К поздним рентгенологическим признакам анкилозирующего спондилита относят:

- линейные зоны оссификации наружных частей фиброзных дисков
- окостенение межостистых и желтых связок
- анкилоз дугоотростчатых суставов с оссификацией их капсул
- полное анкилозирование крестцово-подвздошных сочленений
- + все вышеперечисленное

# К ранним рентгенологическим признакам анкилозирующего спондилита относят:

- деструкцию в области передних углов тел позвонков
- сглаживание или исчезновение вогнутого в норме бокового контура
- участки остеосклероза
- очаговое анкилозирование крестцово-подвздошных сочленений
- + все вышеперечисленное

# Анкилозирующий спондилит диагностируется:

- + при наличии одного рентгенологического признака в сочетании с любым клиническим
- при наличии одного рентгенологического признака в сочетании с любыми двумя клиническими
- при наличии двух рентгенологических признаков в сочетании с любым клиническим
- при наличии двух рентгенологических признаков в сочетании с любыми двумя клиническими
- при наличии одного рентгенологического признака в сочетании с любыми пятью клиническими

# Анкилозирующим спондилитом чаще болеют:

- женщины моложе 40 лет
- женщины старше 40 лет
- + мужчины моложе 40 лет

- мужчины старше 40 лет
- дети младше 10 лет

# К проявлениям реактивного артрита не относят:

- несимметричное поражение крупных суставов, преимущественно нижних конечностей
- конъюнктивит
- уретрит
- + кольцевидную эритему
- безболезненные эрозии в полости рта

# Какой лабораторный показатель не характерен для подагры:

- гиперурикемия
- наличие кристаллов уратов в синовиальной жидкости
- + ревматоидные узелки
- рентгеннегативный внутрикостный тофус
- наличие кристаллов мочевой кислоты в тофусах

# К возможным поражениям кожи при системной красной волчанке не относят:

- эритему, локализирующуюся на лице, груди
- фотосенсибилизацию
- дискоидные очаги с гиперемизированными краями
- алопецию
- + все вышеперечисленное

# К характерным проявлениям системной склеродермии не относят:

- дигитальные язвы и рубчики
- + фотосенсибилизацию
- акроостеолиз
- гипотонию и стриктуру пищевода
- симптом «кисета»

# К системным васкулитам с поражением сосудов мелкого калибра не относят:

- + болезнь Кавасаки
- пурпуру Шенляйн-Геноха
- гранулематоз Вегенера
- эссенциальный криоглобулинемический васкулит
- кожный лейкоцитокластический васкулит

# К системным васкулитам с поражением сосудов среднего калибра относят:

- артериит Такаясу
- гранулематоз Вегенера
- пурпуру Шенляйн-Геноха
- синдром Черджа-Стросс
- + узелковый полиартериит

# К системным васкулитам с поражением сосудов крупного калибра относят:

- болезнь Кавасаки
- + артериит Такаясу
- узелковый полиартериит
- гранулематоз Вегенера
- пурпуру Шенляйн-Геноха

# Типичная локализация геморроидальных узлов:

- + на 3, 7, 11 часах
- на 5, 9, 13 часах
- на 6, 12, 18 часах
- на 5, 7, 9 часах
- на 3, 8, 15 часах

# Тип ректального кровотечения, характерный для геморроя:

- мелена
- кровь темного цвета, смешанная с калом
- прожилки крови в каловых массах
- + кровь на туалетной бумаге
- ректальное кровотечение для геморроя не характерно

# При осмотре анальной области в 3 стадии геморроя обнаруживаются:

- + выпавшие геморроидальные узлы
- отсутствие наружно определяемых геморроидальных узлов
- «сторожевой бугорок»
- трещина
- свищевое отверстие

# Экстренное оперативное вмешательство выполняется при:

- анальной трещине
- внутреннем геморрое 1 степени
- + остром парапроктите
- хроническом парапроктите
- ни при одном из вышеперечисленных состояний

# Наиболее часто рак прямой кишки метастазирует в:

- мозг
- легкие
- почки
- позвоночник
- + печень

# Один из основных симптомов при анальной трещине:

- кровь, смешанная с каловыми массами
- гиперемия вокруг ануса
- + боль в заднем проходе во время акта дефекации
- прожилки крови на поверхности кала или туалетной бумаге
- анальный зуд

# Ведущий клинический симптом, наблюдающийся при раке прямой кишки:

- слабость
- + запоры
- кровотечение
- боли во время акта дефекации
- снижение массы тела

# Наиболее частая причина, приводящая к развитию острого парапроктита:

- + микротравма слизистой прямой кишки
- воспалительные заболевания органов малого таза

- туберкулез
- геморрой
- анальный половой контакт

# Основной метод лечения рака прямой кишки:

- химиотерапия
- лучевая терапия
- + оперативное лечение
- адекватное обезболивание
- местное применение лекарственных препаратов

# Анатомическое образование, препятствующее распространению инфекции с прямой кишки на органы малого таза:

- Дугласово пространство
- Морганиевы крипты
- линия Хилтона
- + апоневроз Денонвиллье
- мышца Трейца

# Бессимптомное течение заболевания характерно для:

- геморроя IV стадии
- хронической анальной трещины
- хронического парапроктита
- рака прямой кишки
- + одиночного полипа анального канала

# Показанием к оперативному лечению геморроя не является:

- отсутствие эффекта от консервативной терапии
- геморрой III, IV стадии
- ущемление геморроидальных узлов
- + геморрой I, II стадии
- непрекращающееся кровотечение из геморроидальных узлов

# Хронический парапроктит – это:

- варикозное расширение кавернозных сплетений в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- опухоль на ножке или широком основании, свисающая из стенок полого органа в его просвет
- это дефект стенки анального канала, возникающий в результате травмы слизистой оболочки анального канала каловыми массами, инородными телами
- + параректальный свищ, образовавшийся после самопроизвольного вскрытия абсцесса или вскрытия его хирургическим методом
- абсцесс, локализованный в клетчатке, окружающей прямую кишку, анальный канал

# Для острой анальной трещины характерна локализация:

- + на 6, 12 часах
- на 3, 7, 11 часах
- на 5, 7 часах
- на 3, 9 часах
- на 8, 11 часах

# В патогенезе хронической венозной недостаточности большая роль принадлежит:

- эритроцитам

- + лейкоцитам
- иммунным комплексам
- тромбоцитам
- липопротеидам

# К группе риска хронической венозной недостаточности не относится:

- отягощенная наследственность
- ожирение
- многократная беременность
- + иммунодефицитные состояния
- гормональная терапия (прием комбинированных оральных контрацептивов)

# Для начального периода острого аппендицита типично:

- + появление болей в верхнем отделе живота со смещением в течении 6–ти часов в правую подвздошную область
- разлитая боль в животе и наличие признаков разлитого перитонита
- опоясывающие боли в мезо- и гипогастрии с многократной рвотой
- схваткообразные боли в животе в сочетании с многократной диареей
- выделение крови из прямой кишки

# Для клиники острого аппендицита характерно:

- + локальная боль постоянного характера в правой подвздошной области
- положительный симптом Ортнера
- неоднократный, жидкий стул
- отсутствие пальпаторной болезненности
- усиление перистальтики

# При остром аппендиците не выявляется:

- симптом Воскресенского
- симптом Образцова
- симптом Ровзинга
- симптом Ситковского
- + симптом Савельева – Попова

# При подозрении на острый аппендицит на амбулаторном этапе необходимо:

- выполнить новокаиновую блокаду круглой связки печени
- + экстренно госпитализировать больного в хирургический стационар
- наблюдать в дневном стационаре поликлиники для подтверждения диагноза
- ввести наркотические анальгетики
- провести очистительную клизму

# Наряду с типичной клинической картиной острого аппендицита при тазовом расположении отростка характерным является наличие:

- + дизурических явлений
- многократной рвоты
- выраженного вздутия живота
- макрогематурии
- частого стула с кровью

# Для прободной язвы желудка или 12-перстной кишки характерно:

- многократная рвота
- высокая лихорадка

- + «кинжальная» боль в животе
- вздутие живота
- диффузная пальпаторная болезненность

# При подозрении на перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки на догоспитальном этапе целесообразно выполнить:

- ирригоскопию
- + обзорную рентгенограмму брюшной полости
- УЗИ
- исследование желудочного содержимого
- рентгенологическое исследование пищевода и желудка с барием

# При подозрении на перфорацию язвы 12-перстной кишки или желудка необходимо:

- дать направление на плановую консультацию в хирургический стационар
- лечить больного амбулаторно
- направить на лечение в дневной стационар
- ввести обезболивающие препараты и направить в хирургический стационар своим ходом
- + экстренно направить в хирургический стационар

# На обзорной рентгенограмме брюшной полости характерным признаком перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки является:

- множественные «чаши Клойбера»
- + пневмоперитонеум
- раздутые петли толстой кишки
- сглаженность m. psoas major
- «рыбий скелет»

# Характерным признаком острого холецистита не может быть:

- лихорадка
- острая боль в правом подреберье, возникающая после погрешности в диете
- резкая болезненность в правом подреберье при пальпации
- положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского
- + дегтеобразный стул

# При выявлении острого холецистита показано:

- амбулаторное лечение
- лечение в дневном стационаре поликлиники
- экстренная госпитализация в терапевтический стационар
- + экстренная госпитализация в хирургический стационар
- плановое хирургическое лечение

# Для купирования желчной колики на догоспитальном этапе можно использовать:

- + холод на область правого подреберья
- грелку на область правого подреберья
- комбинированные спазмоанальгетики
- очистительную клизму
- желчегонные холекинетики

# Основными направлениями патогенетического лечения острого панкреатита не являются:

- инактивация панкреатических ферментов крови
- дезинтоксикационная терапия
- декомпрессия верхних отделов ЖКТ

- + активация секреторной деятельности поджелудочной железы
- спазмолитическая терапия

# При остром панкреатите на догоспитальном этапе не целесообразно использовать:

- применение пузыря со льдом на эпигастральную область
- аспирацию содержимого желудка назогастральным зондом
- введение спазмолитиков
- голода
- + грелки на эпигастральную область

# Из перечисленных заболеваний не могут осложняться перитонитом:

- острый аппендицит
- + рубцово-язвенный стеноз выходного отдела желудка
- острый холецистит
- кишечная непроходимость
- разрыв кисты яичника

# Для перитонита не характерно:

- сильная постоянная боль в животе без четкой локализации
- лейкоцитоз с умеренным нейтрофильным сдвигом
- резкое напряжение мышц передней брюшной стенки
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- + нормальная температура тела

# При подозрении на острый перитонит на догоспитальном этапе показано:

- промывание желудка
- наркотики
- клизмы
- теплые грелки
- + дезинтоксикационная терапия

# Для острой кишечной непроходимости не характерно:

- схваткообразные боли в животе
- тошнота, рвота застойным содержимым
- вздутие живота
- + примесь крови в стуле
- задержка стула и газов

# Симптом «малинового желе» характерен:

- для заворота сигмовидной кишки
- для паралитической кишечной непроходимости
- для спастической кишечной непроходимости
- + для инвагинации
- для пилоростеноза

# При острой кишечной непроходимости не наблюдаются:

- + высокая лихорадка с «потрясающим» ознобом
- схваткообразные боли в животе
- рвота
- задержка стула
- вздутие живота

# Для острой кишечной непроходимости не характерны следующие рентгенологические симптомы:

- чаши Клойбера
- + свободный газ под куполом диафрагмы
- задержка пассажа бария
- раздутые петли кишки
- «рыбий скелет»

# Для инвагинации кишечника не характерно:

- пальпируемое колбасовидное образование в животе
- кровянистые выделения из прямой кишки
- + многократный, жидкий стул
- схваткообразные боли в животе
- наиболее частое возникновение в возрасте от 3 месяцев до 1,5 лет

# Характерными признаками ущемленной грыжи не являются:

- внезапная резкая боль в области грыжевого выпячивания
- + положительный симптом кашлевого толчка
- отрицательный симптом кашлевого толчка
- болезненность и напряжение грыжевого выпячивания при пальпации
- невосприимчивость грыжевого выпячивания

# Для тромбоза магистральных артерий конечности не характерно:

- боль
- отек
- бледность кожных покровов
- исчезновение периферической пульсации
- + парестезии

# Наибольший риск развития тромбоза легочной артерии встречается:

- у больных с облитерирующим атеросклерозом
- + у больных с заболеваниями вен нижних конечностей
- у больных с сахарным диабетом
- у больных с бронхиальной астмой
- у больных с пороками сердца

# Характерным осложнением острого тромбоза вен нижних конечностей является:

- тромбоз брыжеечных вен
- + тромбоз легочной артерии
- кровотечение из подкожных варикозных вен
- развитие микседемы
- острое нарушение мозгового кровообращения

# Госпитализация в хирургический стационар показана при локализации фурункула:

- в области спины
- в области живота
- в области волосистой части головы
- + в области лица
- в области шеи

# Госпитализация в хирургический стационар показана при локализации карбункула:

- на верхних конечностях
- на нижних конечностях



- + на шее
- в поясничной области
- на передней брюшной стенке

# Пилоростеноз у детей диагностируют:

- сразу после рождения
- + в первые два месяца жизни
- в возрасте до 1-го года
- в возрасте до 2-х лет
- в возрасте до 3-х лет

# При подозрении на развитие «флегмоны новорожденного» необходимо:

- ежедневный патронаж медсестры на дому
- ежедневное динамическое наблюдение участкового педиатра
- консультация детского хирурга
- + экстренная госпитализация в детское хирургическое отделение
- вскрытие флегмоны в поликлинике

# При диагностике острого аппендицита у детей в отличие от взрослых используют:

- бимануальную пальпацию
- + осмотр во сне
- перкуссию передней брюшной стенки
- общий анализ крови
- проверку аппендикулярных симптомов

# 9% обожженного кожного покрова по «правилу девяток» составляет:

- каждая нижняя конечность
- + каждая верхняя конечность
- передняя поверхность туловища
- задняя поверхность туловища
- промежность

# К местным изменениям, характерным для ожога 1-й степени, относится:

- + гиперемия
- пузыри с серозным содержимым
- пузыри с геморрагическим содержимым
- некроз кожи
- некроз кожи, подкожной клетчатки

# К местным изменениям, характерным для ожога 4-й степени, относится:

- гиперемия
- пузыри с серозным содержимым
- пузыри с геморрагическим содержимым
- некроз кожи
- + некроз (обугливание) кожи, подкожной клетчатки, мышц

# Современная тактика лечения острого аппендицита:

- антибактериальная и обезболивающая терапия в условиях поликлиники
- массивная антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия в условиях хирургического стационара
- + экстренное оперативное лечение в условиях хирургического стационара
- в лечении не нуждается

- оперативное лечение в операционной поликлиники

# Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно:

- боль в правой подвздошной области при пальпации толстой кишки
- + усиление боли в положении больного на левом боку
- болезненность при перкуссии в правой поясничной области
- усиление боли при кашле
- усиление перистальтики при аускультации в правой подвздошной области

# Для симптома Розанова при остром аппендиците характерно:

- боль в правой подвздошной области при пальпации толстой кишки
- усиление боли в положении больного на левом боку
- болезненность при перкуссии в правой поясничной области
- усиление боли при кашле
- + болезненность при пальпации в правой поясничной области

# Для симптома Раздорского при остром аппендиците характерно:

- боль в правой подвздошной области при пальпации толстой кишки
- усиление боли в положении больного на левом боку
- + болезненность при перкуссии в правой подвздошной области
- усиление боли при кашле
- болезненность при пальпации в правой поясничной области

# К наиболее частым осложнениям острого холецистита не относят:

- перитонит
- холангит
- + острую кишечную непроходимость
- панкреатит
- обтурационную желтуху

# Для симптома Георгиевского при остром холецистите характерно:

- + болезненность при пальпации в правой надключичной области между ножками *musculus sternocleidomastoideus*
- боль при вдохе во время глубокой пальпации в правом подреберье
- болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
- исчезновение при пальпации пульсации брюшного отдела аорты

# Для симптома Ортнера при остром холецистите характерно:

- болезненность при пальпации в правой надключичной области между ножками *musculus sternocleidomastoideus*
- боль при вдохе во время глубокой пальпации в правом подреберье
- + болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
- болезненность при надавливании или поколачивании в проекции желчного пузыря

# Для симптома Захарьина при остром холецистите характерно:

- болезненность при пальпации в правой надключичной области между ножками *musculus sternocleidomastoideus*
- боль при вдохе во время глубокой пальпации в правом подреберье
- болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
- притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости

+ болезненность при надавливании или поколачивании в проекции желчного пузыря

# Хирургическое лечение острого панкреатита не показано при:

- тяжелом прогрессирующем течении заболевания
- развитии тяжелых осложнений (перитонита, некроза, абсцессов поджелудочной железы)
- + выраженной интоксикации вплоть до токсического шока
- наличии деструктивного холецистита в сочетании с острым панкреатитом
- наличии механической желтухи

# Показанием к срочному оперативному лечению при желудочно-кишечном кровотечении является:

- выраженная бледность кожных покровов
- кровопотеря до одного литра
- + рецидивное кровотечение
- геморрагический шок
- требование больного

# При желудочно-кишечном кровотечении на догоспитальном этапе не выполняется:

- внутрь холодная аминокaproновая кислота
- регистрация АД и ЧСС каждые 15 – 30 минут
- + срочное исследование кала на скрытую кровь
- холод на эпигастральную область
- внутривенная инфузия растворов

# Синдром Мэллори-Вэйса – это:

- геморроидальное кровотечение
- сочетание анальной трещины с выраженным болевым синдромом и геморроидального кровотечения
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- носовое кровотечение
- + возникновение продольных разрывов (трещин) слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода с кровотечением

# К основным симптомам перфоративной язвы желудка или 12-ти перстной кишки не относятся:

- «кинжальная боль» в эпигастрии
- ладьевидный, втянутый, «доскообразный» живот
- + равномерно вздутый, мягкий, умеренно болезненный живот
- бледность кожи и видимых слизистых, холодный пот
- брадикардия, затем - тахикардия

# При консервативном лечении перфоративной язвы желудка или 12-ти перстной кишки не применяется:

- + ежедневные очистительные клизмы
- строгий постельный режим в течение 7 – 10 дней с наиболее возвышенным положением места перфорации
- постоянная активная аспирация через толстый назогастральный зонд в течение 7 – 10 дней
- коррекция водно-электролитного баланса и полноценное парентеральное питание
- массивная антибактериальная терапия

# Невправимая грыжа – это:

- осложнение грыжи, при котором наступило сдавление грыжевого мешка
- + содержимое грыжевого мешка не может быть вправлено через грыжевые ворота в связи с образовавшимися сращениями или большими размерами грыжи

- содержимое грыжевого мешка легко перемещается через грыжевые ворота из брюшной полости в грыжевой мешок и обратно
- дефект в брюшной стенке, но грыжевой мешок с содержимым еще не вышел за пределы брюшной стенки
- ущемление части стенки кишки без брыжейки

# К редким грыжам относится:

- пупочная грыжа
- паховая грыжа
- бедренная грыжа
- послеоперационная грыжа
- + поясничная грыжа

# Наиболее часто встречаются:

- бедренная грыжа
- + паховая грыжа
- пупочная грыжа
- грыжа белой линии
- седалищная грыжа

# Для профузного желудочного кровотечения характерно:

- кровавая рвота пенистого характера
- + рвота алой кровью или сгустками
- рвота «кофейной гущей»
- рвота желудочным содержимым с прожилками крови
- рвота желчью

# Лечение флегмоны:

- консервативное, с массивной антибактериальной терапией
- + широкое вскрытие, дренирование гнойника
- пункционное удаление гноя с введением антибиотиков
- новокаиновая блокада по периметру флегмоны
- широкое вскрытие с наложением косметического шва

# Не характерно для простой формы некротической флегмоны новорожденных:

- в первые часы заболевания на коже появляется ограниченный участок гиперемии
- гиперемия распространяется «на глазах»
- при пальпации в центре гиперемии пологое углубление
- + выраженная лихорадка, интоксикация, сепсис с первых часов заболевания
- в первые часы заболевания общее состояние ребенка сильно не страдает

# Наиболее частый возбудитель рожистого воспаления:

- стафилококк
- + стрептококк
- синегнойная палочка
- кишечная палочка
- микробные ассоциации

# Фунгус пупка у детей раннего возраста – это:

- выделение гноя из пупка
- выделение серозы из пупка
- выделение крови из пупка

- + разрастание грануляционной ткани
- полный кишечный свищ

# Для инвагинации кишечника характерно:

- внезапная, интенсивная, коликообразная боль с промежутками покоя в животе
  - ранняя рвота
  - симптом «малинового желе»
  - пальпируемая, иногда видимая, опухоль в брюшной полости
- + все перечисленное

# К предрасполагающим факторам облитерирующего атеросклероза нижних конечностей не относятся:

- курение
  - гиподинамия
  - избыточный вес
  - гиперхолестеринемия
- + гипербилирубинемия

# Основным симптомом облитерирующего атеросклероза нижних конечностей:

- + перемежающаяся хромота
- утренняя скованность
- отеки голеней к вечеру
- ночные судороги
- онемение стоп

# Нецелесообразность применения сосудорасширяющих препаратов при облитерирующем атеросклерозе обусловлена:

- усилением боли
  - увеличением отека конечности
  - опасностью развития кровотечения
  - удорожанием лечения
- + синдромом обкрадывания

# Снижение всех видов периферической чувствительности характерно для:

- облитерирующего атеросклероза
  - болезни Бюргера
- + нейропатической формы диабетической стопы
- ишемической формы диабетической стопы
  - облитерирующего энтертериита

# Больным с синдромом диабетической стопы рекомендуется:

- не ходить босиком
  - после мытья ног вытирать промокающим
  - обрабатывать ногти только пилкой
- + обязательно согревать ноги грелками
- ежедневно осматривать стопы

# Для тромбоза глубоких вен не характерно:

- отек мягких тканей дистальнее тромба
- + отсутствие пульсации дистальнее тромба
- положительный симптом Хоменса
  - болезненность при пальпации в проекции тромба

- боль при ходьбе

# При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:

- определить уровень глюкозы крови натощак
- + провести глюкозотолерантный тест
- назначить препараты сульфонилмочевины
- ограничить употребление углеводов
- определить уровень базального инсулина

# Гестационный диабет диагностируют, если:

- + сахарный диабет возник во время беременности
- во время беременности выявлена глюкозурия
- беременность наступила у больной сахарным диабетом
- наступила декомпенсация сахарного диабета во время беременности
- все перечисленное верно

# Пероральный глюкозотолерантный тест показан при наличии:

- жажды и полиурии
- упорного фурункулёза
- пограничных значений уровня гликемии натощак
- абдоминального ожирения
- + всего вышеперечисленного

# К лекарствам, индуцирующим диабет не относят:

- никотиновая кислота
- дексаметазон
- + каптоприл
- тиазидные диуретики
- пероральные контрацептивы

# Наиболее вероятная причина слепоты при длительном течении сахарного диабета:

- глаукома
- катаракта
- + прогрессирующая ретинопатия
- атрофия зрительных нервов
- автономная нейропатия

# К типичным характеристикам сахарного диабета I типа не относится:

- требует постоянного лечения инсулином
- чаще возникает в молодом возрасте
- течение заболевания сопровождается склонностью к кетоацидозу
- + заболевание развивается на фоне ожирения
- диабет часто возникает после вирусной инфекции

# При обращении больного сахарным диабетом с жалобами на анорексию, тошноту, боли в животе следует:

- рекомендовать голодание
- + исключить диабетический кетоацидоз
- рекомендовать приём антацидов
- рекомендовать строгое соблюдение диеты №9
- исключить проявления гипогликемии

# Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:

- передозировкой инсулина
- приёмом алкоголя
- пропуском приема пищи
- физической нагрузкой
- + все перечисленное верно

# Проявлением диабетической автономной нейропатии не является:

- + артериальная гипертензия
- импотенция
- задержка мочи
- исчезновение предвестников гипогликемии
- ортостатическая гипотония

# Для диабетического кетоацидоза не характерно:

- снижение периферической утилизации глюкозы
- повышение протеолиза
- + снижение липолиза
- увеличение диуреза
- увеличение дефицита буферных оснований

# Для подострого тиреоидита не характерно:

- повышение температуры тела
- ускорение СОЭ
- + снижение захвата  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой
- повышение захвата  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой
- болезненность при пальпации щитовидной железы

# Тиреотоксический синдром не встречается при:

- диффузном токсическом зобе
- зобе Хашимото
- подостром тиреоидите
- + первичной атрофии щитовидной железы
- ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза

# Для тиреотоксикоза не характерно:

- снижение массы тела
- повышенная раздражительность
- + сонливость
- поносы
- стойкая тахикардия

# Характерным осложнением применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:

- гипокалиемия
- повышение уровня креатинина и мочевины в крови
- + снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
- гипергликемия
- гипокальциемия

# Наиболее информативный метод для выявления рака щитовидной железы:

- сцинтиграфия щитовидной железы
- данные пальпаторного исследования

- ультразвуковое исследование щитовидной железы
- компьютерная томография щитовидной железы
- + тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

# При подозрении на первичный гипотиреоз наиболее информативно определение:

- антител к тиреоглобулину
- + определение уровня ТТГ
- определение уровня  $Ca^{2+}$  в крови
- определение Т3
- определение Т4

# Для синдрома Иценко-Кушинга не характерно:

- остеопороз
- + прогрессирующее похудание
- артериальная гипертензия
- мышечная слабость и атрофия мышц
- гипергликемия

# Для первичного гиперальдостеронизма характерно:

- гипонатриемия
- метаболический ацидоз
- понижение артериального давления
- + гипокалиемия
- гиперкалиемия

# При наличии у больного слабости, пигментации кожных покровов и слизистых, гипотонии, тошноты, рвоты в первую очередь следует предположить:

- цирроз печени
- + болезнь Аддисона
- вторичный гипотиреоз
- гиперпаратиреоз
- гемохроматоз

# Для экзогенно-конституционального ожирения не характерно:

- развитие в раннем возрасте
- крупная масса тела при рождении
- наличие родственников с ожирением
- переедание в анамнезе
- + сине – багровые полосы растяжения

# Характерными осложнениями ожирения не являются:

- артериальная гипертензия
- инсулинонезависимый сахарный диабет
- миокардиодистрофия
- желчнокаменная болезнь
- + инсулинзависимый сахарный диабет

# В первую очередь при гипогликемической коме необходимо:

- снять ЭКГ
- ввести капельно 5% раствор глюкозы
- ввести инсулин (10 - 20 ЕД)
- исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы крови



+ ввести струйно 20 мл 40% раствора глюкозы

# Оптимальной тактикой при обнаружении атипичных клеток в биоптате узла щитовидной железы является:

- назначение тиреоидных гормонов
- + оперативное вмешательство в связи с подозрением на рак щитовидной железы
- назначение преднизолона
- облучение щитовидной железы
- длительное диспансерное наблюдение

# О наличии гипотиреоза может свидетельствовать:

- артериальная гипертензия
- + брадикардия
- влажные холодные ладони
- увеличение размеров щитовидной железы
- тремор век

# Для лечения гипергликемической комы необходимо использовать:

- манинил
- адебит
- + актрапид
- акарбозу
- монотард

# Для нейропатической формы синдрома диабетической стопы не характерно:

- длительное течение сахарного диабета в анамнезе
- злоупотребление алкоголем
- специфическая деформация стоп, пальцев
- язвенные дефекты в точках избыточного нагрузочного давления
- + снижение или отсутствие пульсации на артериях стоп

# Не является клиническим симптомом сахарного диабета:

- полиурия
- + анурия
- полидипсия
- сухость во рту
- кожный зуд

# Для метаболического синдрома не характерно:

- + гипогликемия
- абдоминальное ожирение
- артериальная гипертензия
- дислипидемия
- гипергликемия

# Об избыточной массе тела свидетельствует уровень следующий ИМТ:

- 5 кг/м<sup>2</sup>
- 12 кг/м<sup>2</sup>
- + более 25 кг/м<sup>2</sup>
- 12-25 кг/м<sup>2</sup>
- менее 12 кг/м<sup>2</sup>

# Не является клиническим признаком гипотиреоза:

- брадикардия
- + тахикардия
- микседематозный отек лица
- анемический синдром
- запоры

# Для первичного гипотиреоза характерно:

- + повышение уровня ТТГ и снижение Т4
- снижение ТТГ
- снижение Т4
- повышение уровня ТТГ и повышение Т4
- снижение ТТГ и повышение Т4

# Наиболее частой причиной первичного гипотиреоза является:

- гипогонадизм
- гипертиреоз
- + аутоиммунный тиреоидит
- пролактинома
- сахарный диабет

# Наиболее частой причиной врожденного гипотиреоза является:

- гипертиреоз
- аутоиммунный тиреоидит
- аденома гипофиза
- + аплазия щитовидной железы
- инсулинома

# Субклинический гипотиреоз характеризуется:

- + повышением уровня ТТГ на фоне нормальных значений Т3 и Т4
- повышением уровня ТТГ, повышением Т3 и Т4
- повышением уровня ТТГ, снижением Т3 и Т4
- снижением уровня ТТГ на фоне нормальных значений Т3 и Т4
- снижением уровня ТТГ, повышением Т3 и Т4

# К клиническим симптомам тиреотоксикоза не относится:

- тремор рук и тела
- потеря веса
- диарея
- тахикардия
- + сухость кожных покровов

# Для манифестированного тиреотоксикоза характерно:

- + снижение уровня ТТГ и повышение уровня Т4
- повышение уровня ТТГ и снижение уровня Т4
- снижение уровня ТТГ и снижение уровня Т4
- повышение уровня ТТГ и повышение уровня Т4
- нормальный уровень ТТГ и снижение уровня Т4

# Характерным признаком болезни Иценко-Кушинга является:

- повышение концентрации кортизола в плазме крови
- + снижение концентрации кортизола в плазме крови

- повышенное содержание глюкозы крови
- снижение содержания ТТГ
- повышение содержания ТТГ

# Основным методом лечения болезни Иценко-Кушинга является:

- антигипертензивная терапия
- лечение стероидными гормонами
- + аденомэктомия
- лечение цитостатиками
- симптоматическое лечение

# При синдроме диабетической стопы не показано:

- + принимать горячие ножные ванны
- удалять участки гиперкератоза с помощью пемзы
- обрабатывать раны раствором мирамистина
- обрабатывать ногти с помощью пилки
- носить ортопедическую обувь

# Показанием к проведению глюкозотолерантного теста не является:

- жажда и полиурия
- упорный фурункулез
- + частые ОРВИ
- пограничные значения уровня гликемии натощак
- абдоминальное ожирение

Примерные задачи

Больная Н., 25 лет, на амбулаторном приеме у врача общей практики жалуется на частые головные боли в затылочной области в течение последних 6 мес. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Настоящее ухудшение в течение 2 дней – постоянные головные боли, головокружение, слабость.

Из анамнеза: Два года назад на медицинской комиссии для получения водительских прав было зарегистрировано повышение артериального давления 140/80 мм рт ст. Была направлена на обследование, которое прошла не полностью, выписана с диагнозом нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. В дальнейшем не обследовалась, рекомендаций по лечению не выполняла. Год назад родила здорового мальчика, в период беременности также отмечалось повышение АД до 140/90. В настоящее время грудное вскармливание прекратила.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Курит 1 пачку сигарет в день.

Находится в отпуске по уходу за ребенком.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5-м межреберье. Верхушечный толчок усилен, 6 см. Тоны сердца ритмичны, I тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД 160/110 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам и назовите показания для назначения некоторых дополнительных обследований (на выбор).**

**Определите объем дополнительных манипуляций, входящих в компетенцию ВОП.**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Какая дополнительная информация необходима для правильного решения этих вопросов?**

### **Определите перечень профилактических мероприятий.**

Больной О., 50 лет, автослесарь, работает по найму у частного предпринимателя, на амбулаторном приеме у врача общей практики жалуется на боли ноющего характера в области плюсне-фалангового сустава большого пальца правой ноги, вызывающие ограничение движения, хромоту. Интенсивные боли в этой области появились 3 дня назад, внезапно, ночью. Самостоятельно принимал парацетамол, диклофенак, боли несколько уменьшились. Травму отрицает. В течение последних 3 дней на работу не выходил по договоренности с ЧП, и за медицинской помощью не обращался, считая, что лицам, работающим у ЧП, пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается. В анамнезе частые пищевые погрешности, частое употребление спиртных напитков, особенно пива, курение около 2 пачек сигарет в день.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Отмечается припухлость вышеуказанного сустава, повышение кожной температуры над ним, гиперемия кожи, болезненность в этой области при пальпации, активных и пассивных движениях.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам и назовите показания для назначения некоторых дополнительных обследований (на выбор).**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Можно данному больному выдать листок нетрудоспособности за прошедший период?**

**Определите перечень профилактических мероприятий.**

Больной А., 52 лет, сварщик, находящийся в командировке вне постоянного места жительства, на амбулаторном приеме у врача общей практики жалуется на боли давящего характера за грудиной при физической нагрузке средней интенсивности (может пройти 100-150 м.). Боли самостоятельно купируются через 5-6 минут отдыха. Боли появились впервые в жизни в течение последних 10 дней. По назначению фельдшера здравпункта периодически принимал нитроглицерин, в том числе, перед физическими нагрузками, с хорошим эффектом. Особого значения появлению болей не придавал, в настоящее время обратился в связи с увеличением физических нагрузок на работе и невозможностью из-за болей выполнять трудовые функции в полном объеме.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Курит 1 пачку сигарет в день.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс 70 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Нуждается ли данный больной в обязательной госпитализации? Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения некоторых дополнительных обследований (на выбор).**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности.**

**Определите перечень профилактических мероприятий.**

Больной Б., 56 лет, водитель автобуса, обратился к врачу общей практики после прибытия из специализированного санатория кардиологического профиля, где проходил реабилитацию после перенесенного трансмурального переднераспространенного инфаркта миокарда.

Из анамнеза: 41 день назад был госпитализирован по «СП» с ангинозным статусом. После первичного купирования болевого синдрома болей, одышки не отмечал. В стационаре адаптирован к малым, а в санатории к средним физическим нагрузкам.

ВН 41 день.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ менее 1 раза в год. Отмечает частые пищевые погрешности, алкоголь употребляет редко. Курит 1,5 пачки сигарет в день.

Жалоб не предъявляет, чувствует себя хорошо, просит завершить листок нетрудоспособности с выпиской к труду. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс 80 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Поставьте диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения дополнительных мероприятий.**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Как правильно завершить данный случай временной нетрудоспособности?**

**Определите перечень профилактических мероприятий.**

Вызов на дом. Больной В., 76 лет, работающий пенсионер, конторский служащий, жалуется на одышку при малых физических нагрузках, приступы удушья в покое, ночью, в связи с чем, принужден спать в полусидящем положении, отечность голеней. Ранее обследовался и лечился стационарно и амбулаторно по поводу ИБС, атеросклеротического кардиосклероза, порока сердца: клапанного стеноза аорты, недостаточности кровообращения. Принимал дигоксин 0,25 мг. в сутки, гипотиазид 25 мг. 2 раза в неделю. Настоящее ухудшение в течение 20 дней – постепенно нарастала одышка, отечность голеней, в связи с чем самостоятельно увеличил дозу гипотиозида до 25 мг. ежедневно, с кратковременным нестойким эффектом. Приступы удушья в течение 3 дней, сегодня ночью вызывал бригаду «СП», проводилось лечение строфантин, лазиксом в/в, изокетом в аэрозоле под язык, после чего больной смог заснуть.

При объективном обследовании состояние ближе к тяжелому. Ортопноэ. Акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, влажные незвучные хрипы от углов лопаток и ниже. Отмечается притупление перкуторного звука, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов справа по ходу V межреберья и ниже. Тоны сердца ритмичны, грубый систолический шум во всех точках аускультации, особенно выраженный над аортой, проводящийся на сосуды шеи. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен, притупление перкуторного звука в нижних и боковых отделах живота. Печень выдается на 10 см. из-под реберной дуги, умеренно болезненна, край ровный. Отечность голеней.

**Поставьте диагноз.**

**Определите тактику ведения больного.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Назначьте последующее лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Возможно ли в последующем завершение данного случая временной нетрудоспособности без направления больного на медико-социальную экспертизу с рекомендацией работающему пенсионеру оставить работу?**

Больной Г., 26 лет, не работает, полиса ОМС не имеет, принят в порядке оказания платных услуг. Жалуется на частые (3-5 раз в день) боли в эпигастральной области справа через 1,5-2 часа после еды, частые ночные боли. Боли устраняются приемом небольших количеств пищи, молока, антацидов.

Ранее ничем не болел, вышеописанные симптомы беспокоят в течение 12-14 дней. Обратился к врачу общей практики в связи с учащением болей в последние 3 дня.

Отмечает нерегулярное питание, частые пищевые погрешности, часто употребляет алкоголь. Курит 1,5 пачки сигарет в день.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Питание пониженное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны. Пульс 56 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии справа. Печень не увеличена.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Какая дополнительная информация требуется для правильного решения этих вопросов? Каковы показания для выдачи листка нетрудоспособности при этом заболевании? Является ли препятствием для выдачи листка нетрудоспособности в данном случае, отсутствие полиса ОМС?**

**Определите перечень профилактических мероприятий.**

Больная Д, 48 лет, библиотекарь. На момент осмотра жалоб нет. Сегодня ночью был приступ сердцебиения, «перебоев» в работе сердца. Удушья, болей в области сердца, какой-либо другой выраженной симптоматики не отмечала. Вызывала «СП», приступ был купирован в приемном отделении стационара путем приема кордарона, метопролола в таблетках. В госпитализации было отказано.

Из анамнеза: в течение 2 последних лет эпизодически беспокоили редкие (до 1 раза в месяц) кратковременные (15-20 минут) приступы сердцебиения. Неоднократно вызывала «СП» (приступы самопроизвольно купировались до приезда бригады), обращалась в областной консультативно-диагностический кардиологический центр по поводу данного состояния. При обследовании патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было. С диагнозом: «НЦД? Пароксизмальная тахикардия?» 2 дня назад кардиологом направлена на консультацию в Федеральную клинику за пределы административного района в г.Москву.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны. Пульс 66 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Предъявляет справку произвольной формы из приемного покоя стационара. На приложенной ЭКГ: ритм несинусовый, неправильный, ЧСС 140 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, желудочковый комплекс не изменен.

Больная предъявляет направление кардиолога в Федеральную клинику, железнодорожный билет до г.Москвы на завтра, требует выдать листок нетрудоспособности.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности.**

Больная Е, 28 лет, доярка. Больна 7-й день. Жалобы на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 37,2°C в течение всего этого периода. Болей в грудной клетке, удушья, одышки не отмечала. Вплоть до сегодняшнего дня лечилась у фельдшера на ФАП с диагнозом «ОРВИ». Принимала витамины, парацетамол, бромгексин. Направлена к врачу общей практики в связи с неэффективностью лечения. Из анамнеза: в течение последних 6 мес. часто беспокоили «простудные»

заболевания, сопровождавшиеся кашлем, насморком, повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Курит 1 пачку сигарет в сутки. Находится в очередном отпуске.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, «гудящие» рассеянные хрипы. Тоны сердца ритмичны. Пульс 68 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Назначьте лечение.**

**Определите объем дополнительных манипуляций врача общей практики.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности.**

Больная Ж, 38 лет, оператор ПК. Больна 2-й день. Жалобы на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 37,8°C, одышку при физической нагрузке средней интенсивности, боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании.

Находится в отпуске без сохранения содержания по сегодняшний день включительно, по семейным обстоятельствам.

При объективном обследовании состояние не вполне удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, ослабление дыхания в нижних отделах правого легкого, здесь же влажные звучные хрипы, усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. Пульс 110 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**Поставьте предварительный диагноз.**

**Определите тактику и место лечения.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности.**

Вызов на дом. Больной З, 58 лет, инженер. Жалобы на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 37,2°C, одышку при малейшей физической нагрузке.

Из анамнеза: неоднократно лечился амбулаторно и стационарно по поводу проявлений хронической бронхиальной обструкции, является инвалидом II группы, ОСТД II степени. Настоящее ухудшение в течение 3 дней – усилился кашель, мокрота приобрела гнойный характер, повысилась температура тела. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Диффузный цианоз. Перкуторно над легкими коробочный звук. Значительно снижена экскурсия нижних легочных краев. В легких дыхание равномерно ослаблено над всей поверхностью легких, жесткое, сухие свистящие рассеянные хрипы. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичны. Пульс 110 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**Поставьте диагноз.**

**Определите тактику и место лечения.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Определите объем дополнительных манипуляций врача общей практики.**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности. Какая дополнительная информация требуется для правильного решения этих вопросов?**

Больная И, 38 лет, ткачиха. Жалобы на приступообразный удушающий кашель, сопровождающийся ощущением хрипов, «свиста» в грудной клетке без видимой причины, а также при воздействии неспецифических (холодный, горячий воздух, резкие запахи) ингаляционных раздражителей, в среднем, 1 раз в сутки,

Из анамнеза: Респираторные жалобы с детства после перенесенной пневмонии, периодически длительные эпизоды кашля. Ухудшение состояния в течение 3 лет – появились описанные респираторные симптомы, сначала эпизодически, в дальнейшем все чаще, до 2 раз в сутки. 2 месяца назад была госпитализирована с затяжным (около суток) удушьем. Назначено лечение ингаляционными глюкокортикоидами, симпатомиметиками, количество приступов удушья в сутки до 1, приступы купируются ингаляциями саламола «Легкое дыхание». После выписки из стационара направлена на МСЭ, определена III группа инвалидности, ОСТД I с рекомендациями по изменению трудоустройства. После выписки из стационара ухудшения состояния не было. После освидетельствования в учреждении МСЭ к работе не приступала, рекомендаций по рациональному трудоустройству не выполнила, находилась в очередном отпуске до вчерашнего дня. Сегодня обратилась к врачу общей практики, заявляет, что приступить к работе не может, так как ежедневно беспокоят приступы удушающего кашля, больная ожидает, что при выходе на работу они станут чаще. Требуется выдать листок нетрудоспособности или госпитализировать.

Объективно: Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. Пульс 70 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**Поставьте диагноз.**

**Определите тактику и место лечения.**

**Определите обязательный объем обследования по стандартам на амбулаторном этапе и назовите показания для назначения каких-либо дополнительных мероприятий (выборочно).**

**Определите объем дополнительных манипуляций врача общей практики.**

**Назначьте лечение.**

**Решите вопросы экспертизы трудоспособности.**

**Назначьте профилактические мероприятия.**

Диспансерный осмотр. Девочка 11 лет состоит на диспансерном учете с 5 лет по поводу хронического пиелонефрита, с волнообразным течением, на фоне левостороннего нефроптоза. Месяц назад выписана из стационара в состоянии клинико-лабораторной ремиссии. Жалоб не предъявляет.

Объективно: сохраняются симптомы хронической интоксикации. Патологии по органам не выявлено.

Дизурических расстройств нет. Получает фитотерапию.

Анализ мочи: количество 100,0, прозрачность- мутная, цвет соломенно-желтый, реакция - кислая, белок - нет, лейкоциты 15-20 в п/зр., эритроциты - 0-1 в п/зр., оксалаты в значительном количестве, эпителий 3-4 в п/зр., слизь - значительное количество.

**Оформить диагноз**

**Определить группу диспансерного учета**

**Дать рекомендации по питанию и дальнейшей реабилитации**

**Нуждается ли ребенок в дообследовании и каком?**

Патронаж к новорожденному. Ребенку 8 дней. Беременность у матери протекала с токсикозом II половины. Роды в срок со слабостью родовых сил, родостимуляцией. I период 12 часов, II период



- 50 мин. По Апгар оценка 8/8 баллов. В периоде адаптации был беспокоен, возбудим. Выписан из родильного дома накануне.

При осмотре жалоб у мамы нет. Мышечный тонус слегка равномерно снижен. Физиологические рефлексы вызываются все, легко истощаемы. Рефлексы Моро, Бауэра периодически вызываются спонтанно. В остальном без особенностей.

Оценить состояние здоровья

**Ваш диагноз и назначение по обследованию и лечению**

**План диспансеризации**

**Рекомендации маме**

Осмотр после болезни. Девочка 2 г. 8 мес. не посещала д/к в течение 7 дней из-за ОРВИ с ринофаринготонзиллитом. Лечилась симптоматическими средствами. В анамнезе с 1,5 лет частые ОРВИ (6 раз в течение года).

При осмотре: жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Масса тела 13,6 кг, рост 89 см. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Кожные покровы чистые. Зев спокойный, миндалины гипертрофированы до II степени. Костно-мышечная система без патологических симптомов. ЧД - 26 в минуту, ЧСС - 106 в минуту. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Лабораторное обследование (анализы крови и мочи) последний раз выполнено в 1 г.6 мес. при оформлении в д/к.

**Дать комплексную оценку состояния здоровья.**

**Составить план дальнейшего диспансерного наблюдения.**

**Назначить комплекс оздоровительных и профилактических мероприятий.**

**Дать советы родителям.**

Профилактический осмотр ребенка. Мальчик 7 месяцев.

Из анамнеза жизни: токсикоз I половины беременности у матери; раннее искусственное вскармливание (с 3 мес.) ребенка из-за отсутствия молока у матери, рахит I ст. с 4 месяцев, в связи с чем получал лечебную дозу вит. Д2 в течение 35 дней.

Жалоб мать не предъявляет.

При осмотре: Масса тела 9200, рост 67 см, окр.гр. 45 см, окр. гол. 44 см. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Эмоциональный тонус хороший. Кожные покровы умеренно бледные. Тургор тканей не снижен. Большой родничок закрыт. Зубов 0/2. Рахитические четки на ребрах. Мышечный тонус удовлетворительный. Со стороны внутренних органов без патологических симптомов.

**Оценить физическое развитие и состояние здоровья ребенка**

**В соответствии с оценкой рекомендовать дальнейшие профилактические мероприятия.**

**Назначить питание.**

Вызов на дом. Девочка 1г. 1мес. Жалобы на похудание, слабость, неустойчивый стул.

Из анамнеза установлено, что родилась доношенной от физиологически протекающей беременности, нормальных родов. До 6 мес. находилась на естественном вскармливании, развивалась удовлетворительно.

Больной мама считает с 10 мес, когда появился непереваренный обильный стул, рвота, снизился аппетит. После назначения фестала было кратковременное улучшение. В последующем состояние постепенно ухудшалось: стала вялой, капризной, перестала вставать на ножки, отказывается от еды, похудела (масса в 8 мес. - 9 кг, в 1 г. 1 мес. - 8 кг.).

Объективно: выражены симптомы интоксикации, гипотрофии. Отмечается мышечная гипотония, остеодная гиперплазия в области черепа, X-образные искривление ног. Тоны сердца приглушены,

выслушивается систолический шум. В лёгких без особенностей. Живот резко увеличен в объеме. Печень пальпируется на 2,5 см. Стул обильный, блестящий, зловонный.

**Представить предварительный диагноз.**

**Наметить план и место обследования, лечения.**

Вызов на дом к ребенку в возрасте 3,5 недели. Жалобы на обильную рвоту фонтаном, запоры.

Родился от физиологически протекавшей беременности, нормальных срочных родов. Масса при рождении 3500, длина 50 см. Период адаптации в родильном доме прошел гладко, выписан на 6 день с массой 3500, На естественном вскармливании, кормится по часам. Со второй недели стал срыгивать, последние дни отмечается рвота фонтаном.

Объективно: Состояние средней тяжести. Беспокойный. Отмечается сухость кожи и слизистых, тургор тканей снижен. Большой родничок несколько западает. Стула не было 2 дни. Мочится редко.

**Предположительный диагноз.**

**На что надо обратить внимание при объективном обследовании**

**Тактика врача общей практики**

Патронаж к новорожденному в 8 дней. Мальчик от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания. 1-ая беременность закончилась мед. абортom за 6 мес. до настоящей. Роды в срок 40 недель с преждевременным отхождением околоплодных вод. Апгар 8/8 баллов. Масса при рождении 2900,0 длина 50 см. Выписан накануне из род. дома с массой 2850,0.

Объективно: Возбудим, легко истошаем. Кожа сухая с крупнопластинчатым шелушением, Подкожно-жировой слой и тургор тканей снижены. По органам без особенностей.

**Оценить состояние здоровья**

**Сформулировать диагноз и назначения**

**План диспансеризации**

**Рекомендации маме**

После введения бициллина в процедурном кабинете мальчик 10 лет побледнел, пожаловался на слабость, головокружение, общий зуд. Ребенку ввели димедрол подкожно, уложили на диван, открыли окно. Через несколько минут появилась крапивница, холодный липкий пот, одышка экспираторного характера. Мальчик стал заторможенным, взгляд устремлен вдаль, пульс частый, слабый. АД 60/20 мм. рт. столба.

**Поставить диагноз**

**Оказать неотложную помощь.**

**Определиться в организационной тактике.**

Амбулаторный прием. Мальчик 1 г. 2 мес. пришел на приём для устройства в детское учреждение.

От молодых, здоровых родителей. Наследственность не отягощена. Беременность I, протекала с токсикозом II половины. Роды срочные, нормальные. Масса при рождении 3.500 кг, длина 50 см. Ранний период без особенностей. Находился на грудном вскармливании до 2-х мес, с 2-х месяцев на сбалансированном искусственном. Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту.

Профилактические прививки сделаны. С 3-х месяцев проявления экссудативного диатеза на щеках. Перенес 5 раз ОРВИ.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса 13 кг. 300 г., длина 80 см. Ходит; говорит отдельные слова. Щёки сухие, гиперемированы. Миндалины гипертрофированы, разрыхлены, спаяны с дужками. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца отчетливы. Живот мягкий. Печень пальпируется на 3 см.

**Дать комплексную оценку состояния здоровья.**

**Составить план подготовки ребенка к детскому дошкольному учреждению.  
Составить план оздоровительных мероприятий для выполнения врачу дошкольного учреждения.**

Прием врача общей практики. Девочка в возрасте 1 год 4 мес. Впервые обратилась к врачу с жалобами на плохой аппетит, убыль в массе, неустойчивый стул.

Родилась от немолодых родителей, 1 беременности, массой 3500,0, длиной 52 см. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании молоком и кашей. В возрасте 10 мес. лечилась в инфекционной больнице по поводу кишечного заболевания невыясненной этиологии. В 1 год 1 месяц перенесла пневмонию, лечилась в ЦРБ. Выявлена гипотрофия II степени, анемия.

Объективно: ребенок негативен, масса 8900,0, длина 75 см., подкожно-жировой слой почти отсутствует. Живот увеличен в объеме. Стул со слов мамы жидкий, до 2 раз в день с резким запахом.

**Поставить предположительный диагноз.**

**Назначить обследование.**

**Дать совет по питанию и определиться в тактике.**

Вызов на дом. Мальчик 1 год 2 месяца. Болен 2-й день. Отмечается высокая температура, частый кашель, одышка. Родители лечили самостоятельно парацетамолом, микстурой от кашля. Сегодня состояние резко ухудшилось.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,2°C резко выражена одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Дыхание аритмичное. ЧД 68 в минуту. Перкуторно над легкими в нижнезадних отделах с обеих сторон укорочение звука. При аускультации там же – ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца незначительно приглушены, учащены до 160 в минуту. Живот вздут. Печень на 1,5 см. ниже края реберной дуги.

**Поставить диагноз.**

**Какие синдромы обуславливают тяжесть состояния ребенка?**

**Организовать неотложную помощь**