

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ

МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-

4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Кардиология

Шифр, название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.36 - Кардиология

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса учебной дисциплины «Кардиология» и предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу данной дисциплины.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине «Кардиология» решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений и навыков предусмотренных в рамках данного курса;
- контроль и оценка степени освоения компетенций предусмотренных в рамках данного курса;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данного курса.

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

1.1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения ООП ординатуры обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

Коды компетенций	Результаты освоения ООП Содержание компетенций*	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине**
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1 знать: знать о методах критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; УК-1 уметь: уметь критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; УК-1 владеть: владеть методами критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4 знать: знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 уметь: уметь проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 владеть: владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.</p>
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	<p>ОПК-5 знать: знать о методах лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля его эффективности и безопасности</p> <p>ОПК-5 уметь: уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-5 владеть: владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.</p>
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>ОПК-7 знать: знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 уметь: уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 владеть: владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;</p>
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	<p>ОПК-10 знать: знать методы оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p>

		<p>ОПК-10 уметь: уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p> <p>ОПК-10 владеть: владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;</p>
ПК-1	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	<p>ПК-1 знать: знать методы обследования пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-1 уметь: уметь применять методы обследования пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза;</p> <p>ПК-1 владеть: владеть методами обследования пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза.</p>
ПК-2	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	<p>ПК-2 знать: знать методы лечения пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроля его эффективности и безопасности;</p> <p>ПК-2 уметь: уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и(или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контролировать их эффективность и безопасность;</p> <p>ПК-2 владеть: владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и(или) состояниях</p>

		сердечно-сосудистой системы, контроля его эффективности и безопасности;
--	--	---

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ООП ординатуры

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Место дисциплины и соответствующий этап формирования компетенций в целостном процессе подготовки по образовательной программе можно определить по матрице компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются знаниевые и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Ординатор воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;

- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе ординатор осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;

- **завершающий** этап – на этом этапе ординатор достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в тематическом плане (см.п. 4 рабочей программы дисциплины).

1.3. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

1 год обучения

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.	Заболевания органов системы кровообращения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
2.	Заболевания органов системы дыхания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
3.	Заболевания органов системы пищеварения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
4.	Заболевания органов мочевыделительной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
5.	Заболевания системы крови	УК – 1;	Тестирование, опрос,

		ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	ситуационные задачи, рецепты
6.	Заболевания суставов	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
7.	Системные заболевания соединительной ткани	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
8.	Заболевания органов эндокринной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи

2 год обучения

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.	Принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
2.	Заболевания органов системы дыхания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
3.	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
4.	Заболевания органов системы пищеварения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
5.	Заболевания мочевыделительной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
6.	Заболевания системы крови	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
7.	Ревматические заболевания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
8.	Особенности работы участкового терапевта поликлиники с пациентами разных возрастных групп населения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
9.	Заболевания внутренних органов и беременность	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
Высокий <i>Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины</i>	Творческая деятельность	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Ординатор демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий	90-100	A/ Отлично/ Зачтено
Продвинутый <i>Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины</i>	Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Ординатор может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими теоретические положения или обосновывать практику применения.	85-89	B/ Очень хорошо/ Зачтено
			75-84	C/ Хорошо/ Зачтено
Пороговый <i>Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне</i>	Репродуктивная деятельность	Ординатор демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый материал.	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно /Зачтено
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Ординатор не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно/ Зачтено

Оценивание результатов обучения ординаторов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	<i>продвинутый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>продвинутый</i>
продвинутый	<i>пороговый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>пороговый</i>
	продвинутый	продвинутый
	<i>продвинутый</i>	<i>пороговый</i>
пороговый	<i>пороговый</i>	<i>продвинутый</i>
	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков или опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Текущий контроль в семестре проводится с целью обеспечения своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы ординаторов.

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Текущий контроль осуществляется по каждому разделу дисциплины.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Вопросы к экзамену

Вопросы для устного опроса по дисциплине «Кардиология»

Раздел 1. Кардиология

Тема 1. Гипертоническая болезнь.

- Распространенность.
- Этиология и патогенез.
- Классификация. Клиника гипертонической болезни в зависимости от стадии и степени артериальной гипертензии.
- Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
- Лечение.
- Осложнения. Гипертонические кризы. Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз. Профилактика.

Тема 2. Метаболический синдром

- Метаболический синдром. Эпидемиология.
- Факторы риска.

- Теории развития атеросклероза. Механизмы развития атеросклероза.
- Патоморфологические изменения, развивающиеся в сосудах при атеросклерозе.

Классификация атеросклероза.

- Классы липопротеинов.
 - Особенности клинических проявлений.
 - Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероз.
 - Немедикаментозная терапия.
 - Рекомендации международного общества по изучению атеросклероза (IAS) по образу жизни (2014 г).
 - Медикаментозная терапия атеросклероза. Статины в лечении атеросклероза.
- Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.

Тема 4. Хронические формы ИБС

- Понятие об ишемической болезни сердца. Актуальность.
- Атеросклероз коронарных артерий как морфологическая основа ИБС.
- Оценка факторов риска ИБС. Классификация ИБС.
- Клинические проявления. Патогенез болевого синдрома при стенокардии.
- Клинические варианты.
- Диагностика. Лечение.
- Показания к хирургическому лечению.
- Прогноз. Профилактика.

Тема 4. Острые формы ИБС

- Определение острого коронарного синдрома.
- Этиология. Патогенез.
- Классификация ОКС. Классификация инфаркта миокарда.
- Клиника в различные периоды заболевания.
- Атипичные формы инфаркта миокарда.
- Диагностика. Течение.
- Лечение инфаркта миокарда.
- Реабилитация больных. Прогноз. Профилактика.

Тема 5. Нарушения ритма и проводимости сердца

- Нарушения образования импульса. Синусовая тахикардия, брадикардия.
 - Фибрилляция и трепетание предсердий.
 - Наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Наджелудочковая тахикардия.
 - Синдром слабости синусового узла. Этиология. Патогенез. Классификация.
- Клиническая симптоматология. Изменение гемодинамики. Диагностика. Осложнения. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Показания к электроимпульсной терапии.

- Ведение больных после восстановления ритма.
 - Профилактика рецидивов мерцательной аритмии.
 - Инвазивные методы лечения аритмий: абляция, имплантация кардио-стимулятора и др. Показания, противопоказания. Прогноз.
 - Нарушения проводимости импульса: Синоаурикулярная, предсердная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковые блокады. Этиология. Патогенез.
 - Изменение гемодинамики при различных нарушениях проводимости.
- Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Диагноз. Лечение.
- Показания к временной кардиостимуляции. Показания к имплантации кардиостимуляторов. Прогноз. Профилактика.

Раздел 2. Ревматология

Тема 1. Острая ревматическая лихорадка

- Острая ревматическая лихорадка. Этиология.
- Роль бета-гемолитического стрептококка в развитии заболевания. Патогенез ревматизма.
- Морфология различных стадий ревматизма. Классификация. Критерии ОРЛ.
- Клиническая картина основных проявлений ОРЛ: кардит, артрит, хорея, кожные проявления, серозиты.
- Варианты течения ревматической лихорадки (острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца без порока сердца или с пороком сердца).
- Лечение. Прогноз. Профилактика. Противорецидивное лечение.

Тема 2. Инфекционный эндокардит

- Определение. Этиология и патогенез.
- Классификация. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита.
- Способствующие факторы. Особенности острого и затяжного септического эндокардита.
- Клиника: варианты начала болезни, температурная кривая, поражение сердца и других органов (почек, печени и селезенки, кожи и др.).
- Тромбоэмболические осложнения.
- Лабораторные данные, значение повторных посевов крови с целью выявления возбудителя процесса.
- Роль эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита.
- Осложнения ИЭ. Клинические "маски" болезни.
- Течение и исходы. Прогноз. Лечение: выбор антибиотиков, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Критерии излеченности. Профилактика обострений.

Тема 3. Приобретенные митральные и трикуспидальные пороки сердца

- Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии течения митральной недостаточности. Значение инструментальных методов исследования. Лечение. Прогноз. Показания к оперативному лечению.
- Митральный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Стадии течения митрального стеноза. Значение инструментальных методов исследования. Причины декомпенсации. Осложнения. Лечение. Прогноз. Показания к хирургическому лечению.

Тема 4. Приобретенные аортальные пороки сердца

- Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии. Значение инструментальных методов исследования. Осложнения. Лечение. Прогноз. Показания к оперативному лечению.
- Аортальный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Значение инструментальных методов исследования. Диагностика. Осложнения. Прогноз. Показания к оперативному лечению.

Тема 5. Ревматоидный полиартрит

- Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Способствующие факторы.
- Особенности острого и затяжного септического эндокардита.
- Клиника: варианты начала болезни. Лабораторные данные. Осложнения.
- Клинические "маски" болезни. Течение и исходы. Прогноз.
- Лечение: выбор средств базовой терапии. Критерии излеченности. Профилактика обострений.

Раздел 3. Гастроэнтерология.

Тема 1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Определение. Патогенез. Эпидемиология.
- Клиническая картина.
- Эзофагеальные симптомы ГЭРБ.
- Внепищеводные проявления ГЭРБ. Лабораторно-инструментальная диагностика. Роль гистологии в диагностике ГЭРБ.
- Лечение ГЭРБ. Осложнения ГЭРБ и их лечение. Первичная и вторичная профилактика.

Тема 2. Хронический гастрит. Рак желудка

- Определение хр. гастрита. Распространенность ХГ.
- Этиология (основные и дополнительные факторы, роль *Helicobacter pylori*). Патогенез. Роль НР в развитии гастрита. Патогенез. Классификация (Сиднейская, Хьюстонская) хр. гастрита.
- Типы гастритов и их клинические особенности течения. Лабораторно-инструментальная диагностика гастритов. Значение рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований в диагностике хр. гастрита.
- Осложнения. Прогноз. Лечение различных типов гастрита.
- Рак желудка. Распространенность. Факторы, способствующие развитию рака желудка. Понятие о предраковых заболеваниях желудка. Клиническая картина.
- Зависимость клинических проявлений от локализации опухоли, формы роста, распространенности процесса, осложнений. Преимущественные метастазы рака желудка.
- Классификация рака желудка (по локализации, по характеру роста, по гистологической картине, по стадиям). Значимость клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Лечение. Прогноз.

Тема 3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- Определение. Этиология. Основные и предрасполагающие факторы. Мультифакториальность патогенеза.
- Клиника, зависимость ее от локализации язвы. Диагностика. Особенности течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- Осложнения: перфорация, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или 12-перстной кишки, перигастрит, перидуоденит, малигнизация.
- Лечение язвенной болезни и его осложнений. Течение. Прогноз. Первичная и вторичная профилактика язвенной болезни.

Тема 4. Хронический неязвенный колит. Опухоли кишечника.

- Опухоли кишечника.
- Определение колита. Этиология. Патогенез. Значение дисбактериоза. Клиника. Диагностика. Роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Прогноз.
- Классификация опухолей тонкой кишки. Доброкачественный опухоли тонкой кишки. Факторы способствующие развитию доброкачественных опухолей тонкой кишки. Виды доброкачественных опухолей тонкой кишки. Клиническая картина доброкачественных опухолей тонкой кишки. Лабораторная и инструментальная диагностика доброкачественных опухолей тонкой кишки. Осложнения доброкачественных опухолей тонкой кишки.
- Полипы кишечника.
- Злокачественные опухоли тонкой кишки. Международная классификация рака тонкой кишки по системе TNM. Клиническая картина злокачественных опухолей тонкой кишки. Лабораторная и инструментальная диагностика злокачественных опухолей тонкой кишки.

Тема 5. Хронический энтерит

- Определение. Этиология. Патогенез. Роль дис-бактериоза, энзимопатии, аллергии. Классификация. Морфологическая диагностика хронического энтерита. Клиника.
- Основные клиничко-лабораторные синдромы (синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии, дискинетический синдром). Характеристика боли при хр. энтерите. Характер стула при хр. энтерите. Кишечные проявления энтерита. Внекишечные проявления энтерита. Лабораторная диагностика.
- Инструментальная диагностика. Рентгенологическая диагностика хронического энтерита. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Прогноз.

Тема 6 Хронические гепатиты.

- Определение хронического гепатита. Лос-Анджелесская этиологическая классификация заболеваний печени. Этиология. Классификация гепатотропных вирусов. Патогенез. Морфология.
- Клиничко-лабораторные синдромы гепатита (мезенхимально-воспалительный синдром, холестатический синдром, цитолитический, геморрагический, синдром гиперспленизма, диспепсический, астеноневрастенический). Степени активности гепатита по уровню печеночных трансаминаз и индексу гистологической активности. Клиническая картина гепатита. Внешний вид больных гепатитами, малые «печеночные знаки».
- Характеристика вирусных гепатитов. Характеристика холестатического гепатита. Характеристика аутоиммунного гепатита. Характеристика хронического лекарственного гепатита. Лабораторная диагностика гепатитов, в том числе исследование маркеров вирусов гепатита. Инструментальная диагностика гепатитов.
- Осложнения гепатитов. Дифференциальный диагноз с доброкачественной гипербилирубинемией (синдром Жильбера, Дабина-Джонсона, Ротера). Общие принципы лечения гепатитов. Профилактика. Прогноз.

Тема 7. Желчнокаменная болезнь

- Этиология. Патогенез. Значение инфекции, нарушения моторики, холелитиаза. Классификация хронического бескаменного холецистита. Клиническая картина, клинические синдромы. Диагностика. Возможности инструментальной диагностики. Осложнения. Лечение осложнений. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.
- Этиология и патогенез воспалительных и функциональных заболеваний желчевыделительной системы.

Тема 8. Острый и хронический холецистит.

- Этиология. Патогенез.
- Значение инфекции, нарушения моторики, холелитиаза.
- Классификация хронического бескаменного холецистита. Клиническая картина, клинические синдромы. Диагностика.
- Возможности инструментальной диагностики. Осложнения.
- Лечение осложнений. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.

Тема 9 Острый и хронический панкреатит.

- Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Классификация (Марсельско-Римская, В.Т. Ивашкина).
- Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от локализации процесса.
- Дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Роль исследования функции поджелудочной железы и инструментальных методов исследования.
- Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения.
- Осложнения панкреатита. Лечение осложнений. Показания к хирургическому

лечению.

- Прогноз. Профилактика.

Раздел 4. Пульмонология.

Тема 1. Острый и хронический бронхит

- Острый и хронический бронхит. Этиология и патогенез. Значение курения в развитии ХБ.
- Факторы риска. Классификация.
- Диагностические критерии ХБ. Клиническая картина при ХБ. Инструментальная диагностика ХБ.
- Роль спирометрии в диагностике ХБ.
- Бронходилатационный тест в диагностике ХБ.
- Лечение ХЛ. Бронходилататоры и кортикостероиды в лечении ХБ. Осложнения.
- Прогноз. Профилактика.

Тема 2 Бронхоэктатическая болезнь.

- Этиология и патогенез. Факторы, способствующие развитию бронхоэктазов.
- Виды бронхоэктазов. Клиническая симптоматология. Значение рентгенологического и эндоскопического исследования в раннем выявлении бронхоэктазов.
- Диагностические критерии.
- Осложнения, их раннее выявление.
- Лечение. Диета с повышенным содержанием белков и витаминов. Антибактериальная терапия. Средства, улучшающие дренаж бронхов (отхаркивающие средства, муколитики, протеолитические ферменты), постуральный дренаж, эндобронхиальная санация. Физиотерапия, дыхательная гимнастика.
- Показания к хирургическому лечению. Противорецидивное лечение.
- Санаторно-курортное лечение. Профилактика обострения.

Тема 3. Абсцесс и гангрена легкого

- Понятие об абсцессе легкого. Этиология и патогенез.
- Классификация деструктивных пневмонитов.
- Клиника абсцесса легкого. Лабораторная диагностика.
- Понятие о гангрене легких. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Тема 4. Бронхиальная астма.

- Распространенность. Этиология и патогенез.
- Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы.
- Роль нейроэндокринной системы в развитии БА. Механизм приступа. Классификация GINA 2014.
- Клиническая симптоматология атопической, инфекционно-аллергической астмы, аспириновой астмы, астмы физического усилия, профессиональной астмы.
- Диагностические критерии бронхиальной астмы. Роль аллергического обследования.
- Бронходилатационный и бронхопровокационный тесты в диагностике БА.
- Диагностические критерии. Осложнения.

Тема 5. Пневмония

- Определение. Этиология. Патогенез.
- Факторы риска пневмоний. Классификация. Внебольничная и нозокомиальная пневмония: эпидемиология, этиология и патогенез.
- Основные симптомы и синдромы.
- Особенности течения в зависимости от этиологического фактора, тяжести и возрастной категории. Осложнения.
- Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Критерии диагноза. Выбор

места лечения. Антибактериальная терапия.

- Принципы ступенчатой терапии. Критерии оценки эффективности антибактериальной терапии.

- Симптоматические средства. Критерии оценки выздоровления. Исходы.

Профилактика.

Тема 6. Плевриты

- Определение плеврита. Этиология. Патогенез.

- Классификация плеврита. Клиническая картина.

- Клиника сухого плеврита.

- Клиника экссудативного плеврита. Лабораторная диагностика плеврита.

- Диагностическая ценность исследования плеврального выпота. Отличиями экссудата от трансудата.

- Рентгенологическая диагностика плевритов. Диагностическая ценность торакоскопии и биопсии плевры. Диагностическая ценность ультразвукового исследования при плеврите.

- Осложнения плевритов. Принципы лечения плевритов. Этиотропная терапия плевритов.

- Плевральная пункция: показания, диагностическая ценность, осложнения.

Раздел 5. Нефрология.

Тема 1. Острый нефрит

- Острая почечная недостаточность (ОПН). Определение гломерулонефрита. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Патогенез основных синдромов (отечного, гипертонического, мочевого, нефротического).

- Варианты течения гломерулонефрита. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Исходы.

- Этиология острой почечной недостаточности. Механизм развития ОПН. Клиническая картина, стадии в развитии ОПН. Лечение по стадиям.

- Показания к гемодиализу. Исходы. Профилактика.

Тема 2. Хронический нефрит

- Хроническая болезнь почек (ХБП).

- Определение гломерулонефрита. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Патогенез основных синдромов (отечного, гипертонического, мочевого, нефротического). Варианты течения гломерулонефрита.

- Дифференциальная диагностика.

- Осложнения. Лечение. Исходы.

- Этиология хронической болезни почек. Патогенез. Основные клинические синдромы ХБП. Диагностика. Стадии ХБП. Уремия – терминальная стадия ХБП. методы лечения.

- Показания к хроническому гемодиализу. Трансплантация почек.

Тема 3. Хроническая анемия

- Современная классификация анемических состояний.

- Железодефицитные анемии. Определение. Классификация железодефицитной анемии. Пути транспорта железа в организме.

- Причины железодефицитной анемии. Патогенез. Клиническая картина железодефицитной анемии. Клинические синдромы железодефицитной анемии: циркуляторно-гипоксический, сидеропенический, анемический. Лабораторная диагностика ЖДА.

- Диф. диагноз между другими анемиями. Осложнения железодефицитной анемией.

- Принципы лечения. Питание у больных железодефицитной анемией.

- Препараты железа, показания, способы введения, отношение к гемотрансфузиям.

Профилактика.

Раздел 6. Профессиональные болезни

Тема 1. Нормативная база по профессиональным заболеваниям. Введение в профпатологию.

- Определение ПЗ. Показатели, структура профессиональной заболеваемости.
- История организации службы.
- Классификация проф. вредностей и проф. заболеваний. Принципы диагностики, профилактики ПЗ; периодические медицинские осмотры. Нормативные документы.
- Экспертиза трудоспособности.

Тема 2. Пылевые заболевания легких: пневмокониозы. Хронический пылевой бронхит. Профессиональная бронхиальная астма.

- Пневмокониозы. Пылевые бронхиты. Профессиональная бронхиальная астма. Определение. Классификация пневмокониозов.
- Силикоз. Виды профессий, подверженных силикозу. Патогенез. Клиническая рентгенологическая характеристика стадии силикоза. Профилактика, лечение, экспертиза трудоспособности.
- Пылевые бронхиты. Определение. Профессии, в которых встречается пылевой бронхит. Классификация. Клиническая характеристика по степени тяжести. Диагностика, лечение и профилактика.
- Экспертиза трудоспособности
- Профессиональная бронхиальная астма. Особенности диагностики, экспертиза трудоспособности.

Тема 3. Заболевая от физических вредных факторов. Вибрационная болезнь

- Определение, физические параметры вибрации. Профессиональные группы риска, факторы, усиливающие действие вибрации.
- Патогенез. Клинические синдромы.
- Течение ВБ по стадиям. Диагностика, формулировка диагноза. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности
- . Холодовые нейроваскулиты. Этиологические факторы. Профессиональные группы риска.
- Клиническая картина и диагностика в зависимости от стадии заболевания. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.

Тема 4. Хроническая интоксикация свинцом. Хроническая интоксикация марганцем.

- Хроническая профессиональная интоксикация свинцом. Применение свинца и его соединений в народном хозяйстве. Вопросы патогенеза хронической свинцовой интоксикации.
- Клиническая картина свинцовой интоксикации: поражение нервной системы, системы крови, желудочно-кишечного тракта, поражение других органов и систем.
- Классификация свинцовой интоксикации. Диагностика свинцовой интоксикации.
- Лечение и профилактика свинцовой интоксикации. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и трудовой реабилитации.
- Хроническая интоксикация марганцем. Промышленное значение марганца и его соединений. Патогенез хронической марганцевой интоксикации.
- Клиническая картина и диагностика марганцевой интоксикации. Принципы лечения и профилактики хронической марганцевой интоксикации.
- Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и трудовой реабилитации.

Тема 5. Интоксикация ароматическими углеводородами

- Интоксикация ароматическими углеводородами. Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами - ксилолом, толуолом).
- Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Механизмы действия.
- Острое отравление парами бензола. Виды использования бензола и других органических растворителей.

- Хроническая интоксикация бензолом (ХИБ): поражение нервной системы, системы крови, токсический бензольный гепатит. Клиника и принципы лечения ХИБ.
 - Экспертиза трудоспособности. Вопросы профилактики бензольной интоксикации.
- Тема 6. Хроническая ртутная интоксикация. Отравление ядохимикатами**
- Хроническая ртутная интоксикация (ХРИ). Патогенез. Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Клиника ХРИ по стадиям: начальная, ртутного эретизма, ртутной энцефалопатии.
 - Диагностика, МСЭ и лечение хронической ртутной интоксикации. Отравление ядохимикатами.
 - Классификация пестицидов (ПЦ) в зависимости от производственного назначения. Основные действия ПЦ.
 - Фосфорорганические соединения (ФОС). Классификация ФОС по Л.И. Медведю. Патогенез интоксикации ФОС. Клиника, неотложная помощь и лечение острой интоксикации ФОС. Клиника хронической интоксикации ФОС.
 - Вопросы специфической терапии отравлений ФОС (антидотная терапия).
 - Интоксикация ртутьорганическими пестицидами (РОС) (соединениями). Патогенез интоксикации РОС.
 - Острая интоксикация РОС. Хроническая интоксикация РОС. Лечение интоксикации РОС.
 - Хлорорганические пестициды (ХОС). Классификация, механизм действия ХОС. Клиника хронической интоксикации ХОС. Первая помощь и лечение при острой и хронической интоксикациях ХОС.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется ординатор, который: В полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется ординатор, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется ординатору, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по кардиологии (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется ординатору, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4-х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

**Комплект заданий для контрольной работы по рецептуре
по дисциплине «Кардиология».**

**Список лекарственных препаратов для контрольной работы ординаторов
специальности «Лечебное дело»**

Ингибиторы АПФ:

- Каптоприл
- Эналаприл
- Рамиприл

Антагонисты рецепторов

АП:

- Лозартан
- Вальсартан

Антагонисты кальция:

- Нифедипин
- Верапамил
- Дилтиазем
- Амлодипин (норваск)

Бета-адреноблокаторы:

- Пропранолол
- Атенолол
- Метопролол
- Бисопролол
- Карведилол
- Небиволол

Мочегонные:

- Гидрохлортиазид
- Хлорталидон
- Арифон
- Фуросемид
- Верошпирон

Нитраты и

нитратоподобные:

- Нитроглицерин
- Изосорбида динитрат
- Изосорбида мононитрат
- Нитропруссид натрия
- Молсидамин

**Антиаритмические
средства:**

- Лидокаин
- Новокаинамид
- Соталол
- Кордарон

Транквилизаторы:

- Дроперидол
- Реланиум
- Тазепам

**Средства, улучшающие
метаболические процессы
в миокарде:**

- Предуктал
(триметазидин)
- Милдронат
- Рибоксин

**Препараты магния,
калия:**

- Панангин
- Магнерот

**Тромболитики,
антикоагулянты,
дезагреганты:**

- Стрептокиназа
- Альтеплаза
- Гепарин
- Фраксипарин
- Аспирин
- Клопидогрель (плавикс)
- Трентал
(пентоксифиллин)

**Гиполипидемические
средства:**

- Холестирамин
- Эндурацин
- Аторвастатин
(липримар)

Сердечные гликозиды:

- Строфантин
- Коргликон
- Дигоксин

**Средства, улучшающие
метаболизм и кровоток в
головном мозге:**

- Актовегин
- Пирацетам
- Кавинтон
- Церебролизин

**Вазопрессоры и
негликозидные
кардиотоники:**

- Адреналин
- Мезатон
- Норадреналин

• Дофамин
• Добутамин
**Антибактериальные
средства:**

- Пенициллин
- Амоксиклав
- Аугментин
- Ампициллин
- Сумамед
- Ципрофлоксацин
- Цефотаксим
- Цефтриаксон
- Кефзол
- Гентамицин
- Ванкомицин
- Имипенем
- Метронидазол
- Сульфален
- Бисептол

Противогрибковые:

- Низорал
- Дифлюкан
- Ламизил

Муколитики:

- Бромгексин
- Амброксол
- Ацетилцистеин

Бронхолитики:

- Бета-2-агонисты –
фенотерол,
сальбутамол,
сальметерол
М-холинолитики- атровент
• ипратропиум бромид
Комбинированный
препарат-
• Беродуал
(фенотерол+атровент)
Метилксантины- теофиллин
• Эуфиллин
• Теопек
• Вентакс
**Ненаркотические
анальгетики:**
• Анальгин

- Трамал
- Наркотические анальгетики:**
- Морфин
 - Промедол
 - Фентанил+дроперидол (таламонал)
- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС):**

- Диклофенак
 - Индометацин
 - Нимулид
 - Мовалис
 - Ибупрофен
- Хондропротекторы:**
- Структум
 - ДОНА
 - Алфлутоп

- Кондра-нова
- Антигистаминные:**
- Димедрол
 - Супрастин
 - Тавегил
 - Зиртек
 - Телфаст
 - Кларидол

Критерии оценки:

Оценка «**ОТЛИЧНО**» выставляется ординатору, который:

Выписал рецепты всех препаратов, соответствующих заданию, правильно указав дозы препаратов, форму выпуска и способ применения, соответственно заданию.

Оценка «**ХОРОШО**» выставляется ординатору, который:

Выписал рецепты всех препаратов, соответствующих заданию, правильно, но допустил одну неточность в указании дозы препаратов, формы выпуска или способа применения, соответственно заданию.

Оценка «**УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО**» выставляется ординатору, который:

Выписал рецепты всех препаратов, соответствующих заданию, правильно указав дозу препаратов, но допустил две неточности в указании доз препаратов, формы выпуска или способа применения, соответственно заданию.

Оценка «**НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО**» выставляется ординатору, который:

Выписал рецепт одного из двух препаратов, соответствующих заданию. Или допустил ошибки в указании доз всех препаратов, формы выпуска или способа применения, соответственно заданию.

Вопросы для тестирования
по дисциплине «Кардиология»

Раздел 1. Кардиология

#КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ?

+ систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.

- систолическое давление ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое ниже 90 мм рт. ст.

- систолическое давление ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

#ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- избыточная масса тела

- потребление алкогольных напитков

- избыточное потребление белка

+ уровень ежегодного потребления поваренной соли.

#ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

- остроконечный зубец Р в отведениях II, III

+ гипертрофия левого желудочка

- блокада правой ножки пучка Гиса

- уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.

#КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

+ снижение удельного веса

- лейкоцитурия

- микрогематурия

- повышение удельного веса.

#КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

- сужение вен

- извитость сосудов

- расширение артерий сетчатки

- кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии

+ правильные ответы 2 и 4.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ КЛАССОВ ЛИПОПРОТЕИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ АТЕРОГЕННЫМИ?

- ЛПВП;

+ ЛПОНП;

- ХМ.

#ПРИ КАКОМ ТИПЕ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП?

- I;

- IIa;

+ IIb;

- III;

- IV.

#КАКОЙ ТИП ГИПЕРПРОТЕИДЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФЕРМЕНТА ЛИПОПРОТЕИДЛИПАЗЫ:

+ I;

- IIa;

- IIb;

- III;

- IV.

#ПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ?

- мяса;

+ кондитерских изделий;

- икры лосося;

- куриных яиц.

#К КАКОЙ ФОРМЕ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЛЮДЕЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ РАБОТЕ ИЛИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СИДЯЧЕМ ПОЛОЖЕНИИ?

+ напряжения;

- покоя;

- вариантной;

- напряжения и покоя.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ ГИПОКСИИ МИОКАРДА ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ ИБС?

- артериальная гипоксемия;

+ недостаточное поступление кислорода;

- снижение утилизации кислорода.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?

- патологический зубец Q;

+ депрессии сегмента ST;

- появление отрицательного зубца T;

- переходящая блокада ножек пучка Гиса.

#КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ?

- заболевания пищевода;

+ диафрагмальная грыжа;

- язвенная болезнь желудка;

- хронический колит;

- острый панкреатит.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЛЕВОСТОРОННЮЮ МЕЖРЕБЕРНУЮ НЕВРАЛГИЮ?

+ резкая боль при надавливании в межреберных промежутках;

- ослабление болей на вдохе;

- положительный эффект после приема нитроглицерина.

#КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ?

- увеличение диастолического объема желудочков сердца;

+ улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда;

- увеличение внешней работы сердца.

#ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ГИПОКСИЯ МИОКАРДА ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ?

- гипонатриемия;

+ гипокалиемия;

- гипокальциемия.

#ДЛЯ АНГИОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНО:

+ подъем ST в период болей;

- появление отрицательного зубца T в период боли.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДАЮТ ОСНОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- длительность боли более 15 мин;

- появление страха смерти;

- падение АД;

- боль сильнее таковой во время предыдущих приступов;

+ все перечисленное.

#КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

- уменьшение венозного возврата;

- увеличение сердечного выброса;

+ снижение воздействия эндогенных катехоламинов.

#НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- + нитраты;
- антагонисты кальция;
- антикоагулянты;
- антиоксиданты.

#ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕЗАГРЕГАНТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- гипокоагуляция;
- + повышение агрегации тромбоцитов;
- снижение агрегации тромбоцитов.

#НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

- одышка;
- усталость;
- + подъем сегмента ST на 2 мм.

#ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОКАРДИИ:

- 1-ПФК;
- прогрессирующая стенокардия;
- + отсутствие эффекта от антиангинальной терапии.

#ПРИЗНАКАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- + изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- нарушение ритма и проводимости;
- снижение АД без гипотензивной терапии;
- появление патологического зубца Q на ЭКГ.

#ПРИЗНАКАМИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ВЫСОКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ЯВЛЯЮТСЯ:

- изменение фракции выброса;
- ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- + снижение уровня пороговой нагрузки на

- тредмиле менее 50 Вт;
- снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт.

#ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ СТЕНОКАРДИИ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- удлинение интервала QT;
- удлинение интервала PQ;
- зубец Q с амплитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с;
- + изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T;
- застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии.

#НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ:

- + развития инфаркта миокарда;
- тромбоэмболии мозговых сосудов;
- развития фатальных нарушений ритма сердца;
- развития легочной гипертензии;
- развития венозной недостаточности.

#КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ?

- + катехоламиновый спазм коронарных артерий;
- гиперагрегация тромбоцитов;
- повышение внутрисердечного давления в левом желудочке;
- пароксизмы тахикардии;
- правильно все.

#ПРИЧИНАМИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ТИПА ПРИНЦМЕТАЛА) ЯВЛЯЮТСЯ:

- поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- + спазм крупной коронарной артерии;
- спазм мелких сосудов коронарной артерии;
- тромбоз коронарной артерии.

#ПРОБА С в-АДРЕНОСТИМУЛЯТОРОМ ИЗ АДРИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЦЕЛЯМИ:

- для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости;
- для оценки класса коронарной недостаточности;
- для выявления нарушений реологических свойств крови;
- + для выявления скрытой коронарной недостаточности;
- для диагностики синдрома слабости синусового узла.

#НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ:

- + стенозом основного ствола левой коронарной артерии;
- проксимальным поражением задней коронарной артерии;
- дистальным поражением огибающей артерии;
- проксимальным поражением огибающей артерии;
- при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерий.

#Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 50-59 лет является:

- 170 в мин;
- 175 в мин;
- 180 в мин;
- + 140 в мин;
- менее 120 в мин.

#ПРЕДЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- повышение АД до 160 мм рт.ст.;
- повышение АД до 170 мм рт.ст.;

- повышение АД до 180 мм рт.ст.;
- повышение АД до 200 мм рт.ст.;
- + повышение АД до 220 мм рт.ст.

#СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ:

- тринитраты;
- моонитраты;
- динитраты;
- в-адреноблокаторы;
- + вазодилататоры.

#ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ТРИНИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СНИЖАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАКИХ ПРИЧИН, КАК:

- + снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах;
- интенсификация образования свободных радикалов;
- повышение агрегации тромбоцитов;
- снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора.

#ИЗ в-БЛОКАТОРОВ НАИБОЛЬШЕЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ТАКИЕ ПРЕПАРАТЫ, КАК:

- пиндолол (вискен);
- пропранолол;
- транзикор (окспренолол);
- целипролол;
- + надолол (коргард).

#АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЮТ ТАКИЕ ПРЕПАРАТЫ, КАК:

- дипиридамол;
- + обзидан;
- корватон;
- изосорбид-динитрат.

#АНТИАНГИНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ У

БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ЗА СЧЕТ ТОРМОЖЕНИЯ АГРЕГАЦИИ ИЛИ ДЕЗАГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ВЫЗЫВАЮТ:

- + дипиридамола;
- гепарин;
- фенилин;
- стрептодеказа;
- корватон.

#ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- консервативная терапия коронаролитическими препаратами;
- + транслюминальная ангиопластика коронарных артерий;
- разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном;
- операция аорто-коронарного шунтирования;
- пересадка сердца.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- + патологический зубец Q;
- конкордантный подъем сегмента ST;
- низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях.

#ПОВЫШЕНИЕ КАКИХ СЫВОРОТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВЫЕ 6-12 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- + креатинфосфокиназа;
- лактатдегидрогеназа;
- аминотрансферазы;
- щелочная фосфатаза.

#КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- диффузный гиперкинез;
- диффузный гипокинез;

- + локальный гипокинез;
- локальный гиперкинез.

#КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- + тромболитическая терапия;
- дигитализация;
- терапия антагонистами кальция.

#КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- гипотензия;
- анафилактический шок;
- геморрагический шок;
- гематурия;
- + все перечисленное.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА?

- артериальная гипотензия;
- пульсовое давление более 30мм рт.ст.;
- брадикардия;
- олигурия;
- + правильно 1 и 4.

#КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА?

- мезатон;
- допамин;
- преднизолон;
- бикарбонат натрия;
- + правильно 2, 3, 4.

#ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
- + отсутствие зубцов P;
- наличие преждевременных комплексов QRS;

- укорочение интервалов PQ;
- наличие дельта-волны.

#КАКИЕ ЭКГ-КРИТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ?

- преждевременный комплекс QRS;
 - экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
 - наличие полной компенсаторной паузы;
 - измененный зубец P перед экстрасистолическим комплексом;
- + правильно 1, 2, 3.

#КАКИЕ ЭКГ-КРИТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ?

- преждевременный комплекс QRS;
 - экстрасистолический комплекс похож на основной;
 - наличие неполной компенсаторной паузы;
 - наличие деформированного зубца P перед экстрасистолическим комплексом;
- + правильно все.

#ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ?

- гипертрофическая кардиомиопатия;
 - митральный стеноз;
 - тиреотоксикоз;
 - миокардит;
- + правильно 2 и 3.

#ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА?

- желудочковая экстрасистолия;
 - фибрилляция желудочков;
 - мерцательная аритмия;
- + атриовентрикулярная блокада.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?

- ритмилен;

- финоптин;
 - гилуритмал;
 - кордарон;
- + все перечисленное.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?

- ритмилен;
 - дигоксин;
 - финоптин;
- + гилуритмал.

#КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- + тромбоэмболический синдром;
- инфаркт миокарда;
- гипертонический криз.

#НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

- мерцательная аритмия;
 - ранняя желудочковая экстрасистолия;
- + групповые желудочковые экстрасистолы;
- политопные желудочковые экстрасистолы;
 - наджелудочковые экстрасистолы.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА?

- желудочковые экстрасистолы;
- + синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;
- атриовентрикулярная блокада.

#ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОНА-ВАЙТА НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ:

- дигоксин;
- анаприлин;
- новокаинамид;

+ кордарон.

#КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ, САМЫМ РАННИМ И САМЫМ ОПАСНЫМ?

- кардиогенный шок;
- отек легких;
- + фибрилляция желудочков;
- разрыв сердца;
- асистолия.

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ВОЗРАСТОМ?

- существенно не изменяется;
- увеличивается;
- + уменьшается.

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- значительно усиливается;
- незначительно усиливается;
- не изменяется;
- + исчезает;
- уменьшается.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА?

- систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе;
- акцент и раздвоение II тона над аортой;
- систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе;
- + дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07-0,12 сек.

#ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- отклонение пищевода по дуге большого

радиуса;

+ отклонение пищевода по дуге малого радиуса;

- увеличение левого желудочка;
- расширение восходящей аорты.

#БОЛЬНЫЕ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА:

- головокружения и обмороки;
- сжимающие боли за грудиной при ходьбе;
- + кровохарканье.

#ПРИЧИНОЙ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА МОЖЕТ БЫТЬ:

- + ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- ревматоидный артрит;
- муковисцидоз.

#ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОКАЗАНО:

- + асимптоматическим больным при трансортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст и площади ортального отверстия менее 0,75 см²;
- больным в возрасте не старше 60 лет.

#ПРИЧИНОЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- аномалия Эбштейна;
- травма;
- + все перечисленное.

#КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- асцит;
- гепатомегалия;
- отеки;
- пансистолический шум над мечевидным отростком;

+ все перечисленное.

#ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- плевральный выпот;
 - высокое стояние диафрагмы;
 - дилатация правых отделов сердца;
- + все перечисленное.

#АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- усиление I тона на верхушке сердца;
 - тон открытия митрального клапана;
 - апикальный систолический шум, связанный с I тоном;
 - мезодиастолический шум;
- + все перечисленное.

#АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- ослабление I и II тонов сердца;
 - четвертый тон;
 - аортальный тон изгнания;
 - систолический и протодиастолический шум;
- + все перечисленное.

#КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ:

- расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках;
- + неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения;
- дисфункции папиллярных мышц;

- разрыва хорды;
- кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- систолический шум у основания сердца;
 - хлопающий I тон;
 - мезодиастолический шум;
- + систолический шум на верхушке.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА СОПУТСТВУЮЩУЮ ЕМУ МИТРАЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

- + высокочастотный систолический шум, непосредственно примыкающий к I тону;
- тон открытия митрального клапана;
- громкий тон.

#КАКОЙ СИМПТОМ ОБЪЕДИНЯЕТ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК АНЕМИЯ, ТИРЕОТОКСИКОЗ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, РАЗРЫВ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ, РЕВМАТИЧЕСКИЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК?

- диастолический шум на верхушке;
 - систоло-диастолический шум;
 - шум Флинта;
- + систолический шум на верхушке;
- шум Грехема-Стилла.

#КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- пульсация печени;
 - астеническая конституция;
- + увеличение сердца влево;
- систолическое дрожание во II межреберье справа;
 - дрожание у левого края грудины.

#КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ?

- диффузный цианоз кожных покровов;
- акроцианоз;
- + бледность кожных покровов;
- симптом «Мюссе»;
- «пляска каротид».

#ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА?

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

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ?

- не изменяется;
- увеличивается;
- + уменьшается.

#КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- сифилис;
- атеросклероз аорты;
- + все перечисленное.

#КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ТИПИЧЕН ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА?

- лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;
- + лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
- лихорадка, анемия, спленомегалия,

желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;

- лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения;

- лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия.

#ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:

- ультразвуковое исследование часто позволяет выявить вегетации;
- вегетации обнаруживаются даже в тех случаях, когда лечение было успешным;
- эхокардиография и доплеровское исследование позволяют выявить изменения гемодинамики;
- + все верно.

#КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПОСЕВА КРОВИ?

- пенициллин;
- + пенициллин+аминогликозиды;
- цефалоспорины;
- цефалоспорины+аминогликозиды;
- хирургическое лечение.

Раздел 2. Ревматология.

#РЕВМАТИЗМ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- стафилококком;
- В-гемолитическим стрептококком группы С;
- пневмококком;
- + В-гемолитическим стрептококком группы А;
- возбудитель неизвестен.

#В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЗМА УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ: а) СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ; б) ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ; в) ТОКСИКО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ; г) ИММУННЫЕ; д) АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;

- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ, ПОЗВОЛЯЕТ: а) УТОЧНИТЬ ХАРАКТЕР ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ; б) ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ РЕВМАТИЗМА; в) ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ; г) ОБНАРУЖИТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ; д) ОПРЕДЕЛИТЬ НАРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЗМ ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:

- 1-2 года;
- + 2-3 недели;
- 4 дня;
- 5 месяцев;
- 6 недель.

#К РАННИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСЯТСЯ: а) МАЛАЯ ХОРЕЯ б) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД АОРТОЙ; в) АРТРИТ; г) КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА; д) УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#К ПОЗДНИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ:

- полиартрит;
- вальвулит;
- + хорея;
- кардит;
- узловатая эритема.

#ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО: а) СТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ; б) НЕСТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ; в) ПОРАЖЕНИЕ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ СУСТАВОВ; г) ЛЕТУЧЕСТЬ БОЛЕЙ; д) ИЗЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВП. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ДЛЯ МАЛОЙ ХОРЕИ ХАРАКТЕРНО: а) РАЗВИТИЕ СИМПТОМОВ ЧЕРЕЗ 7-10 ДНЕЙ ПОСЛЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ; б) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ; в) ГИПОТОНИЯ МЫШЦ; г) СУДОРОЖНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ; д) ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО: а) ЭКСТРАСИСТОЛИЯ;; СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ; в) НАРУШЕНИЕ ПЕРДСЕРДЦ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ; г) ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ Н ВЕРХУШКЕ; д) МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ

КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;
- а, б, в;
- в, г, д.

#РЕВМАТИЧЕСКОМУ ЭНДОКАРДИТУ СООТВЕТСТВУЕТ: а) ВАЛЬВУЛИТ; б) ФОРМИРОВАНИЕ ПОРОКОВ; в) НАРУШЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ; г) ДЕФОРМАЦИЯ В СУСТАВАХ; д) ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т НА ЭКГ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#РЕВМАТИЧЕСКОМУ МИОКАРДИТУ СООТВЕТСТВУЕТ: а) НАРУШЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ; б) РАСШИРЕНИЕ ПОЛОСТЕЙ СЕРДЦА; в) ДОБАВОЧНЫЙ ТРЕТИЙ ТОН; г) ФОРМИРОВАНИЕ ПОРОКОВ; д) ВАЛЬВУЛИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ: а) СЕРОМУКОИД; б) ФИБРИНОГЕН в) СРВ; г) ЦЕРУЛОПЛАЗМИН; д) ДФА-ПРОБЫ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;

- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#ПОРАЖЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ: а) РФ; б) ДФА-ПРОБЫ; в) ЦЕРУЛОПЛАЗМИН; г) УСКОРЕНИЕ СОЭ; д) ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ СДВИГ ВЛЕВО. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ РЕВМАТИЗМА? а) КОРТИКОСТЕРОИДЫ; б) ЦИТОСТАТИКИ; в) НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА; г) АМИНОХИНОЛОНОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ; д) АНТИБИОТИКИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#К КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ ОТНОСИТСЯ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ?

- + воспалительным;
- дегенеративным;
- метаболическим;
- реактивным;
- сочетающимся со спондилоартритом.

#КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ?

- дистальные межфаланговые суставы;
- + проксимальные межфаланговые суставы;
- первый пястно-фаланговый сустав;
- суставы шейного отдела позвоночника;
- суставы поясничного отдела позвоночника.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА? а) ЛАТЕРАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ; б) БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ; в) УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ; г) ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ; д) ОТЕК ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ: а) УСКОРЕНИЕ СОЭ; б) УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ БОЛЬШЕ 1 ЧАСА; в) ПОВЫШЕНИЕ АЛТ; г) УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА; д) ВЫСОКИЙ ТИТР АСЛ-0. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ: а) ПОКРАСНЕНИЕ В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ; б) УЗЕЛКИ БУШАРА; в) ПАЛЬЦЫ В ВИДЕ «ШЕИ ЛЕБЕДЯ»; г) УЛЬНАРНАЯ ДЕВИАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ; д) ХРУСТ В СУСТАВАХ.

ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО: а) УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТИ б) СИММЕТРИЧНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ; в) ПОРАЖЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ; г) ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ; д) БОЛИ В СУСТАВАХ В ПЕРВУЮ ПОЛОВИНУ НОЧИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ОТМЕТИТЬ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: а) КРОВОХАРКАНИЕ; б) ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ (БОЛЕЕ 20 МГ%); в) ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ; г) ВЫПОТНОЙ ПЛЕВРИТ; д) ОЧАГОВЫЕ ТЕНИ В ЛЕГКИХ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а) НАЛИЧИЕ СРБ; б) УСКОРЕНИЕ СОЭ; в) ПОВЫШЕНИЕ ЛДГ г) ЛЕЙКОЦИТОЗ; д)

ТИТР АСЛ-0. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА АНАЛИЗ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ?

- синдром Хаммена-Рича;
- перикардит;
- + амилоидоз;
- дигитальный ангиит.

#КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА. ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ? а) ОТНОСИТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; б) ВЫСОКИЕ ТИТРЫ АССОЦИИРУЮТСЯ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; в) ИМЕЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО ВАСКУЛИТА; г) МОЖЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ДО РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; д) ОТСУТСТВИЕ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ДИАГНОЗ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а) ОСТЕОПОРОЗ; б) ЭРОЗИИ; в) ОСТЕОФИТОЗ; г) МЕЖПОЗВОНОЧНЫЕ ОССИФИКАТЫ; д) ОДНОСТОРОННИЙ САКРОИЛЕИТ.

ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#СРЕДСТВАМИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) ТАУРЕДОН (КРИЗАНОЛ); б) МЕТОТРЕКСАТ; в) АСПИРИН; г) ПРЕДНИЗОЛОН; д) ИБУПРОФЕН. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#КАКОЕ СИСТЕМНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГКС-ТЕРАПИИ?

- интерстициальный нефрит;
- плеврит;
- + амилоидоз;
- интерстициальный фиброз легких;
- васкулит.

#КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА: а) СИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ; б) АСИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ; в) ЭНТЕЗОПАТИИ; г) ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛЕИТ д) СИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;
- в, г;

- а, б, в;
- в, г, д.

#ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА а) ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫЕ; б) ГОЛЕНОСТОПНЫЙ; в) ПЛЮСНЕ-ФАЛАНГОВЫЕ; г) ЛОКТЕВЫЕ; д) ТАЗОБЕДРЕННЫЕ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;

Раздел 3 Гастроэнтерология.

#НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ:

- + дисфагия;
- боль при глотании;
- икота;
- изжога;
- слюнотечение.

#К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС, НЕ ОТНОСИТСЯ:

- атропин;
- метацин;
- нитроглицерин;
- + координакс;
- папаверин.

#ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ПРОТИВОПОКАЗАН:

- нитроглицерин;
- + мотилиум;
- нош-па;
- седативные средства;
- коринфар.

#РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В

ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- ахалазии пищевода;
- + склеродермии;
- диффузного спазма пищевода;
- эзофагита;
- пищевода Баррета.

#НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- эзофагита;
- склеродермии;
- ахалазии пищевода;
- скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы;
- + пищевода Баррета.

#ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ ПРИМЕНЯЮТ: а) НИТРОГЛИЦЕРИН; б) МОТИЛИУМ; в) НО-ШПУ; г) ДЕНОЛ; д) МААЛОКС; е) РАНИТИДИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ:

- а, б, в;
- б, в, г;
- в, г, д;
- а, д, е;
- + б, д, е.

#К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- анализ желудочного сока;
- рентгенография желудка;
- гастроскопия;
- морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
- + дуоденальное зондирование.

#НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ -

УКАЗЫВАЕТ НА:

- + синдром Золлингера-Эллисона;
- язвенную болезнь с локализацией в желудке;
- язвенный колит;
- язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;
- хронический панкреатит.

#О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА:

- лимфоцитами;
- плазматическими клетками;
- + лейкоцитами;
- эозинофилами;
- макрофагами.

#ДЛЯ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО:

- субфебрильная температура;
- умеренный лейкоцитоз;
- + диспепсический синдром;
- диарея;
- спастический стул.

#НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- острого гастрита;
- аутоиммунного гастрита;
- гранулематозного гастрита;
- болезни Менетрие;
- + хеликобактерной инфекции.

#ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ОТДЕЛЯЮЩЕГОСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ:

- 0,5-1,0 л;
- 1,0-1,5 л;
- + 1,5-2,0 л;
- 2,0-2,5 л;
- 2,5-3,0 л.

#КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖКТ?

- индометацин;
- вольтарен;
- реопирин;
- + мелоксикам;
- диклофенак.

#КАКОЙ ТЕСТ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА?

- базальная кислотопродукция;
- максимальная кислотопродукция;
- + уровень гастрина в крови;
- данные ЭГДС;
- биопсия слизистой оболочки желудка.

#ЧТО МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ПЕНЕТРАЦИЮ ЯЗВЫ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ? ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

- усиление болевого синдрома;
- изменение характерного ритма возникновения болей;
- уменьшение ответной реакции на антациды;
- + мелена;
- появление ночных болей.

#ДЛЯ БОЛЕЗНИ УИППЛА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- диарея;
- лихорадка;
- полифекалия;
- полисерозиты;
- + нефропатия.

#ДЛЯ ЦЕЛИАКИИ СПРУ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- метеоризма;
- + лихорадки;
- поносов;

- полифекалии;
- истощения.

#УСИЛИВАЮТ ДИАРЕЮ ПРИ ЦЕЛИАКИИ СПРУ:

- мясо
- сырые овощи и фрукты;
- + белые сухари;
- рис;
- кукуруза.

#УПОТРЕБЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗЛАКОВ ИЛИ ПРОДУКТОВ ИЗ НЕГО НЕ ВЫЗЫВАЕТ УХУДШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ СПРУ?

- пшеница;
- рожь;
- + кукуруза;
- овес;
- ячмень.

#ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТРА?

- склеродермия;
- + ахалазия;
- хронический рефлюкс-эзофагит;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- пищевод Баррета.

#ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ:

- + антральным отделом желудка;
- фундальным отделом желудка;
- слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;
- поджелудочной железой;
- слизистой оболочкой тощей кишки.

#ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ:

- + гастрин;
- секретин;
- холецистокинин;

- соматостатин;
- серотонин.

#ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гиперсекреция соляной кислоты;
- дуоденит;
- + заболевания желчного пузыря;
- хеликобактериоз;
- курение.

#ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:

- копрологическое исследование;
- ректороманоскопия;
- + биохимическое исследование крови;
- рентгенологические данные;
- исследование желудочной секреции.

#СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ, КОТОРАЯ РАНЬШЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- лимфатические сосуды;
- кровеносные сосуды;
- аргентофильные клетки;
- бруннеровы железы;
- + эпителиоциты.

#С КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕТРОПИЧЕСКУЮ СПРУ?

- регионарный илеит;
- хронический панкреатит;
- + лимфосаркома;
- амилоидоз;
- экссудативная гипопропротеинемическая энтеропатия.

#ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- рентгенологическое исследование;
- гематологическая картина;
- абсорбционный тест;
- + гистологические изменения в кишке;
- копрологическое исследование.

#КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ МЕТОДОВ ПОМОГАЕТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ И НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ?

- рентгенологическое исследование;
- абсорбционные тесты;
- биопсия тонкого кишечника;
- + ответная реакция на аглютеновую диету;
- копрологическое исследование.

#ТЕСТ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К Д-КСИЛОЗЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- функции поджелудочной железы;
- функции печени;
- + всасывающей функции тонкой кишки;
- функции почек;
- желудочной секреции.

#ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- + недостаточность поджелудочной железы;
- образование конкрементов в желчном пузыре;
- потеря желчных кислот со стулом;
- диарея;
- повреждение слизистой оболочки толстой кишки.

#В ЖКТ ЖЕЛЧЬ ПОДВЕРГАЕТСЯ РЕАБСОРБЦИИ. ГДЕ ЭТО ПРОИСХОДИТ?

- в двенадцатиперстной кишке;
- в проксимальном отделе тощей кишки;
- в тощей кишке (в терминальном отделе);
- + в подвздошной кишке (в дистальном отделе);

- в толстой кишке.

#ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР:

- + ольховых шишек;
- ромашки;
- мяты;
- цветов бессмертника;
- толокнянки.

#ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ:

- желудок;
- двенадцатиперстная кишка;
- проксимальный отдел тощей кишки;
- подвздошная кишка, проксимальный отдел;
- # подвздошная кишка, дистальный отдел.

#ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:

- + синдроме раздраженной кишки;
- ахлоргидрии;
- истерии;
- гранулематозном колите;
- глютенной энтеропатии.

#КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- + хронического панкреатита;
- болезни Крона;
- ишемического колита;
- синдрома раздраженной кишки;
- дискинезии желчного пузыря.

#В ЖКТ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕАБСОРБЦИИ. ГДЕ ЭТО ПРОИСХОДИТ?

- в двенадцатиперстной кишке;
- в тощей кишке;
- в проксимальном отделе подвздошной кишки;
- + в дистальном отделе подвздошной кишки;
- в толстой кишке.

#ГАСТРИН КРОВИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ:

- пищи;
- + соляной кислоты;
- антигистаминных препаратов;
- антихолинергических средств;
- желчегонных препаратов.

#ЛУЧШИЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ АХАЛАЗИИ:

- биопсия пищевода;
- эзофагоскопия;
- + рентгеноскопия;
- атропиновый тест;
- цитологические исследования.

#ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ИЗЖОГОЙ, НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

- язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;
- высокую язву малой кривизны желудка;
- скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
- гастрит;
- + дискинезию желчного пузыря.

#ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- лихорадка;
- рвота;
- изжога;
- + ригидность передней брюшной стенки;
- гиперперистальтика.

#У ВЗРОСЛЫХ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- рак желудка;
- + язвенная болезнь;
- гипертрофия мышц привратника;
- пролапс слизистой оболочки через пилорический канал;

- доброкачественный полип желудка.

#ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ:

- + к снижению агрессивности желудочного содержимого;
- к повышению агрессивности желудочного содержимого;
- агрессивность не изменится;
- к понижению слизисто-бикарбонатного барьера;
- к диарее.

#ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ:

- + фамотидин;
- солкосерил;
- сайтотек;
- венгер;
- нош-па.

#МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- кислотно-пептического фактора;
- спазмов в пилородуоденальной зоне;
- повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- глубины язвы;
- + наличия хеликобактерной инфекции.

#ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- рвота желчью;
- урчание в животе;
- + рвота съеденной накануне пищей;
- вздутие живота;
- диарея.

#ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды;
- диспепсические расстройства;
- + астено-вегетативные нарушения;
- иррадиация боли в правое и/или левое подреберье;
- сезонные обострения.

#ЗАНТАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ:

- адrenoблокаторы;
- М-холиноблокаторы;
- симпатомиметики;
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов;
- + блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов.

Раздел 4. Пульмонология.

#Из перечисленных клинических признаков характерны для больных с синдромом бронхиальной обструкции? а) нарушение вдоха; б) нарушение выдоха; в) одышка; г) акроцианоз; д) диффузный цианоз. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) б, в, г
- 2) б, в, г, д
- 3) а, б
- 4) б, в, д
- 5) б, д

#Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- 1) экспираторная
- 2) инспираторная
- 3) смешанная

#Какие из перечисленных препаратов относятся к антихолинергическим средствам? а) эуфиллин; б) платифиллин; в) адреналин; г) атропин; д) ипратропиум бромид. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г, д
- 2) б, г, д
- 3) а, б
- 4) а, б, г
- 5) г, д

#Назовите β₂-агонисты, которые обладают пролонгированным действием?

- 1) сальбутамол
- 2) беротек
- 3) сальметерол

#Беродуал – это:

- 1) адреномиметик
- 2) холинолитик
- 3) комбинация адреномиметика и холинолитика

#В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться α₁-антитрипсин?

- 1) сердечная астма
- 2) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза
- 3) эмфизема легких
- 4) лимфогранулематоз
- 5) эхинококкоз легких

#Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это:

- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
- 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

#Какое изменение индекса Тиффно характерно для обструктивных заболеваний легких?

- 1) снижение
- 2) увеличение

#Какое изменение индекса Тиффно характерно для рестриктивных заболеваний легких?

- 1) снижение
- 2) увеличение

#Какой механизм действия ингаляционных глюкокортикостероидов?

- 1) дилатация бронхов
- 2) противовоспалительное действие на слизистую оболочку бронхов
- 3) адреномиметическое действие

4) антихолинергическое действие

#Какие побочные явления развиваются при использовании ингаляционными глюкокортикоидами в обычных дозах?

а) кандидоз ротоглотки; б) язвы желудочно-кишечного тракта; в) дисфония; г) стероидный диабет; д) частые инфекции носоглотки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в
- 2) а, б, г, д
- 3) все ответы правильные
- 4) а, д
- 5) а, б, д

#Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы?

- 1) влажные хрипы
- 2) сухие хрипы на вдохе
- 3) сухие хрипы на выдохе

#Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

- 1) острые заболевания дыхательной системы
- 2) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 3) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 4) возрастная инволюция эластической ткани легких
- 5) дефицит α_1 -антитрипсина

#Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:

- 1) дефицит α_1 -антитрипсина
- 2) острые болезни аппарата дыхания
- 3) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 4) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 5) дегенерация эластической ткани легкого

#Какие заболевания могут приводить к формированию легочного сердца?

- 1) хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма
- 2) силикоз, фиброзирующий альвеолит

3) ожирение, первичная эмфизема легких

4) правильно 1 и 3

5) все ответы правильные

#У больного с хроническим легочным сердцем могут наблюдаться все признаки, кроме:

- 1) одышка
- 2) тахипноэ
- 3) цианоз
- 4) ритм перепела
- 5) акцент 2 тона над легочной артерией

#Эхокардиографически при легочном сердце обнаруживают:

- 1) гипертрофию и дилатацию правых отделов сердца
- 2) гипертрофию и дилатацию левых отделов сердца
- 3) дилатацию всех камер сердца
- 4) гипертрофию левого желудочка
- 5) дилатацию левого желудочка

#Женщину 35 лет, принимающую оральные контрацептивы более года, в течение 3-х дней беспокоит одышка, субфебрильная температура тела, мокрота при кашле с прожилками крови, боль в левой половине грудной клетки. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) острый коронарный синдром
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) тромбоэмболия легочной артерии
- 4) пневмония
- 5) бронхоэктатическая болезнь

#При каких состояниях может появиться плевральный выпот? а) деструктивный панкреатит; б) цирроз печени с портальной гипертензией; в) поддиафрагмальный абсцесс; г) дивертикулез тонкого кишечника; д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию:

- 1) а, б, в, д
- 2) в, д
- 3) а, в, д
- 4) все ответы правильные
- 5) г, д

#При каких заболеваниях чаще всего

обнаруживают геморрагический плеврит?
а) туберкулез; б) опухоль; в) травма
грудной клетки; г) тромбоэмболия
легочной артерии. Выберите правильную
комбинацию:

- 1) а, б, в, г
- 2) а, б
- 3) а, б, г
- 4) а, г
- 5) б, в, г

#Для какого заболевания наиболее
характерны лимфоцитарный состав и
незначительное количество
мезотелиальных клеток в экссудате?

- 1) туберкулез
- 2) опухоль
- 3) ревматоидный артрит
- 4) лимфолейкоз
- 5) пневмония

#К критериям экссудата относятся:

- 1) удельный вес более 1015
- 2) удельный вес менее 1015
- 3) положительная проба Ривальта
- 4) правильно 1 и 3
- 5) правильно 2 и 3

Раздел 5. Нефрология.

**ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**

- гиперальбуминемия;
- дислипидемия;
- + гиперкреатининемия;
- уробилинурия;
- гипербилирубинемия.

**#ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА: а) ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА; б) БОЛИ В ОБЛАСТИ
СЕРДЦА; в) ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА; г) ТАХИКАРДИЯ;
д) НАКОПЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ
ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- все ответы правильные;

- в, д;
- б, в, г, д;
- а, в, д;
- + в, г.

**#ПРИЧИНЫ АНЕМИИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГЕМОЛИЗ; б)
ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ; в)
ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА; г) НЕДОСТАТОК
ЭРИТРОПОЭТИНА. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:**

- а, г;
- + а, б, в, г;
- а, б, г;
- а, в, г;
- б, в, г.

**#ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ РАЗВИТИЕ
ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ? а)
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ; б)
ТРОМБОЦИТОПАТИЯ; в) СНИЖЕНИЕ
ПРОТРОМБИНА; г) СНИЖЕНИЕ 4
ФАКТОРА, ТРОМБОЦИТОВ; д)
ГИПЕРКАЛИЕМИЯ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:**

- в, д;
- в, г, д;
- а, в, д;
- а, в, г, д;
- + а, б, г.

**#ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО АППАРАТА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГИПЕРОСТОЗ;
б) ОСТЕОМАЛЯЦИЯ; в) ОСТЕОПОРОЗ;
г) ОСТЕОСКЛЕРОЗ; д)
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- б, в, д;
- в, д;
- а, д;

- + б, в, д;
- а, г.

#УРОВЕНЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 40 мл/мин;
- 30 мл/мин;
- 20 мл/мин;
- 15 мл/мин;
- + 5 мл/мин.

#ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- от повышения прямого билирубина;
- от повышения непрямого билирубина;
- + от нарушения выделения урохромов;
- от нарушения конъюгированного билирубина;
- от нарушения секреции билирубина.

#ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА; б) АНТИБИОТИКИ; в) СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ; г) КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЕ МОЧЕГОННЫЕ; д) АНАБОЛИЧЕСКИЕ ГОРМОНЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- все ответы правильные;
- в, д;
- а, в, д;
- б, в, д;
- + а, б, в, д.

#КАКИЕ АНТИБИОТИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? а) ТЕТРАЦИКЛИН; б) ПЕНИЦИЛЛИН; в) ОКСАЦИЛЛИН; г) ГЕНТАМИЦИН; д)

СТРЕПТОМИЦИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- г, д;
- а, б;
- + б, в;
- в, г, д;
- а, г.

#КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ? а) ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СРЕДСТВА; б) НИТРОФУРАНЫ; в) ГЕНТАМИЦИН; г) ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ; д) ЦЕФАЛОСПОРИНЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б, в;
- г, д;
- а, в;
- б, д;
- а, б, д.

#КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ КАЛОРИЙНОСТЬ СУТОЧНОГО РАЦИОНА, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ РАСПАД СОБСТВЕННОГО БЕЛКА?

- 1200-1800 ккал;
- 1800-2200 ккал;
- 2200-2500 ккал;
- + 2500-3000 ккал;
- 3000-3500 ккал.

#КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ? а) ПЕРИКАРДИТ; б) НЕВРИТЫ; в) АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ; г) ОСТЕОДИСТРОФИИ; д) ИНФЕКЦИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- г, д;

+ а, б, г, д;

- а, г, д;

- а, в, д;

- б, г.

#КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

- пенициллины;

- цефалоспорины;

+ аминогликозиды;

- макролиды;

- тетрациклин.

#ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ: а) ПОТЕРЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО Са; б) ПРЕПЯТСТВИЕ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНОВ; в) МАССИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; г) НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ; д) СНИЖЕНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;

- а, б, д;

- а, б, в, д;

- г, д;

+ б, д.

#ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: а) ОТЕК ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ; б) ОБТУРАЦИЯ КАНАЛЬЦЕВ БЕЛКОВЫМИ МАССАМИ; в) МАССИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; г) НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ; д) ПОВЫШЕНИЕ ВЯЗКОСТИ КРОВИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

+ а, б;

- все ответы правильные;

- г, д;

- б, г;

- б, г, д.

#ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: а) ПРОРАСТАНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВ ОПУХОЛЕВЫМИ МАССАМИ; б) ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ; в) БЛОКАДА КАНАЛЬЦЕВ БЕЛКОВЫМИ ЦИЛИНДРАМИ; г) БЛОКАДА КАНАЛЬЦЕВ УРАТАМИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;

- а, б, в;

- а, б, в, г;

- б, в, г;

+ б, в.

#ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН: а) ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ; б) БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ; в) ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА; г) ПОЧКА УМЕНЬШЕНА В РАЗМЕРАХ; д) ПОЧКА УВЕЛИЧЕНА В РАЗМЕРАХ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б, д;

- а, б, г;

- а, б;

- б, в;

+ а, б, в, д.

#ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОПН: а) АНОРЕКСИЯ; б) ВЗДУТИЕ КИШЕЧНИКА; в) ГИПЕРКАЛИЕМИЯ; г) ГИПОКАЛИЕМИЯ; д) АЗОТЕМИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- в, д

- а, в, д;

- б, в, д;

- г, д;

+ а, б, в, д.

#ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ЯВЛЕНИЯ ГИПЕРГИДРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- повышение ионов натрия в плазме крови;
- + снижение ионов натрия в плазме крови;
- повышение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов кальция в плазме крови.

#УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДЯТ ГЕМОДИАЛИЗ:

- 10 ммоль/л;
- 15 ммоль/л;
- 18 ммоль/л;
- 21 ммоль/л;
- + 24 ммоль/л.

Раздел 6. Профессиональные болезни.

УКАЖИТЕ ПАТОГЕНЕЗ АНЕМИИ ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

- недостаток железа в организме;
- угнетение функции кроветворения;
- кровопотери;
- + нарушение синтеза порфиринов;
- дефицит витамина В1 ;

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ? а) ГИПОХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ; б) ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ; в) ТРОМБОЦИТОПЕНИ Г) РЕТИКУЛОЦИТОЗ; д) УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА БАЗОФИЛЬНО-ЗЕРНИСТЫХ ЭРИТРОЦИТОВ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, г;
- + а, б, г, д;
- б, г, д;
- а, б, д.

#КАКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ? а) АСТЕНИЧЕСКИЙ; б) ПОЛИНЕВРИТ; в) ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЙ; г) ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ; д) ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, д;
- + а, б, д;
- б, г, д;
- в, д;
- а, б, г.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ? а) ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ; б) СУХОСТЬ ВО РТУ; в) СЛАБОСТЬ; г) СОНЛИВОСТЬ; д) РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, г;
- б, г;
- б, в, д;
- + а, в, г;
- б, д.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА? а) НАРУШЕНИЕ ПОХОДКИ; б) ПОВЫШЕНИЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ТОНУСА МЫШЦ; в) ЭКСТРАПИРАМИДНЫЙ ГИПЕРКИНЕЗ; г) СНИЖЕНИЕ КОРНЕАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА; д) АГРЕССИВНОСТЬ В ПОВЕДЕНИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б, в;
- б, г;
- а, в;
- а, б, г, д;
- а, в, д.

#ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ

**БОЛЬНОГО С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
(АТОПИЧЕСКОЙ):**

+ нуждается в трудоустройстве, переводе на "свежую" струю, вне контакта с производственным фактором;

- трудоспособен в своей профессии при динамическом наблюдении профпатолога;

- нуждается в определении группы инвалидности.

**#К МЕСТАМ ВОЗМОЖНОГО
ДЕПОНИРОВАНИЯ БЕРИЛЛИЯ
ОТНОСЯТСЯ: а) ЛЕГКИЕ; б) ПЕЧЕНЬ; в)
КОСТИ; г) ВОЛОСЫ; д) НЕРВНАЯ
ТКАНЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- а, в;

- б, г, д;

+ а, б, в;

- г, д;

- д.

**#НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ
МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ
ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а)
АНАЛИЗ МОКРОТЫ; б)
БРОНХОСКОПИЯ; в) КОЖНЫЕ ПРОБЫ;
г) ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ
ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ; д)
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- а, в;

+ б, г;

- б, д;

- а, в, д;

- б, г, д.

**#КАКИЕ ЖАЛОБЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ
СИЛИКОЗОМ? а) ОДЫШКА; б)
ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА; в)
КАШЕЛЬ; г) БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ;
д) БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- а, б;

- в, г;

- д;

+ а, в, г;

- а, б, д.

**#КАКИЕ ОСНОВНЫЕ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИЛИКОЗА? а)
ДВУСТОРОННЕЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ
ОЧАГОВ; б) ОДНОСТОРОННЕЕ
РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ; в)
СИММЕТРИЧНОСТЬ; г)
ПОЛИМОРФНОСТЬ; д)
МОНОМОРФНОСТЬ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:**

- а, в;

- б, г;

- б, г, д;

- в, г, д;

+ а, в, д.

**#КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РТУТНОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ? а) ПАРКИНСОНИЗМ;
б) "ЭРЕТИЗМ"; в) СНИЖЕНИЕ КРИТИКИ
К СВОЕМУ БОЛЕЗНЕННОМУ
СОСТОЯНИЮ; г) АСТЕНИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ; д) ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ
ДИСФУНКЦИЯ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:**

- а, в;

+ б, д;

- а, в, г;

- б, в, г;

- в, г, д.

**#В КАКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ
ВСТРЕЧАЮТСЯ БОЛЬНЫЕ С
ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ
ИНТОКСИКАЦИЕЙ? а) ПРОИЗВОДСТВО
ТЕРМОМЕТРОВ, АРЕОМЕТРОВ,
МАНОМЕТРОВ; б) ПРОИЗВОДСТВО
ЛАКОВ И КРАСОК; в) ИЗГОТОВЛЕНИЕ
РАДИОВАКУУМНЫХ АППАРАТОВ,
РЕНТГЕНОВСКИХ ТРУБОК; г)
ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЛИГИРОВАННОЙ**

СТАЛИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, г;
- б, г;
- + а, в;
- б, в, г;
- а, в, г.

#УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ: а) АНГИОДИСТОНИЧЕСКИЙ; б) АНГИОСПАСТИЧЕСКИЙ; в) ВЕГЕТОСЕНСОРНАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ; г) ВЕГЕТОМИОФАСЦИТ; д) ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, д;
- а, б, в;
- а, г, д;
- б, г, д;
- + все ответы правильные.

#КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ? а) ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИЯ; б) АЛГЕЗИМЕТРИЯ; в) ЭХОКАРДИОГРАФИЯ; г) РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ; д) КАПИЛЛЯРОСКОПИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ

- а, б;
- + а, б, д;
- а, в, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛИГАМЕНТИТА ТЫЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЗАПЯСТЬЯ ПО ХОДУ I ПАЛЬЦА (БОЛЕЗНЬ ДЕ КЕРВЕНА)? а) СЛАБОСТЬ В РУКЕ; б) ГИПЕРТЕНЗИЯ; в) СИМПТОМ ЭЛЬКИНА; г)

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ; д) СИМПТОМ ФИНКЕЛЬСТАЙНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, в, д;
- б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#ОСНОВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ: а) НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФПАТОЛОГА (РУКОВОДИТЕЛЯ МСЧ, ПОЛИКЛИНИКИ) С УКАЗАНИЕМ ЦЕЛИ КОНСУЛЬТАЦИИ; б) КОПИЯ ТРУДОВОЙ КНИЖКИ; в) САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА; г) ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА; д) ПОДРОБНАЯ ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НАХОДИЛСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- + а, б, в, д.

#САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ УСЛОВИЙ ТРУДА СОСТАВЛЯЕТ:

- администрация предприятия;
- представитель профкома предприятия;
- инспектор по технике безопасности;
- + санитарный врач по гигиене труда центра

госсанэпиднадзора;

- цеховой врач.

#К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ а) АНТРАКОЗ; б) ЭКЗЕМА; в) ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ; г) ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ; д) ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;

- а, б, д;

- а, г, д;

+ а, г;

- б, г, д.

#ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ГИПОПЛАСТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ, МОГУТ БЫТЬ: а) СЕРОУГЛЕРОД; б) ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ; в) ЭЛЕКТРОСВАРОЧНАЯ АЭРОЗОЛЬ; г) БЕНЗОЛ; д) МЫШЬЯК. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;

+ б, г;

- а, г, д;

- а, в;

- б, г, д.

#НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ТИПУ АТОПИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ: а) СИМПТОМЫ ЭКСПОЗИЦИИ; б) НЕОТЯГОЩЕННЫЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ; в) СИМПТОМЫ ЭЛИМИНАЦИИ; г) ВЫРАЖЕННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ; д) ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВОКАЦИОННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ;

- а, в, д;

- а, б, д;

+ а, б, в, д;

- а, в, г;

- б, г, д.

#КАКИЕ НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НУЖНО ПРОВЕСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ? а) ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ПОКОЯ; б) ИНГАЛЯЦИИ КИСЛОРОДА; в) ИНЪЕКЦИИ ЦИТОХРОМА С; г) ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ; д) ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;

+ а, в, г;

- а, г, д;

- а, б, г;

- б, г, д.

#К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ МОЖНО ОТНЕСТИ: а) ПОТЕРЮ СОЗНАНИЯ НА НЕСКОЛЬКО СЕКУНД ИЛИ МИНУТ; б) ВЫРАЖЕННУЮ ОБЩУЮ И МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ; в) РОЗОВУЮ ОКРАСКУ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН КРОВИ - 40%; г) ТАХИКАРДИЯ И ТАХИПНОЭ; д) СУДОРОГИ ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

+ а, б, в, г;

- а, б, д;

- а, г, д;

- а, в, г;

- б, г, д.

#УКАЖИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА) ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ (ПРИ ГИПОКАПНИЧЕСКОМ ТИПЕ

ГИПОКСИИ):

- оксигенотерапия;
- противовоспалительная терапия;
- + кровопускание;
- глюкокортикоиды;
- диуретические препараты.

#В СЛУЧАЕ ПОЛНОЙ ОБРАТИМОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТЕТРАЭТИЛСВИНЦОМ ПРАВИЛЬНЫМ ЭКСПЕРТНЫМ РЕШЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- + трудоспособен;
- нуждается в предоставлении дополнительного больничного листа;
- ограниченно трудоспособен, нуждается в рациональном трудоустройстве;
- нетрудоспособен.

#В БОЛЬНИЦУ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ, РАБОЧИЙ БЕНЗОСМЕСИТЕЛЬНОЙ СТАЦИИ, В СОСТОЯНИИ СПУТАННОГО СОЗНАНИЯ. БОЛЬНОЙ ВЫСКАЗЫВАЛ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ, ИМЕЛИ МЕСТО СЛУХОВЫЕ И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ВРЕМЕНАМИ АГРЕССИВЕН, НЕДОВЕРЧИВ К ОКРУЖАЮЩИМ, ПЫТАЛСЯ БЕЖАТЬ, СОПРОТИВЛЯЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЮ. ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОЙ УСПОКОИЛСЯ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО: ИМЕЛ КОНТАКТ С ЭТИЛИРОВАННЫМ БЕНЗИНОМ. ОБЪЕКТИВНО: НИСТАГМ, ЛЕГКАЯ АСИММЕТРИЯ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОВ, СИМПТОМ БАБИНСКОГО И РОССОЛИМО С ОБЕИХ СТОРОН. ПОХОДКА АТАКСИЧЕСКАЯ. НЕ УСТОЙЧИВ В ПОЗЕ РОМБЕРГА, ВЫРАЖЕННЫЙ ТРЕМОР ПАЛЬЦЕВ РУК. ГИПЕРГИДРОЗ, ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ. АД 100/50 ММ РТ.СТ. ЧСС - 52 УДАРА В 1 МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- шизофрения;
- + острая интоксикация тетраэтилсвинцом;
- пищевое отравление;
- алкогольный делирий.

#КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕСТИЦИДОВ (ЯДОХИМИКАТОВ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- по патогенезу развития синдромов;
- по путям введения и выведения из организма;
- + по химической структуре.

#КАКИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ ПЕСТИЦИДАМИ? а) ГИПОТАЛАМО-СТВОЛОВЫЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА; б) ПОЧКИ; в) ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ; г) ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ; д) КОЖА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- + а, в, г, д.

#КАКОВА КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИЙ ФОСФОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ФОС)? а) ЛАРИНГОФАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТ; б) МИОЗ; в) СТОМАТИ ГЛОССИТ; г) БРОНХОРЕЯ; д) МИДРИАЗ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- + б, г, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- б, в, д.

#КАКОВА КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ХОС)? а) МИДРИАЗ; б) БРОНХОРЕЯ; в) РИНИТ; г) БЛЕФАРОСПАЗМ; д) ЛАРИНГОФАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;

- а, б, д;
- + в, г, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#КАК РЕШАЮТСЯ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ЯДОХИМИКАТАМИ? а) УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ; б) ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ИНТОКСИКАЦИИ МОЖЕТ

ПРИСТУПИТЬ К СВОЕЙ РАБОТЕ ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ; в) УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПЕСТИЦИДАМИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ?

- а, в;
- а, б;
- а;
- + б, в;
- б.

Критерии оценки:

Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется ординатору, который:

Ответил на 91-100% тестовых заданий.

Оценка **«ХОРОШО»** выставляется ординатору, который:

Ответил на 75-90% тестовых заданий.

Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется ординатору, который:

Ответил на 61-74% тестовых заданий.

Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется ординатору, который:

Ответил на менее 60% тестовых заданий.

Комплект ситуационных задач

по дисциплине «Кардиология»

Раздел 1. Кардиология

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110/70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней

ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА №2

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА №3

Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипидемии в данном случае?

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 59 лет

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин.. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90\50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №6

Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения ?
3. Тактика лечения.

ЗАДАЧА №7

Мужчина 43 лет.

При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ = 2,4 см. Клапанный аппарат интактен, насосная и сократительная функция в пределах нормы. По данным Д-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.

ВОПРОСЫ:

1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная эхокг картина?
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

ЗАДАЧА №8

Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ, КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Задача № 9

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание:

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

Задача № 10

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.

Задание:

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э. – 1, п. – 2,

сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.

6. Рентгенограмма – прилагается.

Задача № 11

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание:

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.
3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. – $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/ч.

Задача № 12

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание:

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – П.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. – 0,9 ; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Раздел 2. Ревматология.

Задача №1.

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Тромб - $90 \times 10^9/л$, Лейк - $1,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,3 3%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
4. Как называются кожные изменения на лице, и к каким критериям относятся эти изменения?
5. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?
6. Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
8. Назовите принципы лечения данного заболевания.

9. Представление об этиопатогенезе СКВ.

10. Что является препаратами выбора для лечения СКВ?

Задача №2.

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены Желтуха гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме.

Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg- отр. Выявлены LE-клетки.

Предварительный диагноз. Обоснование. План обследования план лечения.

ЗАДАЧА №3

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л. НЬ 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- $7,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/час. Сиаловая кислота 260 ед. СРП «++». Реакция Ваалера-Роузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узурсы суставных поверхностей.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №4

Больная Б., 23 года. С 18-летнего возраста беспокоят боля в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялось увеличение печени и селезенки. С 22. года после инсоляции вновь отмечены желтуха, гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме. Объективно; желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный. Пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/час, билирубин 150 мкм/л (прямой 105 мкм/л). Общий белок 78 г/л, альбумины 45%, протромбиновый индекс – 60%. HBSAg – отр. Выявлены LE – клетки.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №5

Больной Т., 49 лет, жалуется на боль в правом коленном суставе, опухание и покраснение его, повышение температуры до 38°C. Считает себя больным 6 лет. За этот период было более 10 острых эпизодов артрита, продолжавшихся по 7-10 дней, при этом оба коленных сустава поражались попеременно. В межприступный период боли и ограничения движений не было. Настоящее обострение началось 3 дня назад. При осмотре:

левый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован. Активные и пассивные движения в суставе резко болезненны, отмечается симптом "баллотирования" надколенника. В остальных суставах изменений не обнаружено. Патологии внутренних органов также не выявлено. В анализах крови: эр. $4,4 \cdot 10^{12}$. л. 15×10^9 /л. При исследовании мочи обнаружено много солей.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА №6

13-летняя девочка жалуется на повышение температуры тела до $37,50$, слабость. Родители отмечают, что их дочь в последнее время быстро утомляется, не может аккуратно писать из-за произвольных движений рук, беспокойна, речь её стала менее внятной.

При осмотре обнаружены бледно-розовые кольцевидные высыпания в подключичных областях, на животе, на разгибательных поверхностях предплечий. В крови лейкоцитоз и повышение СОЭ.

- Какие анамнестические данные следует уточнить?
- К консультации каких специалистов Вы прибегнете?
- Наиболее вероятный диагноз.
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №7

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены Желтуха гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме.

Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой- 105 мкм/л). Общий белок- 75 г/л, альбумины- 45% , α -глобулины- 5% , протромбиновый индекс- 60% , HBSAg- отр. Выявлены LE-клетки. Предварительный диагноз. Обоснование.

План обследования, план лечения.

ЗАДАЧА №8

У 53-летнего мужчины после ужина в ресторане ночью появились резкие боли в области большого пальца правой стопы, повысилась температура тела до $38,0$.

При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление болей.

- Для какого заболевания такое начало является типичным?
- Какими исследованиями Вы подтвердите Ваш диагноз?
- Какие препараты целесообразно использовать для купирования острых проявлений?
- Какие препараты назначаются после купирования острой атаки для лечения заболевания?

ЗАДАЧА №9

48-летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей, преимущественно справа

При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером $0,5$ см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно

деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии суставов обнаружено сужение суставной щели, уплотнение краевой пластинки и наличие экзофитов.

- Наиболее вероятный диагноз.
- Какие суставы наиболее часто поражаются при данном заболевании.
- Принципы лечения.

ЗАДАЧА №10

У 22-летней девушки после возвращения из Крыма появились эритематозные высыпания на лице, боли в суставах кистей и лучезапястных суставах, повышение температуры тела до 37,50. Гемоглобин 115 г/л, СОЭ 32 мм/час. В моче белок 0,99 г/л, 5-6 лейкоцитов и 3-5 эритроцитов в поле зрения. В крови обнаружен антинуклеарный фактор в титре 1:40.

- О каком заболевании идет речь?
 - Какую тактику лечения выбрать?
1. Преднизолон 25 мг/сутки
 2. Преднизолон 60 мг/сутки
 3. Азатиоприн 150 мг/сутки
 4. Индометацин 150 мг/сутки
 5. Плазмаферез.

ЗАДАЧА №11

Больная 32 лет госпитализирована с жалобами на остро возникшее повышение температуры до 39,20, резкие боли и припухание правого коленного сустава, озноб, проливной пот. При осмотре кожа в области поражённого сустава гиперемирована, горячая на ощупь. На спине обнаружены немногочисленные папулы и пузырьки с геморрагическим содержимым. При пункции сустава получена жидкость с большим количеством нейтрофилов. В анализе крови лейкоцитоз $22 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 48 мм/час.

- Предполагаемый диагноз.
- Методы уточнения диагноза.
- Лечение.

ЗАДАЧА №12

Больной 21 года жалуется на интенсивные боли и скованность в нижних отделах спины и в тазобедренных суставах. При рентгенографии выявлены неровность контуров и сужение крестцово-подвздошных сочленений.

- О каком диагнозе может идти речь?
 - План обследования больного.
 - Какая тактика лечения может быть использована?
1. Преднизолон
 2. Азатиоприн
 3. Индометацин
 4. Препараты золота
 5. Сульфасалазин.

ЗАДАЧА №13

20-летняя медсестра во время летнего отпуска на море ежедневно по несколько часов находилась на пляже. Через две недели появились боли в мелких суставах кистей рук, голеностопных суставах, субфебрильная температура, сухой кашель. Принимала антибиотики без эффекта, самочувствие ухудшалось, продолжали беспокоить артралгии, температура повысилась до 38,0, лечилась сульфаниламидами, аспирином. Через два месяца обратилась в поликлинику и была госпитализирована.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Слабость, анорексия. В области щёк и спинки носа эритематозные высыпания в форме «бабочки». В нижнебоковых отделах грудной клетки с обеих сторон – немного звонких влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне жёсткого дыхания, под правой лопаткой – нежный шум трения плевры. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 94 уд/мин. На верхушке и в точке Боткина – систолический шум. АД 110/65 мм рт.ст. Со стороны других органов патологических изменений не выявлено. При рентгенограмме грудной клетки обнаружено усиление сосудистого рисунка в нижних отделах лёгких. На ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренное снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях.

Анализ крови: Нв 101 г/л, эр 3,2*10¹²/л, лейкоц 6,0*10⁹/л, цв. показатель 0,9, эоз 5%, п/я 6%, сегм 68%, лимф 15%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. При исследовании мочи 0,066‰, 103 эритроцита и 1-2 гиалиновых цилиндра в п/зр.

- О каком заболевании следует думать?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Основная медикаментозная терапия.

ЗАДАЧА №14

Больной 32 лет госпитализирован с жалобами на боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, повышение температуры тела до 37,2-37,5. За последние три года у больного 4 раза рецидивировал суставной синдром с поражением коленных или голеностопных суставов. Лечился самостоятельно, принимал анальгин, аспирин, а затем индометацин, ортофен. Длительность каждой суставной атаки колебалась от нескольких дней до нескольких недель, в промежутках – общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжал работать. За 4 месяца до госпитализации у больного появились запоры, затем обратил внимание на примесь алой крови при кашицеобразном стуле. Стул стал неустойчивым, эпизодически беспокоили схваткообразные боли в левой подвздошной области. В анамнезе – редкие ангины в детстве, во время службы в армии перенёс дизентерию, по поводу которой лечился в стационаре.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожа обычного цвета, периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими – лёгочный звук, хрипов нет. Тоны сердца достаточной звучности, ритм правильный, 76 уд/мин. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, лёгкая болезненность в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Конфигурация суставов сглажена, гипертермия и гиперемия кожи в области суставов, объём движений ограничен в связи с болями. В анализе крови Нв 118 г/л, лейкоц 9*10⁹/л, СОЭ 40 мм/час. Анализ мочи без патологии.

- Перечислите заболевания, которые могут протекать с подобной клиникой.
- Составьте план обследования больного.
- Какие лекарственные препараты следует назначить до окончательной верификации диагноза?

ЗАДАЧА №15

25-летняя девушка находится в терапевтическом отделении. Заболела после длительного пребывания на солнце. Её беспокоит слабость и артралгии.

Объективно: Температура 38,5. На коже лица – эритематозная сыпь, на голове – участки облысения. В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: небольшое расширение границ во все стороны, мягкий систолический шум на верхушке без иррадиации. Пульс 90 уд/мин, АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв 80 г/л, лейкоц 3,5*10⁹/л. СОЭ 45 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 1,066‰, лейкоц 8-10 в п/зр, эритроц 4-5 в п/зр.

- Предварительный диагноз.

- Назначьте план обследования больной.
- Ваши медикаментозные назначения.

ЗАДАЧА №16

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нб 100 г\л, лейкоц 7,8*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,6 г/л, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

ЗАДАЧА №17

У больного 28 лет, в течение двух лет перенесшего инфаркт миокарда на фоне высокой артериальной гипертонии, желудочно-кишечное кровотечение в связи с язвой 12-перстной кишки, возник приступ удушья, сопровождавшийся кашлем с вязкой мокротой.

При осмотре – резко пониженного питания. Выраженные симметричные нарушения чувствительности в стопах. В анализе крови лейкоцитоз до 26*10⁹/л, п/я 2%, сегм 52%, эоз 18%, мон 4%, лимф 24%. В анализе мочи белок 1,26%, уровень креатинина крови в пределах нормы.

- О каком заболевании можно подумать в первую очередь?
- Какие методы наиболее адекватны для доказательства Вашего предположения?
- Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА №18

У больного 18 лет после перенесённой ангины появились боли в правом голеностопном, а затем в левом голеностопном суставах. Через два дня боли в этих суставах стали стихать, но появились в коленных, лучезапястных и межфаланговых суставах, повысилась температура до 38,30.

Объективно: коленные суставы припухшие, покрасневшие, болезненные, движения в них ограничены из-за болезненности. В лёгких изменений не выявлено. Приглушены тоны сердца, тахикардия. В анализе крови лейкоц 10*10⁹/л, СОЭ 37 мм/час, АСЛ-О 625 ед., СРБ +++++, ЭКГ низкий вольтаж зубцов, PQ 0,28 сек.

- Выделите основные клинические синдромы.
- Сформулируйте диагноз.
- Обоснуйте план диагностических мероприятий.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №19

Больная 42 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на боли в мелких суставах кистей, плечевых суставах, главным образом при движении, утреннюю скованность в течение 30 мин. В детстве болела корью, взрослой – брюшным тифом.

Больна в течение 5 лет с тех пор, когда появились боли и припухлость в плечевых суставах. За две недели до этого перенесла острое респираторное заболевание. После лечения ацетилсалициловой кислотой все явления исчезли. Через год вновь отмечает боль, припухлость и гиперемию в мелких суставах кистей, небольшую утреннюю скованность (20-30 мин). Отмечает постоянное и стойкое изменение формы суставов кистей.

Объективные данные: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отмечается небольшая дефигурация 2,3 и 4 пястно-фаланговых суставов справа и слева за счёт не резко выраженных пролиферативных явлений. Форма остальных суставов не изменена. Анализ крови: Нв 110 г/л, эритроциты $3,68 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $4,6 \cdot 10^9/л$, эозин 3%, п/я 6%, сегменты 60%, лимфоциты 32%, моноциты 5%, СОЭ 22 мм/час. СРБ ++, серомукоид 0,42 г/л (N 0,22-0,28 г/л).

На рентгенограмме кистей – околосуставной остеопороз.

- Дальнейший план обследования больной.
- Клинический диагноз.
- Программа лечения данной больной.

ЗАДАЧА №20

Больная 43 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, главным образом при движении, утреннюю скованность в течение 30 - 40 мин. Больна в течение 5 лет .

Объективные данные: состояние больной удовлетворительное. Отмечается небольшая дефигурация 2, 3 и 4 пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов за счёт не резко выраженных пролиферативных явлений. Анализ крови: НВ – 110 г/л, эритроциты $3,68 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $4,6 \cdot 10^9/л$, эозин 3%, п/я 6%, сегменты 60%, лимфоциты 32%, моноциты 5%, СОЭ 22 мм/час. СРБ ++, серомукоид 0,42 г/л (N 0,22-0,28 г/л).

На рентгенограмме кистей – околосуставной остеопороз.

- Дальнейший план обследования больной.
- Клинический диагноз.
- Программа лечения данной больной.

ЗАДАЧА №21

15-летняя девочка поступила в клинику с жалобами на лихорадку до 39-49,0, резкие боли в крупных и мелких суставах, боли в мышцах, эритематозные высыпания на коже. Заболела остро около трёх месяцев назад.

При обследовании обнаружено небольшое количество жидкости в плевральной полости справа, увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов и селезёнки.

Гемоглобин – 65 г/л, СОЭ 55 мм рт. ст. Маркёры системной красной волчанки не обнаружены.

- Наиболее вероятный диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования Вы бы рекомендовали?
- Назначьте лечение больной.

Раздел 3. Гастроэнтерология.

ЗАДАЧА №1

Больной 34 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма жирной и жареной пищи, понижение аппетита, рвоту, жидкий стул. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенёс вирусный гепатит, после выписки из стационара режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. 1-2 раза в год наблюдались обострения заболевания, сопровождавшиеся резкой слабостью, диспептическими расстройствами, желтухой,

иногда повышением температуры до 380.

При осмотре больной достаточного питания, склеры и кожа желтушны, единичные «сосудистые звездочки», печень выступает из-под рёберного края на 3 см, плотная, край острый, при пальпации безболезненный. Селезёнка у края рёберной дуги. В анализе крови билирубин 45 мкмоль/л, прямой 35 мкмоль/л, непрямой 10 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, альбумины 45%, альфа2-глобулины 11,9%, гамма 29,8%, фибриноген 720 мг/л (N 200-400 мг/л), АЛТ 86 ед/л,

(N 0-38 ед/л), АСТ 98 ед/л (N 0-40 ед/л). При пункционной биопсии в пунктате распознать дольковую структуру ткани печени не удаётся. Ядра в некоторых клетках пикнотичны. Многие клетки содержат жировые вакуоли. Видны широкие жировые прослойки с тяжами фибробластов, мелкими сосудами, скоплениями лимфоидных клеток. Между балками имеются очаги пролиферации купферовских клеток.

- Дайте заключение по пунктату печени.
- Какие клинические синдромы можно выделить в клинической картине?
- Поставьте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимы больному?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №2

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на кровавую рвоту после приёма алкоголя, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. В 40-летнем возрасте перенёс вирусный гепатит, в последующие годы неоднократно госпитализировался в терапевтический стационар по поводу желтухи, зуда, носовых кровотечений, похудания. Выписывался с кратковременным улучшением.

При поступлении: кожа и видимые слизистые желтушны. В области ключиц – «сосудистые звездочки». Подкожно-жировой слой и мышечная система развиты недостаточно. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Живот увеличен в объёме за счёт асцита, видны расширенные подкожные вены переднебоковых поверхностей живота, выпячивание пупка. Печень чётко не пальпируется, имеется симптом «плавающей льдинки». Селезёнка значительно увеличена, плотная, безболезненная при пальпации.

- Выделите основные клинические синдромы у больного.
- Назначьте план обследования.
- Какие изменения общего анализа крови Вы ожидаете увидеть?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №3

Больной 47 лет обратился с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 мин после еды и уменьшающиеся через 1,5-2 часа, периодически беспокоит изжога. Впервые подобные явления появились 2,5 года назад, при рентгенологическом исследовании выявлены симптомы гастрита.

Объективно: больной правильного телосложения, язык обложен серым налётом, разлитая боль в эпигастральной области, спазмированная сигмовидная кишка. При ЭГДС – небольшая язва на малой кривизне желудка, по соседству с которой обнаружен небольшой рубец. Слизистая вокруг язвы отёчна, гиперемирована.

- Ваш диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования Вы рекомендуете?
- Программа лечения больного.

ЗАДАЧА №4

49-летняя женщина в течение нескольких лет обращается к врачу с жалобами на периодически возникающий кожный зуд, желтуху, тяжесть в правом подреберье. В детстве болела малярией, алкоголь не употребляет. Настоящее обострение началось две недели назад после грубого нарушения диеты, появился мучительный кожный зуд, пожелтели склеры и кожа, появилась тёмная моча, боли в костях.

При осмотре кожа и слизистые желтушны, имеются многочисленные следы расчёсов, на коже – ксантомы, печень выступает из-под рёберного края на 5 см, край её острый, плотный, селезёнка пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги. В биохимическом анализе крови: билирубин 110 мкмоль/л (N 8,5-20,5 мкмоль/л), связанный 88 мкмоль/л (N 0-5,1 мкмоль/л), свободный (N до 16,5 мкмоль/л). щелочная фосфатаза 540 (N 40-190), АСТ 45 ед/л (норма 0-40), АЛТ 68 (N 0–38 ед/л), холестерин 12,8 ммоль/л (N 3,1-5,2 ммоль/л), Б-липопротеиды 92 ед (норма 35-55 ед).

- Ведущий синдром у больной и его биохимическое обоснование.
- О каких заболеваниях следует думать при наличии данного синдрома?
- Предварительный диагноз больной.
- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Назначьте лечение больной.

ЗАДАЧА №5

У больного 18 лет во время профилактического медицинского осмотра выявлены иктеричность склер, повышение уровня билирубина до 45 ммоль/л. В последующие три года чувствовал себя хорошо, хотя периодически появлялась лёгкая иктеричность склер.

При осмотре – печень выступает из-под реберного края на 1 см, край её мягкий, пальпация безболезненная. Содержание билирубина в крови 40 мкмоль/л, не прямой – 36 мкмоль/л. При пункционной биопсии дольковая структура печени сохранена, определяются включения липофуцина.

- Поставьте диагноз.
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Дополнительные исследования, которые необходимо назначить больному?
- Ваши рекомендации больному.

ЗАДАЧА №6

Больная 46 лет жалуется на кожный зуд, появившийся полгода назад. Лечился безуспешно у терапевта, дерматолога, невролога. Присоединившаяся желтуха послужила поводом для госпитализации в терапевтическое отделение.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, кожные покровы слегка желтушны со следами расчёсов на животе, на руках. Склеры иктеричны. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Живот не увеличен, мягкий, печень выступает из-под правой рёберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, безболезненная. Селезёнка перкуторно увеличена, не пальпируется.

Анализ крови: НВ 140 г/л, эр $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц $4,4 \cdot 10^9/л$, эоз 4%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 22%, мон 10%, тромбоциты $320 \cdot 10^9/л$, СОЭ 8 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин отрицательная, реакция на билирубин положительная. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56 мкмоль/л, прямой 46 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, МНО (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест) 1,1 (норма 1,1-1,2), АЛТ, АСТ в пределах нормы, щелочная фосфатаза 360 ед/л (норма 40-190), холестерин 8,8 ммоль/л (норма 3,1-5,2), общий белок 82 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1 11,3%, альфа2 12%, бета 15%, гамма 18%. В течение трёх недель проводилась стандартная терапия, которая не дала выраженного клинического эффекта, особенно упорно не уменьшался кожный зуд. Последнее послужило основанием для назначения преднизолона в дозе 20 мг/с внутрь.

Постепенно кожный зуд снизился, уменьшилась желтуха. На поддерживающей дозе гормонов больной выписан.

- Назовите ведущий синдром, имеющий место у больного.
- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больному.
- Сформулируйте диагноз.
- Нужна ли коррекция лечения, с Вашей точки зрения?

ЗАДАЧА №7

Больной 23 лет с 8-летнего возраста периодически отмечает появление небольшой желтушности кожных покровов, не сопровождавшихся никакими другими жалобами, не лечился. Желтуха проходила самостоятельно. Такие эпизоды отмечались 2-3 раза в год. В анамнезе в 7-летнем возрасте – вирусный гепатит.

При осмотре кожные покровы и склеры желтушны, внепечёночных знаков нет, печень выступает из-под рёберного края на 2 см, селезёнка не пальпируется.

В анализе крови Нв 130г/л, эр $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 7 мм/час. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56,5 мкмоль/л, прямой 10,3 мкмоль/л, непрямой 46/6 мкмоль/л. АСТ, АЛТ, общий белок и белковые фракции в пределах нормы.

- О каком синдроме следует думать в первую очередь?
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Составьте программу обследования больного.

ЗАДАЧА №8

Больная 42 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и левое плечо. Боли возникают после приёма жирной, жареной пищи, сопровождаются тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошёл самостоятельно. Желтухи, потемнения мочи не было. Неделю держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был по 3 раза в день, неоформленный. В течение года аналогичных приступов было 6. При соблюдении диеты боли не возникали.

При осмотре – патологии дыхательной, сердечно-сосудистой системы не выявлено. Рост больной 164 см, масса тела – 72 кг. Живот несколько вздут, мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена, жёлчный пузырь не пальпируется. Величина подкожно жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком и на 3 см ниже середины левой рёберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

- Сформулируйте диагностическую концепцию.
- Составьте план обследования больной.
- В консультации каких специалистов нуждается больная?

ЗАДАЧА №9

Пациент 64 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, кожный зуд, желтушность кожи и склер, обесцвеченный кал.

4 года назад после приступа печёночной колики выявлены камни в жёлчном пузыре и выполнена холецистэктомия. Спустя два года появился рецидивирующий фурункулёз, в крови натощак выявлена гипергликемия (8,4 ммоль/л), назначен манинил. Месяц назад обратил внимание на потемнение мочи, через неделю заметил необычный цвет кала – серо-глинистый. Появилась желтушность склер, похудел.

При осмотре – состояние больного средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 61 кг. Кожа и склеры желтушны. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца

приглушены, ритм правильный 52 удара в 1 мин, А/Д 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень по средне-ключичной линии выходит из-под рёберного края на 3 см, край заострен, умеренно плотный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Определяется болезненность в пилородуоденальной области. В правом подреберье определяется эластичное образование, размером 8 x 6 см.

- О какой патологии нужно думать прежде всего?
- Какие клинические синдромы выявляются у больного?
- Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

ЗАДАЧА №10

Больной 44 лет находится в стационаре по поводу резко выраженных болей в эпигастрии опоясывающего характера. Из-за болей отказывается от еды, беспокоит изжога, стихающая после приёма питьевой соды, температура тела 37,9о. Отмечается мышечная защита слева в эпигастрии, глубокая пальпация невозможна из-за болезненности. Амилаза в моче 680 мг/мл/час. УЗИ – выраженный отёк поджелудочной железы, фиброз в области головки. Лейкоциты крови – 11300* 103/л, СОЭ – 34 мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо назначить больному?
- Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА №11

50-летняя пациентка в течение 6 лет страдает приступами болей в правом подреберье, возникающими преимущественно после жирной пищи. Год назад после обследования рекомендована холецистэктомия, от которой больная отказалась. За последнюю неделю приступы болей стали ежедневными (прежде бывали 1-2 раза в месяц) и значительно более сильными. Больную госпитализировали. На третий день пребывания в стационаре появилась желтушность склер и кожных покровов, «замаскообразный» стул, тёмная моча. В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз – 13150*103/л, СОЭ 28 мм/час.

- Какие изменения в моче, биохимическом анализе крови Вы ожидаете обнаружить?
- Какой основной синдром выявляется у больной?
- Определите характер желтухи в данном случае.
- Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА №12

Больная 32 лет поступила в клинику с диагнозом хронический холецистит, хронический гастрит. В детстве перенесла вирусный гепатит, малярию. 9 лет назад отметила появление болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда рвоту. Диагностировали холецистит, хотя уже тогда отмечалось увеличение печени. Все последующие годы беспокоили слабость, постоянные ноющие боли в правом подреберье, не зависящие от приёма пищи. Лечилась амбулаторно жёлчегонными средствами.

Больная пониженного питания, печень выступает на 2-3 см из-под края рёберной дуги, плотновата, край её закруглен, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. В анализе крови лейкоц 4,2*109/л, формула без особенностей, СОЭ 12 мм/час.

В биохимическом анализе: общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 4,6, непрямой 11 мкмоль/л, АСТ 32 ед, АЛТ 36 ед, общий белок 82,5 г/л, альбумины 43,7%, глобулины: альфа1 5,3%, альфа2 13%, бета 16%, гамма 22%. При УЗИ – увеличение печени, структура её сохранена, сосуды и жёлчные протоки не расширены, утолщена стенка увеличенного жёлчного пузыря, конкрементов не обнаружено. Холецистография выявила снижение сократительной функции пузыря. Пункционная биопсия печени: в препарате несколько долек печени. Печёночные клетки довольно крупные, с мелкозернистой цитоплазмой, жировые включения в

них не выявляются. Купферовские клетки с небольшими ядрами, удлинённой и овальной формы. Видны небольшие участки пролиферации купферовских клеток с их превращением в эндотелиальные клетки. Портальные тракты заметно утолщены, склерозированы, содержат немногочисленные фибробласты, видны деформированные сосуды и небольшое число мелких жёлчных ходов. Очаговая гистиолимфоцитарная инфильтрация.

- Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- Какие методы исследования необходимо дополнительно назначить?
- Наметьте программу лечения больной.

ЗАДАЧА №13

Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, которые возникают натощак и в ночное время. Боли почти полностью снимаются приёмом пищи, запоры.

Объективно: правильного телосложения, несколько повышенного питания. Кожа влажная, кисти холодные, выраженный красный дермографизм. Пальпация живота болезненная, особенно в пилородуоденальной зоне, там же незначительное мышечное напряжение. Болезненность по ходу нисходящей и сигмовидной кишки. Рентгеноскопия: луковица 12-ти перстной кишки раздражена, перистальтика её ускорена, симптом «ниши» неубедительный, в желудке небольшое количество жидкости.

- Предварительный диагноз.
- Назовите заболевания, которые могут протекать с подобной клиникой.
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №14

Больной 58 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение по поводу одышки, слабости, анорексии, болей в животе, метеоризма, снижение суточного диуреза. Перечисленные симптомы развились в течение 1,5-2 недель.

При осмотре состояние больного тяжёлое, выраженная одышка, отёки нижних конечностей и пояснично-крестцовой области. Кожные покровы желтовато-землистого цвета, склеры субиктеричны. Живот увеличен в объёме за счёт метеоризма и асцита. Печень несколько увеличена (+1 см), плотная с острым краем, селезёнка не пальпируется. Сердце умеренно увеличено влево, АД 145/85 мм рт.ст. Нижняя граница лёгких приподнята, перкуторный коробочный звук, дыхание в нижних отделах лёгких ослабленное.

Анализ крови: Нв 115 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \cdot 10^9/л$, эозин 2%, п/я 4%, сегменты 61%, лимфоциты 20%, моноциты 13%, тромбоциты $182 \cdot 10^9/л$, СОЭ 48 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин положительная, на билирубин – отрицательная. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 25 мкмоль/л, непрямой 20 мкмоль/л, МНО 3,0 (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест - норма 1,1-1,2), АЛТ 188 ед/л (норма 0-38), АСТ 145 ед/л (норма 0-40), общий белок 58 г/л, альбумины 33%, глобулины: альфа1 4%, альфа2 11%, бета 18%, гамма 34%. Лапароскопия с прицельной биопсией: в брюшной полости значительное количество асцитической жидкости, сосуды париетальной брюшины расширены, извиты. Печень небольших размеров, поверхность мелкозернистая, с налётами фибрина. Сосуды сальника и желудка расширены. Больной получает лечение: бессолевая диета, витамины, эуфиллин, дигоксин, мочегонные. Состояние не улучшается, нарастает асцит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больной в коррекции лечения?
- Ваши дополнительные назначения.

Раздел 4. Пульмонология.

ЗАДАЧА №1

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на отёки ног, увеличение в объёме живота, одышку в покое, сердцебиение, кашель с выделением слизисто-гноной мокроты. Курит в течение 30 лет. В последние 10 лет отмечает кашель с выделением слизистой мокроты. После перенесённой пневмонии мокрота слизисто-гноной, появилось ощущение затруднённого дыхания, иногда сопровождавшееся свистящими хрипами. В течение 5 лет стала беспокоить одышка при ходьбе, а затем и в покое. За год до госпитализации впервые появились отёки голеней, проходящий после приёма мочегонных. Периодически отмечается субфебрильная температура.

Состояние больного тяжёлое. Диффузный цианоз, акроцианоз. Отёки нижних конечностей, поясничной области, передней стенки живота. Перкуторно над лёгкими определяется коробочный звук. Аускультативно: по передней поверхности выслушиваются сухие хрипы низкого тембра. ЧД 26 в 1 мин, АД 140/70 мм рт.ст., асцит, печень выступает на 8 см из-под рёберного края, диурез 600 мл/с. Анализ крови: Нв 170 г/л, эр $4,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитарная формула нормальная, СОЭ 10 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1020, белок 0,66 ‰, единичные эритроциты. Анализ мокроты: характер – слизисто-гноной, микроскопически – много лейкоцитов. Рентгенологически: повышенная прозрачность лёгочных полей, лёгочный рисунок перестроен, тяжист. Справа и слева в синусах жидкость, выбухает конус лёгочной артерии. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, отклонение ЭОС вправо, высокий РП,Ш,AVF, перегрузка правого желудочка.

- Выделите основные клинические синдромы.
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Программа лечения.

ЗАДАЧА №2

26-летняя женщина поступила в клинику в связи с болями в грудной клетке, связанными с дыханием. Несколько месяцев тому назад у больной отмечались артралгии, а за две недели до поступления – припухлость мелких суставов кистей.

Объективно выявлена небольшая дефигурация и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, тахикардия до 100 уд/мин, повышение температуры до 37,80. Рентгенологически: в правой плевральной полости небольшое количество жидкости. В анализе крови: Нв 100 г/л, ретикулоциты 4‰, лейкоциты $3,0 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $60 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 40 мм/час.

- Сформулируйте предварительную диагностическую концепцию.
- Назначьте план обследования больной.
- Возможные лечебные программы в зависимости от результатов обследования.

ЗАДАЧА №3

Больная 39 лет в течение 15 лет после родов страдает варикозным расширением вен нижних конечностей, тромбозом глубоких вен. После выполнения значительной физической нагрузки у неё внезапно появилась одышка, боль в левой половине грудной клетки. Через два дня повысилась температура до 39, озноб, кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты с прожилками крови.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких небольшое количество сухих хрипов и в левой подлопаточной области звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 90 ударов в 1 мин. АД 110/70

мм рт.ст. Анализ крови: НВ-120 г/л, лейкоз – $11,4 \cdot 10^3$ /л, эоз-2%, п-7, с-65, м-6, лимф-20, СОЭ – 27 мм/час.

- Ваш предполагаемый диагноз.
- Какие методы исследования необходимо провести?
- Назначьте лечение.
- Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА №4

У больной 49 лет, длительно страдавшей ревматизмом с формированием митрального стеноза и постоянной формой мерцательной аритмии, внезапно развились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в спину, выраженная одышка, холодный пот, чувство страха смерти. Состояние больной крайне тяжёлое, в сознании. Кожные покровы с цианотичным оттенком, влажные. В лёгких – единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, ЧДД – 28 в 1 мин. Тоны сердца глухие, тахикардия (115 уд в 1 мин). АД – 90/60 мм рт.ст. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см. Пастозность голеней.

- Какое осложнение развилось у больной?
- Какие изменения на ЭКГ Вы ожидаете увидеть?
- Какие методы исследования помогут Вам подтвердить диагноз?
- Неотложные мероприятия.

ЗАДАЧА №5

Больной 70 лет по поводу множественных переломов правой нижней конечности длительное время находился на скелетном вытяжении, соблюдал постельный режим. После снятия вытяжения и наложения гипсовой повязки больному разрешили вставать. На второй день при ходьбе больной внезапно упал, потерял сознание.

Кожные покровы с цианотичным оттенком, холодный пот. Единичные дыхательные движения, ЧСС – 50 уд в 1 мин, слабого наполнения и напряжения.

А/Д 60/20 мм рт.ст. На ЭКГ – идиовентрикулярный ритм.

- Какое осложнение развилось у больного?
- Ваши действия.
- Как можно предупредить данное осложнение у больных пожилого возраста?

ЗАДАЧА №6

У больного 50 лет на фоне простудного заболевания после приступа интенсивного кашля внезапно возникли сильные прокалывающие боли в правой половине грудной клетки, резкая одышка. Состояние резко ухудшалось, усиливалась одышка, появился цианоз кожных покровов, головокружение, перебои в работе сердца.

При осмотре: состояние больного тяжёлое. Кожные покровы с цианотичным оттенком, одутловатость лица. Над правым лёгочным полем тимпанический перкуторный звук, аускультативно – резко ослабленное дыхание. Рентгенологически: свободный газ в правой плевральной полости, смещение средостения влево.

- Какое осложнение развилось у больного?
- Каковы могут быть последствия?
- Ваша тактика.

ЗАДАЧА №7

Женщина 52 лет во время купания в пруду почувствовала судороги в правой и левой икроножных мышцах. Спасательный катер вынул пострадавшую из воды через 8 минут.

Состояние критическое, самостоятельного дыхания нет, пульс, АД не определяются.

Зрачки широкие, на свет реагируют.

- Чем обусловлено состояние пострадавшей?
- Ваши действия.
- Какие последствия утопления в пресной воде можно ожидать после успешной реанимации пострадавшей?

ЗАДАЧА №8

У больной 49 лет, длительно страдавшей ревматизмом с формированием митрального стеноза и постоянной формой мерцательной аритмии, внезапно развились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в спину, выраженная одышка, холодный пот, чувство страха смерти.

Состояние больной крайне тяжёлое, в сознании, кожные покровы с цианотичным оттенком, влажные. В лёгких единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания. ЧДД 36 в 1 мин. Тоны сердца глухие, пульс 115 уд/мин, частые экстрасистолы, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см, безболезненная. Периферических отёков нет.

- Какое осложнение развилось у больной?
- Ваши мероприятия?
- Какие методы исследования могут подтвердить диагноз?

ЗАДАЧА №9

Больной 46 лет страдает хроническим алкоголизмом, состоит на учёте у нарколога. Госпитализирован по СМП в крайне тяжёлом состоянии, вял, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Температура 38,5, кожные покровы бледны, ЧД 28 в 1 мин, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. В анализе крови: НВ 110 г/л, лейкоциты 9,0*10⁹/л, СОЭ 52 мм/час, токсигенная зернистость нейтрофилов. Рентгенологически – диффузное затемнение нижней и средней доли справа, в динамике – множественные полости распада с горизонтальными уровнями жидкости.

- Какие основные синдромы имеются в данном случае?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Опишите предполагаемый анализ мокроты.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №10

Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на одышку в покое, ощущение затруднённого дыхания, кашель с выделением гнойной мокроты, отёки нижних конечностей, увеличение живота. В течение многих лет – бронхит курильщика, последние три года отмечает усиления кашля и увеличение количества гнойной мокроты, периодически повышение температура до 38,0, усиление одышки, в связи с чем повторно лечился стационарно.

При предыдущих госпитализациях рентгенологически в лёгких эмфизема, диффузный пневмосклероз, бронхоэктазы, выбухание дуги лёгочной артерии, увеличение правого желудочка.

Состояние больного средней степени тяжести. Диффузный цианоз лица, «часовые стёкла», «барабанные палочки». ЧД 26 в 1 мин. Грудная клетка эмфизематозная, перкуторно над лёгкими коробочный звук, дыхание жестковатое, при форсированном дыхании – рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, ЧСС 96 уд/мин. Асцит, пропальпировать печень не удаётся, массивные отёки ног. ЭКГ – мерцание предсердий, признаки гипертрофии правого желудочка, диффузные изменения миокарда.

- Поставьте диагноз.
- Предполагаемые причины отёчного синдрома.
- Составьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №11

Больной 70 лет доставлен в приёмное отделение с диагнозом левосторонняя плевропневмония, документированная рентгенологически в поликлинике утром этого же дня.

При осмотре состояние больного крайне тяжёлое. Серо-пепельный цианоз. Мраморность кожи, пастозность голеней. Дыхание поверхностное, 36-38 в 1 мин. В лёгких дыхание не проводится слева в нижних отделах, выслушивается шум трения плевры.

ЧСС 110 уд/мин, АД 80/40 мм рт.ст.

- Какие синдромы Вы диагностируете у больного?
- Поставьте клинический диагноз.
- Врачебная тактика.

ЗАДАЧА №12

Больной 30 лет после перенесённой черепно-мозговой травмы в течение 5 лет страдает эпилепсией. Последние два месяца отмечает учащение приступов, однако, к неврологу не обращался. Поводом для госпитализации послужило повышение температуры до 39,0, боли в грудной клетке справа в нижних отделах, общая слабость, головная боль, ощущение затруднённого дыхания, кашель с выделением мокроты жёлтого цвета.

При осмотре состояние больного средней степени тяжести, температура 38,20, ЧД 22 в мин, укорочением перкуторного звука в нижних отделах справа. ЧСС 110 уд/мин, ритм правильный, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови НВ 120 г/л, лейкоц 12*10⁹/л, СОЭ 40 мм рт.ст. Рентгенологически – в нижней доле справа инфильтрация без чётких границ.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие данные анамнеза необходимо уточнить?
- Составьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №13

У 53-летнего мужчины после вдыхания паров аммиака во время аварии на работе появилась одышка в покое. При аускультации выявлены многочисленные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в лёгких. При рентгенографии обнаружено усиление лёгочного рисунка и инфильтративные тени.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №14

Больной 41 года госпитализирован с жалобами на отёки ног и увеличение живота. При осмотре выявлено увеличение печени, асцит, правосторонний гидроторакс. Рентгенологически сердце не увеличено, лёгкие прозрачны. Год назад больному проводилась лучевая терапия по поводу лимфогранулематоза.

- Какой ведущий синдром выявляется у больного?
 - Сформулируйте клинический диагноз.
 - Какому виду лечения следует отдать предпочтение?
1. Дигоксин в сочетании с диуретиками
 2. Глюкокортикоиды и цитостатики
 3. Перикардэктомия
 4. Пункция перикарда

5. Пересадка сердца.

ЗАДАЧА №15

Больная 50 лет обратилась к врачу с жалобами на одышку, тупую боль в правой половине грудной клетки. За последние полгода похудела на 6 кг, периодически отмечался субфебрилитет. При пункции плевральной полости получена жидкость красноватого цвета. Содержание белка в выпоте 4,5 г/л, большое количество эритроцитов и лейкоцитов.

- Как Вы охарактеризуете полученный пунктат?
 - При каких заболеваниях встречается?
 - Какое исследование в первую очередь следует провести для уточнения причины выпота?
1. Бронхоскопия.
 2. Маммография.
 3. Рентгенография желудка.
 4. Колоноскопия.
 5. Проба Манту.

ЗАДАЧА №16

У 52-летнего пациента, жалующегося на одышку, обнаружен плевральный выпот. При пункции плевральной полости получена белая непрозрачная жидкость, без запаха, похожая на молоко, с большим содержанием белка и триглицеридов.

- Назовите характер экссудата?
 - Наиболее вероятная причина выпота?
1. Пневмония.
 2. Туберкулёз.
 3. Лимфома.
 4. Ревматоидный артрит.
 5. Панкреатит.
- Составьте план обследования больного.

ЗАДАЧА №17

У 36-летней женщины, предъявлявшей жалобы на одышку, боли в грудной клетке при дыхании, рентгенологически было выявлено наличие жидкости в плевральной полости. Анамнез без особенностей. При осмотре определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Со стороны других органов патологии не выявлено. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При плевральной пункции получена светло-жёлтая жидкость с относительной плотностью 1010 и содержанием белка 30 г/л. При микроскопическом исследовании осадка полученной жидкости преобладали лимфоциты и мезотелиальные клетки. После парацентеза и удаления примерно 1,5 л жидкости при гинекологическом осмотре высказано предположение о наличии опухоли яичника.

- Как Вы думаете, что явилось причиной гидроторакса и асцита?
- Назовите наиболее информативный метод исследования у данной больной?

ЗАДАЧА №18

Больной 39 лет поступил с жалобами на одышку, кашель с обильной кровянистой мокротой. Около 15 лет беспокоил кашель с небольшим количеством мокроты. Больной курит. Два года назад после перенесённого «гриппа» состояние больного резко ухудшилось, усилилась одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты, в которой последние 2-3 недели появилась алая кровь.

Состояние больного средней тяжести, одышка в покое до 25 дыханий в 1 мин. Грудная клетка обычной формы, отмечается западение и выбухание межрёберных промежутков при

дыхании справа в подмышечной области, там же определяется притупление перкуторного звука, несколько усиленное с «амфорическим» оттенком дыхания и большое количество влажных крупнопузырчатых хрипов. Над остальными отделами лёгких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 84 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется, периферических отёков нет.

- Какие два основных синдрома выявляются у больного?
- При каких заболеваниях они могут встречаться?
- Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Показано ли хирургическое лечение, и при каких условиях?

ЗАДАЧА №19

Больной 22 лет заболел остро: повысилась температура до 38,0, появился сухой кашель, боль в грудной клетке при дыхании, выраженное притупление перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, одышка до 30 в 1 мин, тахикардия до 110 уд/мин. Рентгенологически выявлена жидкость в левой плевральной полости до 3 ребра.

В крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 40 мм/час.

- Какое лечебно-диагностическое мероприятие необходимо выполнить у данного больного в первую очередь?
- Определите круг заболеваний, между которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
- Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления правильного диагноза?

ЗАДАЧА №20

Больной 28 лет доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в животе опоясывающего характера, рвоту, появившиеся два дня тому назад после приёма больших доз алкоголя. В анамнезе дважды после приёма алкоголя возникали аналогичные приступы. Заключение хирурга: необходимо проводить дифференциальную диагностику между острым гастритом, острым панкреатитом и прободной язвой желудка.

При объективном обследовании: повышение температуры до 38,0, ослабление дыхания слева ниже угла лопатки, болезненность в верхнем квадранте живота, больше слева. При рентгенологическом исследовании грудной клетки – жидкость в левой плевральной полости. По данным ЭГДС, язвы не обнаружено.

- Ваша диагностическая гипотеза.
- Составьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №21

Больной 17 лет госпитализирован с жалобами на слабость и одышку при незначительной физической нагрузке, периодическое повышение температуры до 37,2-37,60 в течение последних 6 месяцев. За три месяца до госпитализации стал отмечать увеличение живота, в связи с чем проводился парацентез с удалением нескольких литров асцитической жидкости.

Состояние больного при поступлении средней степени тяжести, лежит низко. Одутловатость лица, набухшие шейные вены. ЧД 22 в 1 мин. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечный толчок не определяется. Расширение границ сердца влево и вправо на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 уд/мин. Печень выступает из-под рёберного края на 6 см, пропальпировать селезёнку не удаётся. Асцит. Умеренные отёки голеней. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, снижение вольтажа QRS, инверсия зубца Т в грудных отведениях. Рентгенологически – размеры

сердечной тени увеличены, амплитуда сокращений желудочков резко снижена, в легких туберкулёзные очаги различной плотности.

- Выделите ведущий синдром у больного.
- Чем он, по Вашему мнению, обусловлен?
- Какие предположения Вы можете высказать по поводу этиологии заболевания в данном случае?

ЗАДАЧА №22

Больная 30 лет доставлена больницу бригадой СМП в крайне тяжёлом состоянии. Контакт с больной затруднён. АД 220/150 мм рт.ст., на лице эритема, отёки на ногах. Выявлена жидкость в брюшной полости, увеличение размеров печени. В анализе крови: Нв 90 г/л, эр 2,0*10¹²/л, лейкоц 3,0*10⁹/л, СОЭ 50 мм/час. В анализе мочи массивная протеинурия, эритроциты 20-30 в п/зр. На рентгенограмме грудной клетки обнаружена жидкость в полости перикарда и плевральных полостях.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Лечение.

ЗАДАЧА №23

Больная 69 лет доставлена в клинику в тяжёлом состоянии с жалобами на резкую слабость, одышку, тяжесть за грудиной, кашель. В анамнезе в течение 10 лет беспокоят боли в сердце при ходьбе, три года назад перенесла инфаркт миокарда. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад, когда после переохлаждения появился озноб, повысилась температура до 39,0, появились боли в грудной клетке и небольшой сухой кашель. Принимала сульфадиметоксин. Через два дня температура нормализовалась, однако оставались боли в грудной клетке при дыхании и боли за грудиной, нарастала одышка и кашель со скудной мокротой. В день поступления был приступ удушья, сжимающие боли за грудиной, клочующее дыхание, в связи с чем с подозрением на инфаркт миокарда госпитализирована.

Объективно: состояние больной тяжёлое, положение ортопноэ, выражен цианоз губ, акроцианоз. В лёгких справа почти на всём протяжении укорочение перкуторного звука, в верхних отделах справа дыхание бронхиальное, в нижних отделах – ослабленное. Слева в нижних отделах незвучные, влажные хрипы в значительном количестве, число дыханий 40 в 1 мин. АД 70/50 мм рт.ст., тахикардия 112 уд/мин, тоны сердца глухие. ЭКГ – синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, подъём сегмента ST в V1 - V4, депрессия сегмента ST в V5-6. В анализе крови Нв 140 г/л, лейкоц 13,1*10⁹/л, нейтрофилы 78%, СОЭ 40 мм/час, в нейтрофилах токсигенная зернистость.

- Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи? Почему?
- Назовите полный клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №24

Больная 57 лет поступила с жалобами на приступы удушья. Приступы стали возникать 7 лет назад, чаще осенью и весной, при резкой смене погоды, провоцируются вдыханием пыли, резкими запахами. В аллергологической лаборатории была выявлена положительная кожная реакция на домашнюю пыль. Больная в детстве болела экземой, в последние годы отмечает появление кожного зуда при контакте с пищевой содой. Воспалительными заболеваниями лёгких не болела.

Объективно: над лёгкими коробочный перкуторный звук, большое количество рассеянных сухих хрипов на фоне удлинённого выдоха, тоны сердца звучные, пульс ритмичный 86 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена, периферических отёков нет.

- Какой диагноз и какую форму заболевания Вы устанавливаете?
- Какая терапия наиболее целесообразна:
 - а) в период обострения
 - б) в период ремиссии.

Раздел 5. Нефрология. Гематология.

Задача №1

Больной 55 лет доставлен в больницу в коматозном состоянии. Со слов родственников, он болен много лет; в последнее время потерял аппетит, часто появлялась тошнота, рвота, сонливость. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: Истощение, бледность. Язык сухой запах мочевины изо рта. В лёгких сухие хрипы. Сердце – систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, шум трения перикарда. АД 170/90 мм рт.ст. В анализе крови: Нв 80 г/л, лейкоц 16*10⁹, в анализе мочи: относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, в осадке единичные эритроциты.

- Укажите ведущий синдром.
- Назначьте план обследования больного.
- Назовите лечебные мероприятия.

ЗАДАЧА №2

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался,

При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. I тон ослаблен над верхушкой, акцент II тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 •10⁹, Нв 92 г/л, лк. 7,2 х10⁹/л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 0,356 ммоль/л. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №3

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 нед назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный,

удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм. рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов.

Анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, НБ 140 г/л, л. $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок J,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №4

Больная 25 лет поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт.ст, был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию.

В стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована.

При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоц $5,6 \times 10^{12}$ /л, п/я 1%, сегм 73%, лимф 19%, мон 7%, СОЭ 70 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33%, лейкоц 15-20 в п/зр, эр 10-15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр.

Суточная протеинурия 41 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альбумины 34,5%, глобулины: α_1 5,6%, α_2 35,15, γ 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), β -липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98). При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо назначить больной?
- Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?
- Назначьте лечение больной?
- Каков прогноз?

ЗАДАЧА №5

Больной 23 лет поступил в неврологическое отделение в бессознательном состоянии (наркотическое опьянение). В течение 5 лет употребляет в/в наркотики (героин).

В течение последней недели отмечалось повышение температуры до 39,0 с потрясающими ознобами, проливными потами

При осмотре состояние больного тяжёлое, кожные покровы бледные с землистым оттенком. В лёгких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум над мечевидным отростком и по правому краю грудины в нижней её трети.

Тахикардия до 110 уд/мин, Ч/Д 26 в 1 мин. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см, мягко-эластичной консистенции. Пальпируется селезёнка на 1 см ниже рёберного края. В анализе крови Нв 104 г/л, лейкоц 12*10⁹/л, СОЭ 60 мм /час. ЭХО КГ – на створках трикуспидального клапана определяются «пушистые» вегетации, регургитация 2-3 ст.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования больного.
-
- Какие изменения Вы ожидаете увидеть в результатах исследований?
- Каков прогноз у данного больного?

ЗАДАЧА №6

Больной 27 лет перенёс ОРВИ, осложнившуюся бактериальным фарингитом. Специфического лечения не получал. Через две недели появилось недомогание, головная боль, вялость. Стал отмечать небольшие отёки по утрам на лице, к вечеру – отёки стоп и голеней. Обратился к участковому врачу, выявлено повышенное АД, назначен анаприлин. Улучшений не было. Через несколько дней в анализе мочи была обнаружена протеинурия, эритроциты 30-40 в п/зр.

- Ваш предварительный диагноз.
- Ваша тактика
- Назначьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №7

Больной 43 лет заболел 7 месяцев назад. После перенесённой ангины появились отёки, артериальная гипертензия, моча цвета «мясных помоев». Лечился в стационаре, получал фуросемид, ампициллин, гипотензивные препараты. Было некоторое улучшение, но все симптомы не исчезли. Месяц назад состояние больного вновь ухудшилось: усилилась головная боль, тупые боли в поясничной области, слабость, ухудшение зрения. Госпитализирован.

При осмотре: бледен, лицо одутловато. Выраженные отёки голеней, стоп, поясничной области. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 64 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. В нижних отделах лёгких незвонкие влажные хрипы. Печень у рёберного края. ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка. Глазное дно – гипертоническая ангиоретинопатия.

- Предварительный диагноз.
- О каком синдроме Вы должны подумать прежде всего?
- План обследования больного.
- Какой препарат является препаратом выбора при подтверждении Вашего предположения о ведущем синдроме?

ЗАДАЧА №8

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв

100 г/л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,2‰, лейкоциты 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- С чем связаны, по Вашему мнению, отеки у больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

ЗАДАЧА №9

Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Hb 42 г/л, лейкоциты $10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/час, мочевины

14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N-48-98). Суточное количество мочи 2800 мл.

В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099‰, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты 8-10 измененных в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.

- О каком заболевании можно думать?
- Какие исследования должны подтвердить диагноз?

ЗАДАЧА №10

Больная 25 лет жалуется на тупую боль в поясничной области, отдающую в нижние отделы живота, частое болезненное мочеиспускание. Заболела 2 года назад после родов. В анамнезе частые ангины. Состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Симптом поколачивания слабopоложительный. В анализе крови: эритроциты $4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи: относительная плотность 1004-1010, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в п/зр, выщелоченных эритроцитов 10-15 в п/зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр. Уровень креатинина крови 82 мкмоль/л.

- О каком заболевании следует думать?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Ваш примерный план лечения.

ЗАДАЧА №11

У больной 27 лет после ангины появились отеки стоп, АД 150/100 мм рт.ст., протеинурия до 1,65‰, микрогематурия. Диагностирован острый гломерулонефрит. Проведено лечение пенициллином, гипотензивными и мочегонными средствами неэффективно. В течение 2 месяцев держаться выраженные отеки лица, голеней, стоп, стойкая протеинурия (до 6,6‰), АД 130/90 – 150/100 мм рт.ст.

- Какие особенности течения ОГН имеют место в данном случае?
- Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
- Коррекция лечения.

ЗАДАЧА №12

Больной 26 лет через неделю после купания в холодной воде появилась одутловатость лица, отметил покраснение мочи, тяжесть голове. При осмотре выявлено повышение АД до 180/100 мм рт. ст., в анализах мочи – протеинурия 6,6‰ и гематурия.

С детства страдает хроническим гнойным бронхитом, подозревали наличие бронхоэктазов, но специальных исследований не проводилось. Анализ крови без отклонений от нормальных

показателей, СОЭ 16 мм/час. Уровень креатинина сыворотки крови нормальный.

- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Показана ли этому больному пункционная биопсия почек?
- Программа лечения больного в зависимости от выявленной патологии.

ЗАДАЧА №13

Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоточечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему главному дну.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Назначьте лечение.
- Каков прогноз?

ЗАДАЧА №14

У 21-летнего студента на фоне хорошего самочувствия и занятий с полной нагрузкой появилось болезненное опухание большого пальца на стопе, прошедшего от ультрафиолетового облучения. Через некоторое время развилась слабость, головокружение, носовые кровотечения, анемия (70 г/л). В анализе мочи белок 0,99%0, эритроциты 10-20 в п/зр, лейкоциты 5-8 в п/зр, относительная плотность 1006. В анализе крови Hb 62 г/л, эритроциты $1,94 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ 72 мм/час.

В сыворотке крови креатинин 1570 мкмоль/л. Глазное дно: сужение артерий и расширение вен сетчатки. Диагностирована фолликулярная ангина, температура 38,50, вскоре снизившаяся до нормальных цифр. Рвота, судороги, спутанное сознание, шум трения перикарда. Через две недели после поступления в клинику больной умер.

- Сформулируйте клинический диагноз. Назовите основные синдромы.

ЗАДАЧА №15

Больная 65 лет заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38,0.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области. В анализе крови: Hb 110 г/л, лейкоциты $12,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты $0,9 \cdot 10^3/мл$, лейкоциты $80 \cdot 10^3/мл$.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

ЗАДАЧА №16

Больной 40 лет обратился к врачу с жалобами на изменение цвета мочи («мясные помои») в течение нескольких дней. Аналогичные эпизоды отмечал три месяца назад, к врачу не обращался. Температура тела не повышена, самочувствие вполне удовлетворительное.

- Какие дополнительные сведения нужно получить из анамнеза настоящего заболевания и анамнеза жизни?
- Перечислите заболевания, о которых нужно думать в первую очередь?
- Назначьте план обследования больного.
- Какие изменения в анализе мочи Вы ожидаете увидеть?
- По результатам данных обследования в консультации каких специалистов может нуждаться больной?
- Как Вы относитесь к назначению гемостатических препаратов в данном случае?
- Какие рекомендации по диете Вы дадите больному?

ЗАДАЧА №17

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, головную боль, массивные отёки ног, поясничной области, передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что больная в течение 15 лет страдает сахарным диабетом. Последние два года получает инсулин. Диабет в настоящее время в стадии компенсации. Год назад больная перенесла инфаркт миокарда, артериальная гипертензия с 40-летнего возраста.

- Какие вопросы необходимо задать больной для уточнения диагноза?
- Ведущий синдром у больной.
- Чем может быть обусловлен данный синдром в данном случае?
- Какие изменения Вы можете обнаружить в анализе мочи?
- Какие Ваши дальнейшие действия в зависимости от результатов анализа мочи?
- Что Вы ожидаете увидеть при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
- Какие изменения белковых фракций крови могут быть обнаружены?
- Появление лихорадки, асимметричных отёков на нижних конечностях о каком осложнении заставит Вас подумать?

ЗАДАЧА №18

Больной 48 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, β -блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован.

В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин, А/Д 110/70 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв. показатель 0,78, ретикулоциты 10‰, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм 72%, эоз 2%, лимф 18%, мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л. Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар

крови в пределах нормы. ЭГК – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

- Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного?
- Чем они обусловлены?
- Предварительный диагноз.
- Составьте план обследования.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №19

Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, появившиеся в течение последних 6 месяцев. Отмечала также снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии, за это время выросла на 6 см (рост 170 см). Менструации с 12 лет, обильные по 6 дней, безболезненные.

При осмотре – астеничного телосложения, отмечена ломкость и деформация ногтей в виде поперечной исчерченности. Бледность кожи и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке и по левому краю грудины. ЧСС 90 ударов в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Анализ крови: Нв – 76 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,6, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты $325 \cdot 10^9/л$, лейкоц $3,5 \cdot 10^9/л$, п/я 1%, сегм 50%, э 2%, лимф 37%, мон 10%,

СОЭ 18 мм/час. Сывороточное железо 4,5 ммоль/л. При R0исследовании желудка, ирригоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии патологии не выявлено.

- Какие вопросы ещё Вы зададите больной?
- Предполагаемый диагноз.
- Дополнительные методы исследования и консультации специалистов для уточнения диагноза.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №20

Больная 45 лет жалуется на боли в животе, метеоризм, тошноту, поносы, чередующиеся с запорами. В течение последних двух лет появилась слабость, периодические обмороки, сердцебиения, одышка.

При осмотре бледна, кожа сухая, тургор снижен. Ногти расслаиваются, деформированы. Ангулярный стоматит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца сохранены, учащены до 100 уд в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, болезнен в эпигастрии, в области пупка и по ходу толстой кишки. Печень и селезёнка не пальпируются. При ЭГДС – гастродуоденит, обнаружена небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гинекологической патологии не выявлено. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,63, ретикулоциты 2%, тромбоциты $300 \cdot 10^9/л$, лейкоц $4,2 \cdot 10^9/л$, п/я 8%, сегм 52%, э 2%, лимф 30%, мон 8%, СОЭ 36 мм /час. Сывороточное железо 9 ммоль/. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании пищевода, желудка и тонкой кишки выявлена картина энтерита.

- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больной.
- Предполагаемый диагноз.
- Врачебная тактика.

ЗАДАЧА №21

Больная 35 лет обратилась к терапевту по направлению женской консультации, где она наблюдалась по поводу беременности (20 недель) в связи со снижением уровня гемоглобина. В течение года упорные поносы, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Во время

беременности поносы уредились, прибавила в весе, но в течение последнего месяца появилась слабость, головокружение.

При осмотре бледна. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 92 удара в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета с единичными афтами. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, параумбиликальной области, печень не увеличена.

Анализ крови: Нв 80 г/л, эр 2,0*10¹²/л, цв.показатель 1,1, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты 250*10⁹/л, макроцитоз, лейкоз 3,2*10⁹/л, п/я 3%, сегм 65%, эоз 1%, лимф 25%,

мон 6%, полисегментация ядер нейтрофилов, СОЭ 26 мм рт.ст.

- Предполагаемый диагноз.
- Лечение.

ЗАДАЧА №22

Больная 61 года поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, похудание, снижение аппетита, отвращение к мясу, боли в эпигастрии, шум в ушах.

Объективно: резко пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледны, кожа с землистым оттенком. Грудина при поколачивании умеренно болезненна. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. ЧСС 92 уд. В 1 мин. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Где пальпируется плотное образование, легко смещаемое, с неровными контурами. Печень на 2 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр 1,75, цв.показатель 1,3, лейкоз 5,5, э 1%, п/я 8%, сегм 60%, лимф 23,5%, мон 8%, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты 1800, СОЭ 39 мм/час. Макроцитоз.

- Предполагаемый диагноз
- Составьте план обследования больной.
- Какие изменения Вы ожидается увидеть в миелограмме?
- Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА №23

Больная 42 лет страдает меноррагиями с юности. У больной неоднократно снижался гемоглобин до 85-90 г/л, эритроциты 3,8*10¹²/л, цветовой показатель 0,75. Получала перорально препараты железа с эффектом. Настоящее ухудшение после перенесённой ОРВИ, усилилась слабость, появились головокружения, ухудшился аппетит, похудела. Снижение гемоглобина при поступлении в клинику 72 г/л, цветовой показатель 0,65. На фоне лечения препаратами железа отмечена положительная динамика, улучшилось самочувствие, повысился Нв до 113 г/л. Однако оставался сниженным аппетит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больная в дальнейшем пребывании в клинике?

ЗАДАЧА №24

Больная 45 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах.

Объективно: несколько повышенного питания, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический

шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края рёберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анализ крови: Нв 56 г/л, эр $1,2 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 1,4, лейкоц $2,5 \cdot 10^9/л$, эоз 0%, п/я 4%, сегм 56%, лимф 36%, мон 4%, СОЭ 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов.

- Предварительный диагноз.
- Какие синдромы выявлены у больной?
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №25

Больная 70 лет выписана из клиники с диагнозом анемия Аддисон-Бирмера. При выписке самочувствие больной вполне удовлетворительное. Одышки в покое и незначительной нагрузке нет, остаётся небольшая слабость. Appetit хороший.

При осмотре в поликлинике: кожа несколько бледна, слизистые обычной окраски. ЧД 18-20 в 1 мин. АД 140/80. Язык со сглаженным сосочковым слоем, красный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,3 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 1,0, лейкоц $5,1 \cdot 10^9/л$, э 2%, сегм 70%, лимф 21%, мон 4%, тромбоциты $210 \cdot 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час.

- Ваша дальнейшая тактика.

Раздел 6. Профессиональные болезни.

Задача № 1.

Больной Н., 34 г., работал в течение 14 лет формовщиком в литейном цехе. Профессиональные вредности: кварцсодержащая пыль (концентрация в 4 раза превышала ПДК), повышенная температура воздуха в помещении.

При поступлении на работу признавался практически здоровым. Через 10 лет от начала работы появились кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость.

Объективно: в легких хрипов нет, дыхание ослабленное.

ОАК в пределах нормы, при биохимическом исследовании крови выявлена небольшая гамма-глобулинемия. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлены эмфизема легких, деформация легочного рисунка за счет мелкопятнистых теней узелкового типа.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Хронический пылевой бронхит
 - б. Хроническая пневмония
 - в. Силикоз
 - г. Туберкулез легких
 - д. Асбестоз
2. Течение заболевания
 - а. Быстро прогрессирующее
 - б. Медленно прогрессирующее
 - в. Регрессирующее
3. Основной фактор, вызвавший развитие болезни
 - а. Кварцсодержащая пыль
 - б. Повышенная температура воздуха
 - в. Пониженная температура воздуха
4. Окончательное заключение о профессиональном характере заболевания может

осуществить

- а. Врач-терапевт
- б. Врач-пульмонолог
- в. Врач-профпатолог (единолично)
- г. Врач-профпатолог (в составе ВК)

Задача №2

Больной 33 года, в течение 12 лет работал на горно-обогатительной фабрике, имел контакт с минеральной пылью, содержащей менее 1% свободной двуокиси кремния (ПДК превышалось в 2 раза) и неблагоприятными температурными условиями. При прохождении им первичного медосмотра (ПМО) признавался практически здоровым, 3 года назад появились кашель со скудной мокротой, одышка при физической нагрузке, обострения 2-3 раза в год. Температура тела не повышалась. При физикальном обследовании: в легких жесткое дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы.

ОАК без патологии.

При рентгенологическом исследовании легких изменения не обнаружены.

- 1. Предварительный диагноз:
 - а. Силикоз
 - б. Хронический пылевой бронхит
 - в. Пневмония
 - г. Эмфизема легких
- 2. Стадия заболевания
 - а. Первая
 - б. Вторая
 - в. Третья
- 3. Какие факторы сыграли основную роль в развитии заболевания
 - а. Контакт с минеральной пылью
 - б. Неблагоприятные метеоусловия
 - в. Наследственная предрасположенность
 - г. Вирусная инфекция

Задача № 3.

Больной 43 года в течение последних четырех лет работал на предприятии по производству асбестовых изделий, имел контакт с асбестовой пылью, превышающей ПДК в 3 раза. В течение последних 2 лет отмечает кашель с трудноотделяемой мокротой с обострениями 3-4 раза в году, одышку при небольшом физическом напряжении, боли в грудной клетке, общую слабость.

При прохождении ПМО признавался практически здоровым.

При аускультативном обследовании в легких на фоне несколько ослабленного дыхания определяются единичные рассеянные сухие хрипы.

ОАК без патологии. При рентгеноскопическом исследовании ОГК нерезкое усиление легочного рисунка сетчатого характера, утолщение плевры, незначительное уплотнение легочных корней.

- 1. Предварительный диагноз:
 - а. Силикоз
 - б. Асбестоз
 - в. Карбокониоз
 - г. Силикосидероз

2. Предполагаемая стадия заболевания
 - а. Первая
 - б. Вторая
 - в. Третья
3. Какой основной фактор сыграл роль в развитии заболевания
 - а. Контакт с асбестовой пылью
 - б. Неблагоприятные метеоусловия
 - в. Наследственная предрасположенность

Задача №4

Больной 35 лет в течение 16 лет работал забойщиком на угольной шахте, имел контакт с угольной пылью, превышающей ПДК в 4 раза. В течение последних двух лет отмечает кашель с выделением мокроты серого цвета, одышку при физической нагрузке.

При физикальном исследовании: грудная клетка расширена в базальных отделах, подвижность нижних краев легких ограничена, перкуторно-коробочный звук над боковыми отделами легких; аускультативно – рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии

При рентгенологическом исследовании ОГК выявлено усиление и деформация легочного рисунка, признаки базальной эмфиземы.

1. Предполагаемый диагноз:
 - а. Антракоз, пылевой бронхит
 - б. Пылевой бронхит
 - в. Силикоз
 - г. Силикосидероз
2. Какое основной фактор сыграл роль в развитии заболевания
 - а. Угольная пыль
 - б. Кварцсодержащая пыль
 - в. Неблагоприятные метеоусловия
3. Какие основные синдромы можно выделить
 - а. Бронхообструктивный
 - б. Повышенной возбудимости
 - в. Интоксикационный
 - г. Воспалительный

Задача № 5.

Больной Н., 37 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с незначительным отделением мокроты, боли в области грудной клетки в течение последнего года. Последние годы работал на производстве по изготовлению изделий пиротехники, имел контакт с порошкообразным аммиаком. Средствами индивидуальной защиты пользовался не регулярно. Курит с 18 лет.

При физикальном исследовании: перкуторно коробочный звук над нижними отделами легких; аускультативно – единичные рассеянные хрипы. ОАК без патологии.

На рентгенограмме ОГК – усиление и деформация легочного рисунка, множественные узелковые образования с четкими контурами диаметром 0,5-0,7 см, повышенная прозрачность легочных полей в нижних отделах.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Хронический пылевой бронхит
 - б. Алюминоз
 - в. Хроническая пневмония
 - г. Силикоз

2. Основные факторы, вызвавшие развитие болезни
 - а. Кварцосодержащая пыль
 - б. Пыль металла
 - в. Метеорологические факторы
 - г. Курение
3. Данное заболевание относится к группе
 - а. Силикоза
 - б. Метакониозов
 - в. карбокониозов

Задача № 6.

Больная С., 33 года, жалобы на приступы затрудненного дыхания во время работы в течение последнего года. В выходные дни и в отпускной период приступы отсутствуют. Работает в течение 13 лет на фармацевтическом производстве, имеет контакт с лекарственными препаратами (антибиотиками).

При ПМО признавалась практически здоровой. Частые респираторные заболевания отрицает.

Объективно: со стороны внутренних органов не выявлено. В ОАК эозинофилия. При рентгенологическом исследовании ОГК патология не обнаружена.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Пылевой бронхит
 - б. Силикоз
 - в. Профессиональная бронхиальная астма
 - г. Непрофессиональная бронхиальная астма
 - д. Обструктивный бронхит
2. Основной фактор, вызвавший развитие болезни
 - а. Профессиональный контакт с антибиотика
 - б. Инфекционный
 - в. Метеорологический
 - г. Бытовой контакт с антибиотиками
3. Степень заболевания
 - а. Легкая
 - б. Среднетяжелая
 - в. Тяжелая
4. В целях дополнительного обследования показаны
 - а. исследование внешнего дыхания
 - б. аллергологические пробы
 - в. бронхоскопия
 - г. бронхография

Задача № 7

Больной, 40 лет, работал обрубщиком в течение 20 лет. Имел контакт с легкой вибрацией (70% рабочего времени с параметрами выше ПДУ). Болеет в течение последующих 5-6 лет.

Жалобы на постоянные ноющие боли, онемение, слабость пальцев рук, повышенную чувствительность к низким температурам, зябкость, побеление пальцев правой руки.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: функция ЧМН не нарушена. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Координация и статика не нарушены. Отмечается гипергидроз ладоней. Кисти рук цианотичные. Температура кожи рук 25,7о.

Паллестециометрия: на руках пороги вибрационной чувствительности повышен на высоте 30 кг.

Динамометрия справа 20 кг, слева – 30 кг.

РВГ: **** интенсивности пульсового кровенаполнения артерий кистей и предплечий, артериальный тонус повышен, признаки венозного полнокровия. При рентгенографии кистей патологии не выявлено.

1. Имеются клинические синдромы:
 - а. Вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей
 - б. Ангиоспастический
 - в. Полиневропатический
 - г. Вестибулярный
2. Клинический диагноз
 - а. Вибрационная болезнь 1-2 ст.
 - б. Вибрационная болезнь 2-3 ст.
 - в. Болезнь Рейно
 - г. ссингомиелия
3. Противопоказана работа с
 - а. Вибрацией
 - б. Охлаждением
 - в. Нервным напряжением

Задача № 8

Больной 30 лет, в течение 3 лет работал на предприятии по производству кинескопов. Последние 7 лет работает бухгалтером. Заболел ОРВИ, принимал антибиотики. Отмечено появление на этом этапе значительной одышки, резкий подъем температуры, кашель. В легких выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные узелковые тени в легких. Обнаружено снижение диффузной способности легких.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Пневмония
 - б. Асбестоз
 - в. Силикоз
 - г. Бериллиоз
2. Основной этиологический фактор заболевания
 - а. Бериллий
 - б. Кварцесодержащая пыль
 - в. Вирусная инфекция
 - г. Угольная пыль
3. Развитие заболевания
 - а. Быстро прогрессирующее
 - б. Медленно прогрессирующее
 - в. Регрессирующее
4. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать диагностику
 - а. Милиарный туберкулез
 - б. Синдром Хаммена-Рича
 - в. Саркоидоз
 - г. Пневмония

Задача №9

Больная К., 35 лет, в течение 17 лет работала на предприятии химической промышленности в контакте с сероуглеродом с превышением ПДК в 5-10 раз. При ПМО признавалась практически здоровой.

Жалобы на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, повышенную утомляемость. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологический статус: ЧМН – постоянный горизонтальный нистагмод в обе стороны.

Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде перчаток и носков. Координация и статика в норме. Сухожильные рефлексы оживлены, патологических знаков нет. Гипергидроз кистей и стоп. Колебания АД от 110/70 до 150/90 мм рт.ст. Эмоционально лабильна.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация сероуглеродом
 - б. Хроническая интоксикация сероуглеродом
 - в. Нейро-циркуляторная дистония
 - г. Болезнь Рейно
2. Основные клинические синдромы
 - а. Астено-вегетативный
 - б. Вегетативно сенсорная невропатия конечностей
 - в. Вестибулярный
3. Противопоказана работа в контакте
 - а. С токсическими веществами
 - б. Со значительным физическим напряжением
 - в. Любой вид работы

Задача №10

Больной 70 лет, жалобы на постоянную одышку смешанного характера, кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, в течение 3-х месяцев присоединилась субфебрильная температура по вечерам, потливость.

В 50-летнем возрасте выставлен диагноз силикоз 1-2 стадии в областном центре профпатологии. Профмаршрут: в течение 14 лет работал проходчиком на шахте ТВМК. После выявления силикоза переведен на другую работу.

В настоящее время инвалид по профзаболеванию. Курит много лет.

В ОАК СОЭ 30 млн/час. На рентгенограмме ОГК легочной рисунок усилен, легочные поля эмфизематозны, на этом фоне множественные узелковые тени в базальных отделах до 1 см в диаметре, в верхней доле левого легкого очаговая тень размером 2х2 см.

1. Какое осложнение силикоза можно предположить:
 - а. Пневмония
 - б. Силикотуберкулез
 - в. Хронический бронхит
 - г. Синдром Каплана
2. Для подтверждения диагноза показано
 - а. Проба Манту
 - б. Проба Квейма
 - в. паллестезиометрия
3. Необходимо обследование и лечение в условиях
 - а. Фтизиатрического лечебного учреждения
 - б. Пульмонологического отделения
 - в. Центра профпатологии

Задача №11

Больной 35 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение больницы. Рабочий предприятия по производству красителей. В результате аварийной ситуации на производстве имел контакт с аминобензолом. Появился внезапный кашель, чихание, головная боль, головокружение, тошнота, слабость.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и слизистые серо-синей окраски. В легких жесткое дыхание, ЧДД 25 в минуту, пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 100-60 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация аминсоединениями
 - б. Пищевая токсикоинфекция
 - в. Ботулизм
2. Патогенез интоксикации обусловлен образованием
 - а. Метгемоглобина
 - б. Карбоксигемоглобина
 - в. Сенсibilизация организма к аминсоединениям бензола
3. В периферической крови находят
 - а. Ретикулоцитоз
 - б. Тельца Гейкца
 - в. Тромбоцитоз
4. Степень отравления можно оценить как
 - а. Легкую
 - б. Среднетяжелую
 - в. Тяжелую

Задача № 12

Больной 42 года, механик авторемонтной мастерской, в день обращения занимался ремонтом автомобиля с плохой вентиляцией. Прежде считал себя практически здоровым.

Жалобы на слабость, головную боль, головокружение, тошноту.

Объективно: заторможен, кожа бледно розовой окраски. Тону сердца приглушены, ЧСС 90 в минуту, АД 110/80 мм рт.ст. живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. В крови НвСО 25%.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация окисью углерода
 - б. Острая интоксикация сероуглеродом
 - в. Острая интоксикация сероводородом
 - г. Острая интоксикация хлором
2. Патогенез интоксикации обусловлен
 - а. Образованием метгемоглобина
 - б. Образованием карбоксигемоглобина
 - в. Острым гемолизом
3. Степень интоксикации
 - а. Легкая
 - б. Среднетяжелая
 - в. Тяжелая
4. Показаны следующие мероприятия:
 - а. Экстренная госпитализации
 - б. Оксигенотерапия
 - в. Кофеин, аскорбиновая кислота парентерально
 - г. Согревание
 - д. Все перечисленное

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка «**отлично**» выставляется ординатору, который: В полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка «хорошо» выставляется ординатору, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка «неудовлетворительно» выставляется ординатору, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4-х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РЕФЕРАТА

Работа выполняется на стандартных машинописных листах (формат А4) с одной стороны на компьютере в редакторе MS Word 97-2003, делится на абзацы, начало которых пишется с красной строки (отступ красной строки 1,25 пт).

Работа брошюруется.

Примерный объем работы определяется преподавателем. В этот объем включается: оглавление, введение, основной текст, заключение, список использованных источников.

Все страницы, начиная с 3-й (Введение), нумеруются по порядку от титульного листа и оглавления (на них нумерация не ставится) до последней страницы без пропусков и добавлений. Приложения не нумеруются и в нумерацию страниц не включаются. Порядковый номер печатается от центра верхнего поля страницы, начиная с цифры 3.

Текст печатается через 1,5 интервал между строками, шрифтом Times New Roman размером 12 пт. Страница с текстом должна иметь левое поле 30 мм, правое – 10 мм, верхнее и нижнее 20 мм (ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов»).

Каждый раздел работы необходимо начинать с новой страницы, параграфы (подразделы) располагать друг за другом вплотную. Фамилии, названия учреждений, организаций, фирм требуется приводить на языке оригинала.

Первым листом работы является титульный лист, оформляемый в соответствии с прилагаемым образцом (прил. 1).

На втором листе помещается оглавление, где указываются основные разделы работы и соответствующие им страницы. Основными разделами работы являются введение, главы основного текста, заключение, список использованных источников и литературы. Желательно, чтобы оглавление помещалось на одной странице. Текст должен соответствовать оглавлению как по содержанию, так и по форме. Введение, отдельные главы и заключение всегда в самом тексте начинаются с новой страницы. Перенос слов в заголовках не допускается. Пример оглавления смотрите в Приложении 2.

Заголовки

Заголовки разделов необходимо печатать заглавными буквами полужирным шрифтом 14 размера симметрично тексту без подчеркивания, через один интервал. Точку в конце заголовка не ставить. Если заголовок состоит из двух и более предложений, их разделять точкой. Переносы слов в заголовке не допускаются.

Заголовки подразделов печатаются строчными буквами (кроме первой заглавной) с абзаца полужирным шрифтом 12 размера. Заголовок подраздела не должен быть последней строкой на странице. Пример оформления заголовков приведен ниже.

Острые формы ИБС Инфаркт миокарда 1.1 Этиология Инфаркт миокарда– это...
--

Все заголовки и подзаголовки следует выделить шрифтом, отличным от шрифта основного текста и выровнять по центру. Стили заголовков - Основной, Заголовок 1, Заголовок 2, Заголовок 3 и т.д.

Отдельные части работы (разделы и подразделы) должны иметь заголовки и порядковую нумерацию. Например, главы (разделы) 1.,2.,3. и т.д., подразделы (параграфы) - нумерацию в пределах каждой главы, например, §1, §2, §3 или 1.1, 1.2, 1.3, при более дробном делении - 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3. Если параграф имеет только один пункт, то выделять и нумеровать его не следует.

Оформление таблиц

Таблицы помещают непосредственно после абзацев, содержащих ссылку на них, а если места недостаточно, то в начале следующей страницы.

Обычно таблица состоит из следующих элементов: порядкового номера и тематического заголовка; боковика; заголовков вертикальных граф, основной части.

Тематические заголовки таблицы рекомендуется печатать через один интервал. Заголовки граф располагают центрировано относительно горизонтальных и вертикальных линий.

Все таблицы должны быть пронумерованы. Система нумерации может быть сквозной или поглавной. Над правым верхним углом таблицы помещают надпись *Таблица* с указанием номера таблицы (например, *Таблица 1*) без значка № перед цифрой и точки после нее. Таблицы снабжают тематическими заголовками, которые располагаются посередине страницы и пишут прописным шрифтом без точки в конце. Напр.:

Таблица 1

Дифференциально-диагностические критерии ХОБЛ и БА

Симптом	ХОБЛ	БА
Одышка	Инспираторная одышка	Экспираторная одышка

Если таблица в тексте одна, то нумерационный заголовок опускают. Строки многострочных заголовков можно располагать двумя способами: либо все строки печатать симметрично по ширине графы, либо только наибольшие, а остальные выравнять по ним слева.

В одноярусной головке все заголовки печатают с заглавной, а последующих – с заглавной, если они самостоятельны, и со строчной, если подчинены заголовку верхнего яруса. Например:

Симптом	
Боль в животе	Тошнота

Доза	
разовая	суточная

Сноски к таблице печатают непосредственно под ней.

Если таблица не помещается на одной странице, то ее выносят в приложение. При переносе таблицы на следующую страницу головку таблицы следует повторить и над ней поместить *Продолжение табл. 1*. При переносе таблицы на другую страницу нумеруют заголовки граф. Тогда на новой странице заголовки граф заменяют цифрами. Тематический заголовок при этом можно не повторять.

Строки боковика таблицы выравнивают по левому краю. Наибольший по длине элемент располагают по центру. Текст всех строк боковика печатают с заглавной буквы. Двухстрочные и многострочные элементы боковика печатают через 1 интервал одним из следующих способов: первую строку без абзацного отступа, последующие с отступом в два знака; первую строку с абзацного отступа (два знака), последующие – без отступа от левого края. Рубрики в боковике таблицы печатают с отступом. Перед перечислением ставят двоеточие. В таблице не должно быть пустых граф. Текст в графах располагают от левого края (преимущественно) или центрируют.

Обозначение единиц величин рекомендуется присоединять к заголовку без предлога и скобок, например: Длина, м.

Числа в графах делят на разряды и располагают единицы под единицами, десятки под десятками и т.д. Числовые значения неодинаковых величин располагают посередине строки. Диапазон значений выравнивают по тире (многоточию).

Списки

Список – последовательный перечень каких либо наименований, действий и т.д. Списки подразделяются на нумерованные и ненумерованные (маркированные). Любой из этих двух видов списка может подразделяться на одноуровневый и иерархический (многоуровневый). Нумерованные списки следует оформлять при помощи арабских цифр, отделяя от содержимого списка точкой или скобкой. Маркированный список следует оформлять при помощи длинного тире. Позиция номера или маркера списка должна совпадать с позицией красной строки.

Иллюстративный материал

В качестве иллюстраций можно использовать черно-белые и цветные фотографии, рисунки, чертежи, схемы, диаграммы, номограммы. Размеры иллюстраций не должны превышать формата страницы с учетом полей. Вспомогательные рисунки, крупные схемы и чертежи выносят в приложения.

В тексте, где идет речь о теме, связанной с иллюстрацией, помещают ссылку либо в виде заключенного в круглые скобки выражения (*рис.3*) либо в виде оборота типа «...как это видно на *рис.3*».

Иллюстрации помещают непосредственно ниже абзацев, содержащих упоминание о них. Если места недостаточно, то – в начале следующей страницы.

Если ширина рисунка больше 8 см, то его располагают симметрично посередине. Если его ширина менее 8 см, то рисунок лучше расположить с краю, в обрамлении текста. Под рисунком располагают подрисуночную подпись. Подпись включает сокращенное обозначение рисунка, порядковый номер и тематическое название. В состав подрисуночной подписи может входить также экспликация, которая представляет собой описание отдельных позиций рисунка (рис.1). Точку в конце подрисуночной подписи не ставят.

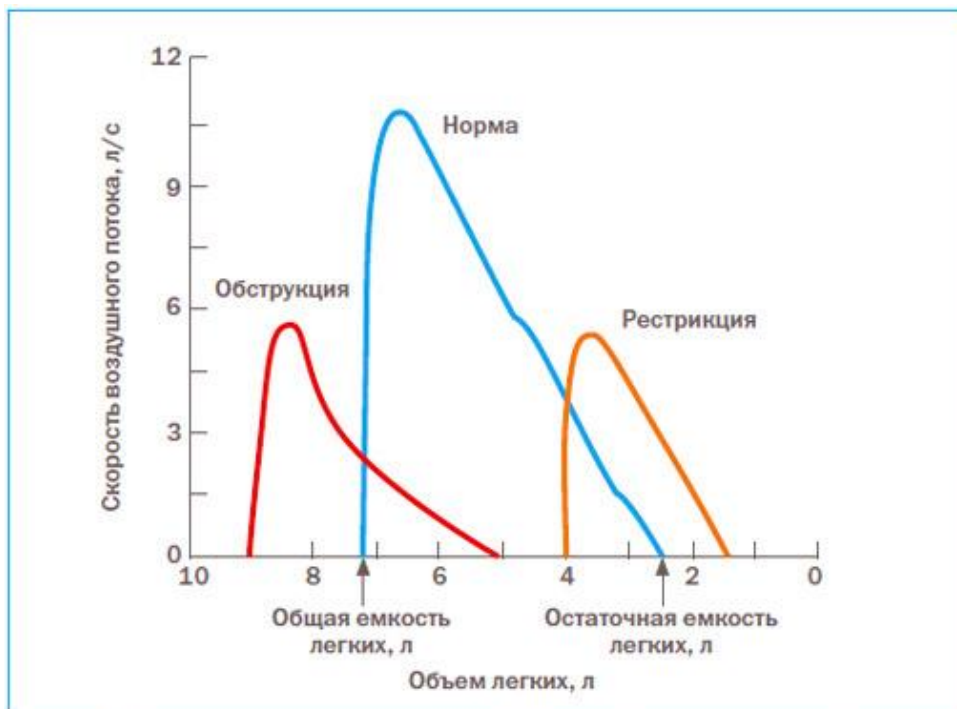


Рисунок 4. Типичные петли экспираторной объемной скорости кривой «поток — объем» у здорового человека и больных с обструктивной и рестриктивной патологией. При БО объем легких увеличен и кривая сдвинута влево. Объемные скорости потока выдоха уменьшены при всех патологических объемах легких, при рестрикции объем легких снижен и кривая сдвинута вправо. Хотя пиковая объемная скорость потока уменьшена, объемные скорости экспираторного потока увеличены по сравнению с таковыми у здорового человека при том же объеме легких

Позиции (элементы) рисунка обозначают, как правило, арабскими цифрами на выносных линиях или буквами русского алфавита, либо условными обозначениями. Цифры располагают последовательно слева направо, сверху вниз или по часовой стрелке.

Разъяснение позиций дают либо в подрисуночной подписи, либо в тексте в процессе описания – путем присоединения соответствующей цифры (буквы) без скобок при первом упоминании элемента.

Схемы выполняют без соблюдения масштаба, не учитывая пространственного расположения составных частей изделия.

Результаты обработки числовых данных можно представить в виде графиков (рис.2). Графики используются как для анализа, так и для повышения наглядности иллюстрируемого материала.

Оси абсцисс и ординат графика вычерчиваются сплошными линиями. На концах координатных осей стрелок не ставят (рис.2). Числовые значения масштаба шкал осей координат пишут за пределами графика (левее оси ординат и ниже оси абсцисс).



Рис. 2. АГ в России

По осям координат должны быть указаны условные обозначения и размерности отложенных величин в принятых сокращениях. На графике следует писать только принятые в тексте условные буквенные обозначения. Надписи, относящиеся к кривым и точкам, оставляют только в тех случаях, когда их немного, и они являются краткими. Многословные надписи заменяют цифрами, а расшифровку приводят в подрисуночной подписи.

Нумерация рисунков может быть как сквозной, так и индексационной поглавной. Например: *Рис.6.*, *Рис.2.7.*

Если рисунок в книге (статье) один, то он не нумеруется. Пояснение частей иллюстрации, расшифровку условных обозначений можно включить в состав подписи.

Приложения

В качестве приложений используют дополнительный материал, чаще всего вспомогательного характера: образцы выполнения работ, расчетов, разного рода таблицы, формы, таблицы, схемы, чертежи, вспомогательные рисунки и т.п. В тексте, где идет речь о теме, связанной с приложением, помещают ссылку в виде заключенного в круглые скобки выражения (*Приложение 3*).

Приложения располагают в конце работы после списка литературы отделяя их от работы листом с надписью ПРИЛОЖЕНИЯ. Слово Приложение пишут справа вверх. Если приложений несколько, то их нумеруют. Знак № и точку не ставят. Можно выделить разрядкой, курсивом или прописными буквами.

Библиографическое оформление работы

Библиографическое оформление работы (ссылки, список использованных источников и литературы) выполняется в соответствии с едиными стандартами по библиографическому описанию документов – ГОСТ 7.1-2003 “Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления”; ГОСТ 7.12-77 “Сокращение русских слов и словосочетаний в библиографическом описании”; ГОСТ 7.11-78 “Сокращение слов и словосочетаний на иностранных языках в библиографическом описании”; ГОСТ 7.80-2000 “Библиографическая запись. Заголовок. Общие требования и правила составления”; ГОСТ 7.82-2001 “Библиографическое описание электронных ресурсов: общие требования и правила составления”.

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с красной строки.

Нумерация источников в списке сквозная.

Образцы библиографического описания документов даны в Приложении 3.

Использование и оформление ссылок и цитат

При написании работы ординатору часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

В работах, как правило, используются затекстовые ссылки. **Затекстовые ссылки** – это указание источников цитат с отсылкой к пронумерованному списку литературы, помещенному в конце реферативной работы.

Ссылки на использованные источники указываются порядковым номером по списку источников, выделенным скобками: круглыми (16) или квадратными [17].

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- а) текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания.
- б) цитирование должно быть полным, без искажения смысла. Пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска.

в) каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов. Изменения ГОСТа 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» на библиографические ссылки не распространяются и оформляются по ГОСТу 7.1-84 «Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

Порядок сдачи рефератов

Готовые работы брошюруются, вкладываются в папки или переплетаются.

Работа должна быть сдана преподавателю точно в назначенный срок. Работы, не сданные на проверку в установленный срок или оцененные неудовлетворительно, считаются академическими задолженностями, которые ликвидируются в установленные сроки.

Сданные работы ординаторам не возвращаются.

Пример оформления титульного листа реферата

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
Кафедра Внутренних болезней

Реферат
по предмету **«Кардиология»**
на тему:
«Острые формы ИБС. Инфаркт миокарда»

Выполнил:
ординатор гр. 000
Иванов И.С.

Проверил:
профессор, д.м.н.
Котляров А.А.

Приложение 2

2 ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Название.....	10
1.1. Название.....	11
1.2. Название.....	14
2. Название.....	20
Заключение.....	30
Список использованных источников	33
Приложения	

3 Образцы библиографического описания документов (ГОСТ 7.1-2003)

Монографическое библиографическое описание

1 автор

Ерофеев Б.В. Экологическое право: учебник / Б.В. Ерофеев.- М.:Юриспруденция, 1999.- 445с.

2 автора

Катков Д.Б. Конституционное право: вопросы и ответы/ Д.Б. Катков, Е.В. Корчиго.- М.: Юриспруденция, 2000.-189с.

3 автора

Борцов Ю.С. Политология в вопросах и ответах: учебное пособие для вузов/ Ю.С. Борцов, И.Д. Коротец, В.Ю.Шпак.- Ростов н/Дону: Феникс, 1998.-444с.

Более 3 автора – Книга описывается под названием

Российское гуманитарное право: учебное пособие для вузов/ Ю.Л.Тихомиров, В.Е.Чиркин, Л.М. Карапетян и др.; Рос. гос. гуманитар. ун-т. - М.:ПРИОР,1998.-303с.

Описание сборника в целом

Медицина и право: материалы конференции. - М.:Издательство МАП,1999.-157с.

Описание многотомного издания

История отечественного государства и права: учебник: в 2ч./ под ред. О.И. Чистякова.- М.:Издательство БЕК,1996.-Ч.1-2

Описание отдельного тома многотомного издания

История отечественного государства и права: учебник: в 2 ч./ под ред. О.И. Чистякова.- М.: Издательство БЕК,1996.-Ч.1.-342с.

Описание автореферата диссертации

Баданов В.Г. Земство на Европейском Севере России, 1867-1920: автореф. дис....канд. ист. наук/ПетрГУ. -Петрозаводск,1996.-18с.

Статья из газеты

Авдошин А.Не хотите ли тысячу «евро» по низкому курсу? /

А. Авдошин // Российская бизнес-газета.-2001.-25 дек.

Электронные данные

Российская государственная библиотека : [Электронный ресурс] / Центр информ. технологий РГБ; Ред. Т.В. Власенко; Web-мастер Н.В. Козлова. – электрон. дан. – М.: Рос. гос. б-ка, 1997.- Режим доступа : <http://www.rsl.ru>, свободный. – Загл. с экрана. – яз. рус., англ.

Описание базы данных

Российский сводный каталог по НТЛ : [Электронный ресурс] : База данных содержит сведения о зарубеж. и отечеств. кн. и зарубеж. период. изд. по естеств. наукам, технике, сел. хоз-ву и медицине, поступившие в организации – участницы Автоматизированной системы Рос. свод. кат. по науч.-техн. лит.: ежегод. пополнение ок. 30 тыс. записей по всем видам изд. – Электрон. дан. (3 файла). – М., [199-]. – Режим доступа : <http://www.gpntb.ru/win/search/help/rsk.html>. – загл. с экрана.

Законы, указы, постановления, инструкции

О применении судами законодательства, обеспечивающего право на необходимую оборону от общественно опасных посягательств: постановление Пленума Верховного Суда СССР от 16 августа 1984 года // Бюллетень Верховного Суда СССР. - 1984. - № 5.-С.10.

О введении в действие части второй Гражданского кодекса Российской Федерации : федеральный закон от 26 января 1996 года // Собрание законодательства Российской Федерации. - 1996. - № 5. - Ст. 411.

О подоходном налоге с физических лиц: закон Российской Федерации от 7 декабря 1991 г. № 1998-1 // Ведомости съезда НД РФ и ВС РФ.-№12.-Ст.591.

О праве собственности граждан и юридических лиц на земельные участки под объектами недвижимости в сельской местности : указ Президента Российской Федерации от 14.02.1996г. // Собрание законодательства Российской Федерации.- 1996.- №8.- Ст.740.

Положение об охране и использовании памятников истории и культуры: утв. пост. Совета Министров СССР от 16 сентября 1982 г. // Собрание постановлений СССР. - 1982. - Отд. 1. - № 26. - Ст. 133.

Положение о порядке присуждения научным и научно-педагогическим работникам учёных степеней и присвоения научным работникам учёных званий.: утв. постан. Правительства Российской Федерации от 24 октября 1994 г. № 1185 (П. 15) // Бюллетень ВАК Российской Федерации. 1995. - № 1. - С. 3-14.

О рассмотрении судами жалоб на неправомерные действия, нарушающие права и свободы граждан: постановление пленума Верховного суда Российской Федерации от 21 декабря 1993 г. № 10 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. - 1994. - № 3.- С.16.

Типовой договор купли-продажи (купчая) земельного участка: Утв. Комитетом Российской Федерации по земельным ресурсам и землеустройству от 2.06.93 г. //Российская газета. - 1993. - 24 июля.

Инструкция по хранению изделий из натурального меха: утв. упр. хим. чистки и крашения М-ва быт. обслуж. РСФСР 23.11.83. - М., 1984. - 16 с.

Статья из журнала

Яни П.С. Преступное предпринимательство / П.С. Яни // Законодательство.-1999.-№3.-С.78-86.

Статья из сборника

Дубатова Т.Е. Роль прогнозирования в политическом управлении / Т.Е.Дубатова // Политическое управление.- М.,1998.-С.15-23.

Статья из продолжающегося издания

Гаспаров С.Л. Рифма блока / С.Л.Гаспаров //Учен. зап./Тарт. ун-т.- 1979.-Вып.459.-С.34-49.

Статья из энциклопедии

Добровольская Т.Н. Адвокат / Т.Н.Добровольская // БСЭ.-3-е изд.-М.,1974.- Т.1.-С.219.

Электронный диск

Энциклопедия российского законодательства [Электронный ресурс]: 2003, осень-зима: нормативные документы. Комментарии. Толковый словарь.- Электрон. текстовые дан.- М: Гарант-Сервис,2003.- 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).- (Система Гарант; Вып.7)

Электронная статья

Бычков В.В. Эстетика Владимира Соловьева как актуальная парадигма: К 100-летию со дня смерти В.Л. Соловьева:[Электронный ресурс] / В.В. Бычков. – Электрон.ст. – Б.м., Б.г.-Режим доступа к ст.: <http://spasil.ru/biblt/bichov2.htm>

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ по промежуточной аттестации

Примерный перечень тестовых заданий к аттестации по дисциплине «Кардиология»

- а) типовые задания (вопросы) - образец:
1. Для острого гломерулонефрита справедливы утверждения:
 - 1) назначение индометацина обязательно
 - 2) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
 - 3) все перечисленное верно
 - 4) все перечисленное неверно
 - 5) наиболее частая форма ОГН - развернутая
 2. Для нефротической формы хронического гломерулонефрита справедливы утверждения:
 - 1) протеинурия не более 2 гр. в сутки
 - 2) инфекционные осложнения редки
 - 3) часто развивается ангиопатия глазного дна
 - 4) снижение уровня липидов в крови
 - 5) гипоальбуминемия
 3. Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерно все, кроме одного:
 - 1) отмечается наиболее благоприятным течением
 - 2) отмечается наиболее неблагоприятным течением
 - 3) быстро развивается почечная недостаточность
 - 4) развивается гипертрофия левого желудочка
 - 5) показано ограничение в пище поваренной соли
 4. В каких единицах измеряется клубочковая фильтрация?
 - 1) мл/ мин
 - 2) МЕ
 - 3) ммоль/л
 - 4) мл/ч
 - 5) мл/сек
 5. Проба Нечипоренко позволяет определить
 - 1) степень канальцевой реабсорбции
 - 2) величину клубочковой фильтрации
 - 3) уровень креатинина мочи
 - 4) величину лейкоцит- и эритроцитурии
 - 5) величину суточной протеинурии
 6. Для крупозной пневмонии характерно все, кроме одного:
 - 1) усиление бронхофонии и голосового дрожания
 - 2) крепитация
 - 3) бронхиальное дыхание
 - 4) «ржавая» мокрота
 - 5) резкое ослабление или отсутствие дыхания
 7. Подберите препарат: назначается по 0,001 в табл. 2 раза в день, тормозит выделение медиаторов из тучных клеток:
 - 1) Интал

- 2) Эуфиллин
- 3) Коринфар
- 4) Димедрол
- 5) Задитен
8. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками
 - 1) не следует применять вообще
 - 2) длительно
 - 3) при появлении кровохарканья
 - 4) в осенне-зимний период
 - 5) при появлении гнойной мокроты
9. Болезнь Берже – это:
 - 1) поражение почек при СКВ
 - 2) поражение почек при системном васкулитах
 - 3) разновидность лекарственного поражения почек
 - 4) гломерулонефрит с отложением в клубочках иммуноглобулина А
 - 5) вариант семейного амилоидоза
10. Для острого гломерулонефрита характерно:
 - 1) сопутствующий суставной синдром
 - 2) гематурия
 - 3) резкие боли в пояснице
 - 4) высокая лихорадка
 - 5) частое мочеиспускание
11. Какая группа лекарственных средств обладает гиполипидемическим действием:
 - а. Нитраты
 - б. Никотиновая кислотата
 - в. Ингибиторы ГМГ-КоА- редуктазы
 - г. Фибраты
12. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерно для:
 - а. Аортальной недостаточности
 - б. Здоровых людей
 - в. Больных с недостаточностью кровообращения
 - г. Коарктация аорты
13. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:
 - а. Ангиотензина II
 - б. Катехоламинов
 - в. Триглицеридов
 - г. Холестерина
14. Предрасполагающим фактором для развития инфекционного эндокардита являются:
 - а. Эмболии
 - б. Все перечисленное
 - в. Порок сердца
 - г. Бактериемия
15. При вертикальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется в:
 - а. В I отведении
 - б. В отведении aVF
 - в. В отведении aVL
 - г. В отведении aVR
 - д. В III отведении
16. Истинный кардиогенный шок при остром инфаркте миокарда развивается как правило:
 - а. Развитие кардиогенного шока не связано с объемом поражения миокарда
 - б. При поражении 20% массы миокарда
 - в. При поражении около 50% массы миокарда

17. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:

- а. Имеет такое же значение, как избыточная масса тела
- б. Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела
- в. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела

18. Основным признаком левожелудочковой недостаточности являются:

- а. Слабость
- б. Все перечисленное
- в. Венозный застой в большом круге кровообращения
- г. Приступы сердечной астмы
- д. Отеки ног

19. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- а. Возможны все перечисленные варианты
- б. Может не быть изменений ЭКГ
- в. Может отмечаться депрессия сегмента ST
- г. Может отмечаться инверсия зубца T,
- д. Может отмечаться подъем сегмента ST

20. Самые большие размеры сердце («бычье сердце») отмечается у больных с:

- а. Митральной недостаточностью
- б. Митральным стенозом
- в. Аортальным стенозом
- г. Аортальной недостаточностью.

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка «**отлично**» выставляется ординатору, ответившему правильно более чем на 90% тестовых заданий.

Оценка «**хорошо**» выставляется ординатору, ответившему правильно более чем на 80% тестовых заданий.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется ординатору, ответившему правильно на 70% тестовых заданий и более.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется ординатору, ответившему правильно менее чем на 70% тестовых заданий.

в) описание шкалы оценивания: 4-х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

Примерный список экзаменационных вопросов

Примеры экзаменационных билетов

1. Острый бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
2. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика.
3. Пневмонии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение долевых (крупозных) и очаговых пневмоний.
4. Атипичные пневмонии (микоплазменные, хламидийные, легионеллезные, вирусные). Клиника, диагностика, лечение.
5. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Астматический статус. Причины развития, клиника (по стадиям), диагностика, лечение.
7. Диагностика и поэтапное лечение анафилактического шока.
8. Сухие и экссудативные плевриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Атеросклероз: теории патогенеза, факторы риска, классификация гиперлипидемий, клиника, диагностика, патогенетическая терапия. Новые лекарственные препараты для лечения атеросклероза.
10. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

11. Гипертонические кризы. Классификация, клиника, лечение.
12. Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии: классификация, клиника, лечение.
13. ИБС: эпидемиология, факторы риска, классификация.
14. ИБС. Стабильная и нестабильная стенокардия: клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
15. Стенокардия: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, в т.ч. функциональные и лекарственные пробы (показания, противопоказания для их применения, диагностическое значение), лечение.
16. Методы функционального исследования сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, велоэргометрия, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД).
17. Острый коронарный синдром, диагностика, лечение.
18. Инфаркт миокарда. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение (на догоспитальном этапе и в стационаре).
19. Атипичные варианты инфаркта миокарда. Клиника, диагностика.
20. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок, отек легких, сердечная астма. Клиника, диагностика, лечение.
21. Осложнения инфаркта миокарда: поздние (аневризма сердца). Клиника, диагностика, лечение.
22. Дилатационная кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
23. Гипертрофическая кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
24. Миокардиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии Киселя-Джонса-Нестерова, лечение, первичная и вторичная профилактика.
26. Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Аортальные пороки сердца: этиология, патогенез, современная классификация, клиника, лечение.
28. Митральные пороки сердца: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика.
29. Показания для кардиохирургического лечения больных с пороками сердца. Осложнения.
30. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
31. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Нарушения ритма сердца. Клиника, диагностика, лечение.
33. Нарушения сердечного ритма (пароксизмальные тахикардии, внезапная смерть): диагностика и неотложная терапия.
34. Этиология, классификация, дифференциальная диагностика и лечение перикардитов.
35. Ожирение: этиология, патогенез, клиника, лечение.
36. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
37. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.к.: клиника, диагностика, лечение.
38. Хронические гастриты. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
39. Хронические холециститы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Хронические энтериты: диагностика и лечебная тактика.
41. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечебная тактика.
42. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
43. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
45. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

46. Методы функционального исследования печени
47. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
48. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
49. Хронические пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
50. Хроническая почечная недостаточность (уремия). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
51. Клинические методы исследования почек.
52. Функциональные методы исследования почек.
53. Применение глюкокортикостероидов в клинике внутренних болезней.
54. Анемии железодефицитные. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
55. В12-дефицитные анемии. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
56. Этиология, патогенез и диагностика при геморрагическом синдроме.
57. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, клиника, лечение.
58. Ревматоидный полиартрит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
59. Деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
60. Системная склеродермия: этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
61. Дерматомиозит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
62. Системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит). Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
63. Профессиональная патология как клиническая дисциплина. Классификация профвредностей. Порядок установления профзаболевания. Медицинская документация, необходимая для установления профзаболевания. Понятие о трудовом больничном листе, процентах утраты трудоспособности.
64. Профилактика профзаболеваний. Значение предварительных и периодических медицинских осмотров в профилактике профзаболеваний.
65. Пневмокониозы: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
66. Силикоз: этиология, ПДК для диоксида кремния, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
67. Пневмокониозы от воздействия слабофибризирующей пыли: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
68. Хронический пылевой бронхит: патогенез, морфология, клиника, диагностика, осложнения, диф. диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
69. Профессиональная бронхиальная астма: патогенез, морфология, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
70. Вибрационная болезнь: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
71. Профзаболевания от воздействия ультразвука и инфразвука: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
72. Профессиональные лучевые поражения: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
73. Профзаболевания, обусловленные воздействием неблагоприятного микроклимата: классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности.
74. Интоксикация ртутью и ее неорганическими соединениями: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
75. Интоксикация свинцом и его соединениями: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
76. Интоксикация пестицидами, применяемыми в сельском хозяйстве: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется ординатору, который: В полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется ординатору, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется ординатору, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по кардиологии (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется ординатору, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4-х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

Пример экзаменационного билета:

Дисциплина кардиология

Экзаменационный билет № 1

1. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
2. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
3. Пневмокониозы: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.

Зав.кафедрой, профессор _____ А.А.Котляров

Дисциплина кардиология

Экзаменационный билет № 2

1. ИБС. Классификация. Стенокардия (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение).
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Осложнения.
3. Пневмокониозы от воздействия слабофиброзирующей пыли: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.

Зав.кафедрой, профессор _____ А.А.Котляров

Критерии оценки

«Отлично» выставляется ординатору, если теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов, необходимые практические навыки работы с освоенным материалом

сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.

«Хорошо» выставляется ординатору, если теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов, необходимые практические навыки работы с освоенным материалом в основном сформированы или некоторые практические навыки работы с освоенным материалом сформированы недостаточно, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному, некоторые виды заданий выполнены с ошибками.

«Удовлетворительно» выставляется ординатору, если теоретическое содержание курса освоено частично, но пробелы не носят существенного характера, необходимые практические навыки работы с освоенным материалом в основном сформированы или некоторые практические навыки работы не сформированы, многие предусмотренные программой обучения учебные задания не выполнены, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.

«Неудовлетворительно» выставляется ординатору, если знания очень слабые, недостаточные для понимания курса, имеется большое количество основных ошибок и недочетов.

РЕЕСТР ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Паспорт ФОС
2. Вопросы для устного опроса
3. Здания для контрольной по рецептуре
4. Вопросы для тестирования
5. Комплект ситуационных задач
6. Методические указания по оформлению рефератов
7. Вопросы для промежуточной аттестации